



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**MIRADA AL PROCESO DE DUELO Y PÉRDIDA
BAJO EL ENFOQUE SISTÉMICO**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A :
ERIKA MONTES CABALLERO

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA
COMITÉ TUTORIAL: MTRA. CAROLINA RODRIGUEZ GONZALEZ
DRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ
MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA
MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO



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

Recuerdo el día que decidí regresar a la escuela y aventurarme nuevamente a reencontrarme con la UNAM, los libros, los maestros y compañeros.

Desde el inicio, recibí el apoyo de cada miembro de mi familia, quienes me alentaron y apoyaron desde el momento de iniciar los trámites hasta el día de hoy que cierro este ciclo de logros. El tenerlos a mi lado siempre contribuyó a que estos años dedicados a la maestría fuesen de las mejores experiencias de mi vida.

En el camino me encontré con personas muy significativas. Cómo olvidar aquel primer día en el que pude darme cuenta que estaría rodeada de grandes maestros de vida, quienes seguramente sin pensarlo, depositaron en mí, no solo los conocimientos de la terapia sistémica, también me llevaron a crecer como profesionalista y como ser humano.

Conocí a grandes amigos. Agradezco las largas charlas acompañadas de carcajadas, los momentos de reflexión, las miradas alternativas, los días complicados en los que me mostraron su apoyo, los días de fiesta, etc., pero sobretodo agradezco que pese a que el periodo de la maestría ha terminado, permanecen a mi lado.

Índice

Resumen	6
Capítulo 1: Familias Mexicanas	7
1.1 Índice socio demográfico de las familias mexicanas	8
1.1.1 Mortalidad en México	10
1.1.2 Otro tipo de pérdidas de los mexicanos	13
1.2 Significados y prácticas alrededor de la muerte	15
1.3 Escenarios clínicos y familias atendidas	18
Capítulo 2: Terapia familiar sistémica y posmoderna	31
2.1 Fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna	31
2.1.1 Teoría general de sistemas	31
2.1.2 Teoría de la comunicación humana	37
2.1.3 Teoría cibernética	44
2.1.4 Constructivismo y construccionismo social	48
2.2 Modelos Teórico Metodológicos	58
2.2.1 Modelo Estructural	58
2.2.2 Modelo Estratégico	69
2.2.3 Modelo de Milán	74
2.2.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas	80
2.2.5 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	91
2.2.6 Terapia Narrativa	95
2.2.7 Equipos Reflexivos	99
2.2.8 Terapia Colaborativa	102
2.3 Similitudes y diferencias de los modelos sistémicos y posmodernos	107

Capítulo 3: Miradas ante la pérdida y el duelo	115
3.1 Duelo	116
3.1.1 Estudio del duelo	118
3.1.2 Duelo familiar	134
3.2 Pérdida	137
3.3 Reacciones en niños y adolescentes ante el duelo y pérdida	140
3.3.1 Duelo en infantes	140
3.3.2 Duelo en adolescentes	142
Capítulo 4: Análisis sistémico del duelo y la pérdida en familias atendidas	146
4.1 Integración de expedientes clínicos	147
4.1.1 Estructura de las sesiones	147
4.2 Familias atendidas sobre duelo y pérdida	148
4.2.1 Familia AB	149
4.2.2 Familia CD	164
4.3 Conclusiones	181
Capítulo 5: Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales	183
5.1 Investigación: “Comparación y evaluación de la percepción de los estilos de crianza entre madres adolescentes y adultas”.	183
5.2 Enseñanza y Difusión del conocimiento	197
5.2.1 Manuales	197
5.2.2 Videos	198
5.2.3 Libros	198
5.2.4 Asistencia a Foros Académicos	199
5.3 Acciones comunitarias	201
5.3.1 Comunicación No Violenta: Taller Dirigido a Estudiantes de Psicología del Instituto Politécnico Nacional	201
5.3.2 Apoyo a la Comunidad de la Colonia Nextitla de la Delegación Miguel Hidalgo	205
5.3.3 Taller de Educación Preescolar: vinculación de	

los sistemas familiar y escolar en la formación de competencias del PEP´04 en Colegio del Rio, Nicolás Romero, Estado de México.	206
5.3.4 Plática/Taller “El rol del viejo en la familia” ISSSTE, Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla	208
5.4 Consideraciones éticas	209
5.5 Consideraciones finales	215
5.5.1 Habilidades y competencias profesionales adquiridas.	215
5.5.2 Reflexión y análisis de la experiencia	216
5.5.3 Implicaciones en la persona del terapeuta, del profesionista y en el campo de trabajo	218
5.5.4. Observaciones Finales	219
Anexos	220
Referencias	222

RESUMEN

A lo largo de la vida existen diversos eventos que la familia tiene que afrontar; sin embargo, las pérdidas representan uno de los momentos más complicados y dolorosos pues llegan a afectar a todo el sistema familiar. No solo la muerte amenaza la existencia del sistema, también otro tipo de pérdidas como las separaciones, divorcios, migraciones, desempleo, enfermedades, etc. En estos casos, se requiere desarrollar mecanismos de adaptación que permitan la permanencia bajo cualquier circunstancia. Ante la crisis, si la familia cuenta con recursos suficientes podrá adaptarse a este cambio.

Si bien la muerte y los diferentes tipos de pérdidas nos acompañan a lo largo de la vida, no es hasta los años 90 que se comienza a investigar sobre duelo y familia. El objetivo de la presente tesis es mostrar una mirada al abordaje del proceso de duelo bajo la terapia familiar sistémica. En ella se hace un recorrido a través de la historia de la terapia familiar, sus fundamentos y las diversas escuelas que la componen. Se analizan y comparan los diferentes acercamientos al proceso de duelo y pérdida desde diferentes corrientes psicológicas, y finalmente, se ejemplifica mediante dos casos clínicos supervisados dentro de la Residencia en Terapia Familiar.

CAPÍTULO 1

Características de las familias mexicanas

*La muerte de un ser querido
es un hecho inevitable en nuestras vidas
y el crecimiento que de eso deviene también.
Jorge Bucay*

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los demás sistemas sociales en los cuales este se encuentra inmerso e interactúa, así como los diversos contextos, ya sean la vida en pareja, familia, laboral, contexto escolar, socio-cultural, etc.

De acuerdo con el programa, el principal objetivo de la maestría es desarrollar en los alumnos las competencias requeridas para el ejercicio profesional de la psicología de alta calidad en los campos de la salud, la educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios; así como enseñarles las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas, y por último, fomentar una actitud ética de servicio acorde con las necesidades sociales.

El presente proyecto de tesis, analiza bajo la perspectiva sistémica el proceso de duelo y pérdida. Para ello, a lo largo de los diferentes capítulos se cubrirán diversos objetivos, mismos que van desde la exposición de los postulados sistémicos hasta el análisis de casos de familias atendidas. En este primer capítulo, los objetivos a cubrir son los siguientes:

- a. Análisis de las características socio-demográficas de la población mexicana; en especial los habitantes del Estado de México y Distrito Federal por ser las entidades donde residen las familias atendidas.
- b. Revisión histórico-cultural de ritos, rituales y costumbres en torno a la muerte y el manejo de pérdidas en la sociedad mexicana.

- c. Descripción de las sedes, escenarios clínicos y características específicas de las familias atendidas en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar.

1.1 Índice socio-demográfico de las familias mexicanas

México ocupa el lugar número 11 en el mundo y el tercero de América por el monto de su población, superado por países como Estados Unidos de América y Brasil. La densidad de población en el país es de 53 hab/km². Sin embargo en el Distrito Federal alcanza hasta 5, 871 hab/km².

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI),¹ en el 2005 se reportaron 25, 915,000 hogares en México con un promedio de 4 integrantes por familia. En una población de más de 100 millones de habitantes, existen diversos tipos de familia entre los cuales aún siguen siendo mayoría las familias nucleares o intactas. Sin embargo, las nuevas conformaciones van acrecentando cada vez más su prevalencia, tan solo nótese como una tercera parte de los hogares son compartidos con la familia extensa lo cual trae consigo estructuras y dinámicas familiares alternas. Estos datos pueden notarse en la siguiente tabla:

Hogares en México	
Población en hogares	100, 221 103
Familiares Nucleares	66, 293 542
Familiares Extensos	31, 654 881
No familiares Co-residentes	294 550
No familiares Unipersonales	1, 859 252

Tabla 1: Hogares y tipos de familias en México.

Siguiendo bajo esta línea, datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO)² establecen que entre el 2000 y 2008 las familias “ampliadas” (extensas)

¹ Estadísticas obtenidas en la página electrónica del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

² Estadísticas en www.conapo.gob.mx

aumentaron en un 22%. Es así como en 1 de cada 10 hogares, las familias viven con los padres de algún miembro de la pareja; de estos, el 28% incluye a los yernos o nueras y finalmente el 60% de los jefes del hogar viven también con sus nietos.

De igual manera entre estos años, el número de hogares encabezados por la madre de familia tuvo un aumento considerable al pasar del 16 al 22%, estamos hablando de un punto porcentual por año.

Otra categoría observada, es la denominada DINK (por sus siglas en inglés) o "Doble Ingreso sin Hijos"³. Aunque la encuesta reconoce que difícilmente se puede identificar con certeza el deseo de las parejas de no procrear," a manera de aproximación" se señala que los hogares DINK representaban en 2008 cerca de 3 por ciento. Actualmente en México, se reconoce que más que decidir no tener hijos, se está retrasando la llegada de estos (7 de cada 10 parejas)⁴.

A *grosso modo*, como puede verse, la familia mexicana ha cambiado en las últimas décadas; dejando de ser vigente solo la familia nuclear. Cada vez son más frecuentes nuevas conformaciones y dinámicas familiares como son las de familias de padres separados o divorciados, familias co-residentes con la familia extensa, familias de migrantes, parejas sin hijos (ya sea casados o en unión libre), abuelos y nietos, o incluso las recién aprobadas en términos legales mediante contratos de convivencia. Todas estas clasificaciones nos proveen nuevas miradas de cómo se vive en México, la multiplicidad de estructuras, subsistemas, reglas y límites en las mismas. Este se convierte en un dato a considerar en la atención psicológica, pues no puede seguirse atendiendo bajo un solo patrón.

Diversos son los motivos por los cuales las familias solicitan ayuda psicológica o en terapia familiar específicamente. Los casos más frecuentes son la violencia,

³ Hay ciertas variantes de este tipo de estructura familiar. Dentro del ciclo vital familiar, puede considerársele como pareja sin hijos; sin embargo las motivaciones ante permanecer así tienen que ver con movimientos ideológicos como la autoextinción, la incapacidad económica o la sobrepoblación.

⁴ Artículo publicado el 24 de marzo del 2009 por Mendoza, L. en: <http://reformacom.typepad.com/placeresestilo/2009/03/dinks-toda-una-realidad-en-m%C3%A9xico.html>

problemas emocionales, dificultades en la relación de pareja, adicciones, duelo, dificultades de convivencia o comunicación y problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos⁵.

Es importante señalar que se ha encontrado que una de cada 3 consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos, de las cuales una cuarta parte se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida (Prigerson, 2002). Si tomamos en cuenta que en México en el 2008 se impartieron 274'000,000 consultas de atención primaria⁶, un estimado de 22'824,200 de éstas estaría relacionado con algún tipo de pérdida. Dichas cifras representan un problema de salud pública, mismo que moviliza a los profesionales de la salud a buscar atención pronta y dirigida a quienes se encuentren bajo un proceso de duelo.

Tal como lo expresé anteriormente, me centraré en el proceso de duelo y pérdida. Por ello conviene ahora echar un vistazo a las estadísticas nacionales en este tema.

1.1.1 Mortalidad en México

La muerte es un hecho universal e inevitable de la existencia humana que con frecuencia es inesperado o no deseado y trae consigo una serie de sentimientos de tristeza, abandono, incertidumbre, coraje, etc; además de cambios estructurales importantes. Este no es el único evento que trae consigo un proceso de duelo. Existen otras pérdidas en la vida de los seres humanos tan estresantes como la muerte misma, como es el caso de los divorcios, enfermedades y pérdida de la salud, de alguna parte del cuerpo por mutilación o de la capacidad mental, pérdida del trabajo, entre otros.

Las muertes y pérdidas son eventos difíciles pues destruyen, desestructuran y desorganizan tanto individual como familiarmente. La muerte o desaparición de

⁵ Puede verse figura 2 al final del capítulo.

⁶ Datos de la Secretaría de Salud

un miembro de la familia amenaza la existencia de ésta, ya que como sabemos el principal objetivo de un sistema abierto es desarrollar mecanismos de adaptación que le permitan permanecer bajo cualquier circunstancia. Ante la crisis, si la familia cuenta con recursos suficientes podrá adaptarse a este cambio, ésta es entonces tanto un final existencial como un nuevo comienzo para quienes la encaran.

En términos estadísticos, en el 2008, se registró una tasa de mortalidad de 4,78 por cada 1000 habitantes. En el caso del Distrito Federal se contabilizaron alrededor de 47,000 defunciones en el 2007, con una tasa de 5,42. Bajo este índice el Consejo Nacional de Población (CONAPO) estima que para el 2030, esta pueda incrementarse alcanzando cifras del 8,52.

Entre las principales causas de muerte se encuentran las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, cáncer y enfermedades cerebrovasculares. En la siguiente tabla, pueden apreciarse los datos estadísticos en la población del Distrito Federal, según el reporte de la Secretaría de Salud ⁷.

No.	Causa	Defunciones Total= 52,404
1	Enfermedades del corazón -Enfermedades isquémicas	10,612
2	Diabetes mellitus	8,746
3	Tumores malignos	7,188
4	Enfermedades cerebrovasculares	3,087
5	Enfermedades hepáticas -Enfermedad alcohólica	2,699
6	Accidentes -De tráfico de vehículos de motor	1,903
7	Influenza y neumonía	1,737

Tabla 2: Principales causas de mortalidad general en el Distrito Federal.

⁷ Datos presentados en la Agenda Estadística 2009. Capturada el 25 de agosto del 2010 En: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda_2009/index.html

Gran parte de las causas de muerte se encuentran relacionadas con el estilo no saludable de vida que solemos llevar los mexicanos. Por ejemplo, según La Encuesta Nacional de Adicciones del 2009 el 20.4% de la población presenta adicción al tabaco, el 5.7% ingiere drogas ilegales (preferentemente marihuana y cocaína) y médicas no prescritas, así como 4.2 millones de personas presentan dependencia al consumo de alcohol, mismo que se relaciona con el 9% de las causas de mortalidad general, sobretodo por accidentes, cirrosis hepática y violencia intrafamiliar⁸.

Sin embargo, no en todos los casos la muerte de algún miembro de la familia se debe a cuestiones de salud, pero si puede relacionarse al consumo de alguna droga. Por ejemplo, en otros casos la muerte suele ser por alguna causa violenta como en los denominados accidentes (sexta causa de mortalidad), homicidios y suicidios, mismos que suman 60,000 muertes en el 2010. Presto atención a estos eventos pues como podrá verse más adelante, algunas de las familias atendidas solicitaban ayuda por estos motivos.

En el caso de los homicidios, cito al estudio del Grupo Multisistemas de Seguridad Industrial, que cita que desde el año 2000 no se habían registrado más de 10,800 muertes de este tipo, alcanzando cifra récord en lo que va del año con 15, 000 casos. Esta cifra posiciona actualmente a México en el sexto lugar de homicidios en el mundo. Según la clasificación de éstos, el 63% de ellos son dolosos, 11.1% múltiples, 8.9% se limitan a intentos, 8.5% son de policías, 7.6% culposos o no intencionales, el 0.5% corresponde a filicidios e igual porcentaje es contra personas de la tercera edad y el 0.1% de infantes⁹.

En el caso de los suicidios, según cifras de la Organización Mundial de la Salud¹⁰, cada año esta decisión es tomada por cerca de un millón de personas en el mundo, siendo la primera causa de muerte violenta entre hombres y mujeres entre

⁸ Datos del INEGI

⁹ Los datos reportados pertenecen a la siguiente publicación:

<http://www.elfinanciero.com.mx/ElFinanciero/Portal/cfpages/contentmgr.cfm?docId=269402&docTipo=1&orderBy=docid&sortBy=ASC>

¹⁰ En: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>

15 y 34 años de edad. Un dato interesante resulta al ser mayor el número de personas que fallecen por su propia voluntad que aquellas producidas anualmente por el conjunto de todos los homicidios y los conflictos bélicos del planeta. En el caso de México, el Consejo Nacional de Población¹¹ identifica al suicidio juvenil como la tercera causa de muerte entre adolescentes (4,681 casos en el 2008), sólo después de los decesos por accidentes automovilísticos y homicidios.

Vale mencionar que tanto accidentes como homicidios y suicidios afecta a por lo menos tres o cuatro personas diferentes por los efectos psicológicos, sociales y legales que esto produce.

1.1.2 Otro tipo de pérdidas de los mexicanos

La muerte de un familiar no es el único evento que genera una pérdida y nos sume dentro de un proceso de duelo por resolver. Existen otros eventos que son vividos como pérdida en los seres humanos y que igualmente requieren centremos atención en ellos.

Los divorcios, migraciones, enfermedades, el desempleo, el cambio de casa, escuela o trabajo, entre otras igualmente producen una carga estresante que en ocasiones resulta complicado superar.

De modo breve, presentaré estadísticas sobre estas problemáticas. En el 2006 se registraron 70,184 divorcios con una tendencia de crecimiento del 3.2% siendo la edad promedio de los hombres de 39, 2 años vs 36,7 de las mujeres. De estas parejas, el 30% se divorciaron en los primeros 5 años de matrimonio. La separación de la pareja implica cambios constitutivos del sistema familiar que abarcan el restablecimiento de la jerarquía, los papeles o roles y los límites, entre otros.

En cuanto a la migración, no existen datos certeros sobre la cantidad de mexicanos residentes en otros países. Tan solo en Estados Unidos, se estiman alrededor de 20 millones de

¹¹ Ídem

connacionales¹². Por su parte, las autoridades de nuestro país señalan que actualmente los mexicanos representan el 65% de los 18 millones de latinos en el país del norte.

A diferencia del inalterable hecho de la muerte, las pérdidas del migrante son a la vez más amplias y más reducidas. De acuerdo con Jaes (2001)¹³, son más amplias porque la migración trae pérdidas de todo tipo: pérdida de parientes y amigos que permanecen en el país de origen, pérdida de la lengua natal, de las costumbres y rituales, de la tierra misma. Sin embargo, también más pequeña pues las pérdidas no son totalmente claras, completas o irrevocables. Todo se encuentra aun con vida, aunque ausente; siempre es posible fantasear un regreso eventual o una reunión futura. Existen también elementos compensatorios, tales como la esperanza de mejora económica, oportunidades educacionales o nuevas libertades políticas, económicas o sociales.

Un aspecto a destacar es que en estas circunstancias, las emociones suelen ser contradictorias. Encontramos dualidades como tristeza alegría; pérdidas - restituciones; ausencia – presencia, entre otras que hacen que las pérdidas sean incompletas, ambiguas, pospuestas y como alguien las ha llamado "de duelo perpetuo".

Por otro lado, respecto al desempleo en el 2010, la tasa de desempleo del país llega al 4.81% que representa más de 2 millones de personas, siendo la peor de los últimos 80 años. Por otro lado, de acuerdo con la Organización Internacional de Trabajo¹⁴, en el último año el número de personas despedidas en América Latina fue mayor frente a quienes se integraron al mercado laboral, lo que denota

¹² Dato de La Oficina del Censo de los Estados Unidos. Principalmente provenientes de los estados de Jalisco, Guanajuato y Michoacán.

¹³ Jaes, C. (2001) Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas Sistémicas: La nueva comunicación. Trabajo (1) presentado en el VIII Congreso Nacional de Terapia Familiar de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, Octubre 5 del 2001, y en Conferencia organizada por CEFYP, Buenos Aires, Noviembre 10, 2001. Rescatado el 2 de septiembre del 2010. En: <http://www.redsistemica.com.ar/migracion.html>*

¹⁴ En: <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>

una propensión a la destrucción de empleos del sector formal. Esta disminución en los ingresos económicos produce cambios en el estilo de vida que repercute en diversas áreas. Por ejemplo en la familia puede producir gran tensión y desestabilizar las relaciones familiares perjudicándolas, existe reducción en las relaciones sociales y puede traer consecuencias psicológicas negativas como disminución de la autoestima, depresión, ansiedad, empobrecimiento del autoconcepto, etc.

1.2 Significados y prácticas alrededor de la muerte

Hablar sobre la muerte y sus implicaciones en el proceso de duelo, implica realizar un recorrido sociohistórico, además de considerar aspectos filosóficos, ritos y creencias ubicados en un espacio-tiempo específico. Por ello, se puede partir de que el concepto de muerte es resultado de una serie de creencias transmitidas entre generaciones como parte de una herencia, de la cual nos adueñamos y reelaboramos constantemente de acuerdo a los propios constructos ideológicos basados en experiencias personales dentro de un contexto.

Partiré este recorrido al retomar el empleo de ritos y rituales alrededor de la muerte. Los rituales funerarios se conciben como prácticas socio-culturales específicas de la especie humana, relativas a la muerte de alguien y a las actividades funerarias que de ella se derivan tales como velorios, rezos, entierros, cremaciones, momificaciones, edificación de monumentos y sacrificios humanos entre otros. Sea cual sea la opción funeraria que se practique, están caracterizados por un elaborado código simbólico sobre la base del cual se construye la realidad social, producto de una cultura sincrética.

Tal como Torres D (2006) menciona, en la celebración de estos rituales, está presente el lenguaje y es gracias a este que el hombre aprehende las cosas para construir su universo de sentido con leyes, hábitos y costumbres con arreglo a lo cual se posesiona no sólo de lo asible sino también de lo invisible y es con ella

que se puede crear un universo de sentido e instaurar en el una determinada realidad. Bajo esta mirada, el lenguaje no sólo supone un sistema de signos altamente elaborados, sino que reviste un hecho social. A partir de esta consideración, se puede abordar el estudio de algunos ritos fúnebres en distintas sociedades. Estos ritos fúnebres difieren de una cultura a otra debido a la intervención de múltiples factores, de los cuales, uno de los más destacables es la religión.

Muchos países de la sociedad oriental se conocen por la celebración de los más increíbles rituales funerarios con la convicción de la existencia de una vida más allá de la muerte. Tizón (2004) rescata el dato de las primeras sepulturas que datan de más de 200,000 años antes de nuestra era, esto tras el hallazgo de una tumba en la cueva de Shanidar (Irán) rodeada de flores. Este indica la posibilidad de simbolización de los seres humanos como una forma de comunicación.

En el caso de las sociedades orientales, la muerte no es algo negativo; constituye el paso hacia la regeneración y reafirmación de valores ancestrales, tal como lo reflejan los rituales más antiguos. Por ejemplo, el “Bardo Thodol” de El Tíbet, es un libro de los muertos y recoge los rituales funerarios que explican el arte del morir; el rito contempla un periodo llamado “Bardó” que para los budistas significa el estado intermedio entre la muerte y la reencarnación siguiente.

Por otro lado en las civilizaciones occidentales, además de cumplir con la tradición del ritual, éste también tiene como propósito el facilitar el ascenso de las almas hacia la inmortalidad, al mismo tiempo que permite a los deudos mitigar el dolor. Son justamente estos dos objetivos los que para Torres op.cit, representan el símbolo de rendirle culto a la vida de la cultura occidental. Contrario a esto, igualmente se ha aprendido a ver el fin de la vida con miedo, rehusándose incluso a abordar el tema, dejando al individuo solo frente a su propia realidad (Caycedo M, 2007).

Actualmente, referirse directamente a la muerte se considera como algo morboso o de mal gusto, siendo normal referirnos a ella mediante eufemismos como:

dormir, fallecer, ir al cielo, ir a un mejor lugar, estar con Dios, terminar con todo, ya no está con nosotros, etc. Incluso es común la creencia de que por ser un proceso natural, el paso del tiempo lo borraré, por tanto, no es necesario que se hable pues la herida se curará sola.

En el caso de México, aunque compartimos el abordar el tema con este velo, paradójicamente sucede lo contrario en cuanto a tradiciones, ritos y costumbres. En estos casos, el tema se aborda e incluso existe una fiesta nacional alrededor de la misma. Según la creencia de la civilización mexicana antigua, cuando el individuo muere su espíritu continúa viviendo en Mictlán, lugar de residencia de las almas que han dejado la vida terrenal. Los dioses crearon este recinto ideal, tranquilo y agradable, donde las almas reposan plácidamente hasta el día, designado por la costumbre, en que retornan a sus antiguos hogares para visitar a sus parientes; aunque durante esa visita no nos vemos entre sí, mutuamente nos sentimos. El calendario ritual señala el noveno y décimo mes como las fechas en las que los muertos conviven con los vivos.. La primera fiesta era denominada Miccailhuitzintli o "Pequeña fiesta de los muertos" y estaba dedicada a los niños difuntos; y Hueymihcailhuitl, que era "La gran fiesta de los muertos". Cada una de ellas es una fiesta de alegría y evocación donde ni el llanto ni el dolor existen, pues no es motivo de tristeza la visita de los difuntos. Además de estas dos festividades, existían otras en torno a los muertos y dioses como la fiesta a los muertos de guerra o la fiesta al dios Tezcatlipoca (Oviedo, 2006)¹⁵.

Esta tradición fue modificándose según los eventos nacionales más importantes, por ejemplo tras la conquista y la instauración de la religión católica, muchos elementos fueron perdiéndose y se revistieron de nuevos significados y acciones, por ejemplo el dejar en manos de la Iglesia y sacerdotes el trato del cuerpo así como la realización del ritual.

¹⁵ Oviedo, L. (2006) Pérdida y Duelo desde una visión Constructivista-narrativa. México, UNAM. Tesis de Licenciatura.

En la época actual, el concepto de muerte ha adquirido nuevos significados, una de las razones es la importancia del papel que la ciencia ha cobrado, abordando el tema desde diversas disciplinas. Este aspecto será retomado en el tercer capítulo.

Tal como puede observarse, las diferencias en cómo se vive y maneja la muerte suelen variar entre culturas. Por si no fuera poco, la diversidad y enriquecimiento de estos significados están impuestos y regulados a su vez por el muy personal concepto de muerte que cada individuo haya introyectado a través de su historia, así como por el contexto social donde crezca y se desarrolle. Por otro lado, considerar la muerte como buena o mala corresponde de igual manera con el estilo funerario y los rituales en torno a la misma, mismos que son estrategias simbólicas y regulan las relaciones entre las personas y sus culturas al promover la cohesión grupal requerida.

Tal como mencionaba al inicio de este capítulo, dentro de la Residencia en Terapia Familiar se brinda atención terapéutica en distintos escenarios clínicos. Algunos de los casos atendidos reportaban como motivo de consulta la ayuda ante el duelo o referían necesitar aprender a superar pérdidas de diversos tipos. Las particularidades de los casos atendidos como de los escenarios clínicos, se exponen en el siguiente apartado.

1.3 Escenarios clínicos y familias atendidas

Las entidades que conforman la oferta del posgrado en Psicología de la UNAM son la Facultad de Psicología, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, el Instituto de Investigaciones Sociales y el Instituto de Neurobiología. En el caso de la residencia en Terapia Familiar, ésta se imparte únicamente en las primeras dos sedes con 10 residentes en cada una de ellas.

El presente trabajo fue desarrollado en la sede de la FES Iztacala. El trabajo se realizó mediante 2 equipos terapéuticos conformados por 5 alumnos y 1 o 2

supervisores. El equipo al que pertenecía, se encontraba conformado por los siguientes terapeutas:

1. Nalleli María Cedillo Morales
2. Roberto Cordero Oropeza
3. María Guadalupe Hernández Cruz
4. Guadalupe Nélide Hernández Guajardo
5. Erika Montes Caballero

Las sedes donde se brindó la atención fueron las siguientes:

A. Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala¹⁶



Ubicación: Av de los Barrios #1 Col Reyes Iztacala, Tlalnepantla Edo. De México. Brinda atención desde el 2002 a la comunidad iztacalteca, comunidad externa y personas canalizadas por instituciones diversas como el DIF, Tecnológico de Tlalnepantla, entre otros.

Asignación de casos: En el caso de esta sede, se cuenta con una papeleta, misma que quienes desean la atención terapéutica llenan y colocan en un buzón. Estas son recabadas y destinadas a los terapeutas. En algunos casos, cuando la afluencia de pacientes era menor a lo requerido, se recurría a la CUSI con tal de que nos canalizaran familias.

¹⁶ Las imágenes mostradas en las tres sedes fueron tomadas por la autora de la tesis. Únicamente en el CCH Azcapotzalco se muestran imágenes del espacio terapéutico.

Durante el 1er semestre se cumplió la labor de observador bajo la supervisión de la Dra. María Suárez del Castillo. Los casos llevados en esta sede como terapeuta o como parte del equipo son los siguientes:

3º semestre				
Supervisora: Ofelia Desatnik Miechimsky				
Familia	Motivo de Consulta	Terapeuta	Asistentes	Resultado
PB	Posible abuso sexual de la hija de 3 años	Erika	3 (mamá, papá e hija)	Alta: 7 sesiones
MR	Depresiones frecuentes	María Guadalupe	1 (hija)	Alta: 5 sesiones
TP	Problemas de pareja	Nalleli	2 (pareja)	Baja
CG	Adolescente con problemas de conducta, razón por la cual está condicionado en la escuela	Nalleli	4 (abuela, madre y 2 hijos)	Alta: 7 sesiones
PG	Confianza en si misma	Nélida	1	Desconocido
DC	Cambios en el estado de ánimo	Roberto	0	Baja, no asiste a la primer sesión
GE	El hijo mayor ha incrementado sus berrinches y dejó de controlar esfínteres tras el nacimiento de su hermanito	Roberto	3 (madre, padre e hijo mayor)	Baja, no asisten a la 2ª sesión
GM	Duelo tras el asesinato del padre	Roberto	5 (abuela, madre, hijo, sobrina y sobrino)	Baja, la familia asiste a la 3er sesión.

En este semestre las problemáticas con las que acudían las familias eran diversas lo que enriqueció tanto las sesiones como el análisis de casos, de la aplicación de modelos a distintas problemáticas y también lo que nos provocaba como terapeutas y personas.

En cuanto a duelo y pérdidas, encontramos un caso por muerte del padre de familia (Familia GM), y pérdidas de la seguridad, de la familia de origen (Familia PB y GM), de la salud (Familia MR) y del sí mismo como persona (Familia PG).

3º semestre				
Supervisoras: Iris Xóchitl Galicia Moyeda y Luz de Lourdes Eguiluz Romo				
Familia	Motivo de Consulta	Terapeuta	Asistentes	Resultado
MC	Saber cómo educar a su hijo adolescente	Erika	0	Baja, no asiste a la primer sesión
RA	Intento suicida en uno de los hijos mientras se encontraba en su trabajo.	Erika	4 (mamá, papá, hija e hijo)	Alta: 9 sesiones
CR	Saber como tratar a su hijo luego de que este les comenta que es bisexual	María Guadalupe	4 (padre, madre e hijos)	Alta: 11 sesiones
MA	Problemas de lenguaje en el hijo menor	Nalleli	1 (padre)	Baja, ya no se presenta a la 4ª sesión
YR	Conflictos de pareja y epilepsia en uno de sus hijos	Nélida	2 (pareja)	Desconocido
CC	Tratar al hijo menor quien padece una discapacidad intelectual	Roberto	4 (madre, 3 hijos adultos)	Baja, ya no asisten a la 4ª sesión
GE	Saber si la forma en la que educa a su hijo es la adecuada, ya que la maestra le comenta que éste es desobediente y se sale de clases	Roberto	1 (madre)	Baja, ya no asiste a la 3er sesión

Los 7 casos revisados fueron con 2 supervisoras y contábamos con la presencia del equipo de observadoras. Un aspecto interesante fue que solo en 2 casos se dio la alta terapéutica mientras que los demás fueron bajas por deserción del tratamiento.

En estas familias el tipo de pérdidas que llegaron a comentar en las sesiones son pérdida de la salud, de la relación de pareja (Familia RA e YR), del trabajo (Familia RA), muerte de un familiar cercano, de la capacidad intelectual (Familia RA, YR y CC) y de la relación padre (s)-hijo (Familia RA y CR).

B. Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE



Ubicación: Av. Chilpancingo s/n Col. Valle Ceylán, Tlalnepantla Edo. de México.

La atención psicológica en la sede a cargo de los residentes ha sido a partir de 1992. Tanto los trabajadores del estado como sus familiares son vecinos de la zona y lugares colindantes.

Asignación de casos: Los pacientes solicitan consulta o son derivados por el médico familiar a Psicología, donde la Lic. Araceli Martínez deriva algunos de los casos a los residentes de la maestría.

El rango de problemáticas que presentan dichas familias es muy variado, sin embargo la mayoría de los casos se encuentran relacionados con problemas de salud. Al solicitar el motivo de consulta, en muchos casos se encuentran ya con un diagnóstico previo como puede ser Depresión o Neurosis. Este debe ser tomado con cautela y lograr que sea el paciente quien en su propia voz defina el problema.

En el caso de 2º y 4º semestre, los casos atendidos fueron los mostrados en la siguiente tabla:

2º semestre				
Supervisora: Susana González Montoya				
Familia	Motivo de Consulta	Terapeuta	Asistentes	Resultado

MV	Ayuda para controlar las conductas rebeldes de sus hijos y cambio de casa.	Erika	3 (mamá, hijo e hija)	Alta: 6 sesiones
MO	Neurosis, dificultad para dormir y ansiedad	Nalleli	1 (madre)	Baja, falta a la cuarta sesión.
CO	Ansiedad y neurosis	María Guadalupe	1 (madre)	Alta: 5 sesiones
MZ	Manejo del enojo	Nélida	1 (madre)	Alta: 7 sesiones
UC	Depresión	Roberto	1 (madre)	Alta: 6 sesiones

Los casos fueron principalmente individuales, a excepción de la familia MV donde se presentan 3 integrantes. Cabe señalar, que la mayoría de los pacientes son remitidos por el médico, quien en ocasiones determina la demanda y ofrece un diagnóstico (Familia MO, CO y UC). En los casos donde asisten por coacción, es importante reelaborar la demanda a trabajar, de tal manera que el paciente se convierta en cliente, situación que ocurrió en los últimos 3 casos de la tabla, logrando el alta terapéutica.

Pese a que puede detectarse la pérdida de la salud, los pacientes no lo reportan como tal. En el caso de la Familia MV, un aspecto importante que dio lugar al cambio de segundo orden y al alta fue resolver lealtades con un familiar fallecido.

En lo que respecta al cuarto semestre, se atendieron 4 familias de las cuales 3 fueron dadas de alta. A comparación de la experiencia previa, en este caso todos asisten por voluntad propia. Nuevamente se repite la búsqueda de terapia individual.

La siguiente tabla muestra a manera de resumen los casos atendidos así como el resultado obtenido.

4º semestre				
Supervisora: María Rosario Espinosa Salcido				
Familia	Motivo de Consulta	Terapeuta	Asistentes	Resultado

SB	Preocupación por la drogadicción de uno de sus hijos y la homosexualidad en otro	Erika	1 (madre)	Alta: 3 sesiones.
JL	Saber ser una madre con carácter ante su hijo de 12 años quien se droga con inhalantes	María Guadalupe	1 (madre)	Baja tras deserción
GT	Manejo de emociones tras conflictos con su esposo e hijos, además del proceso legal por la custodia de los nietos	Nalleli	1 (madre)	Alta: 5 sesiones
LH	Estrés, ansiedad y depresión	Roberto	1 (hija adulta)	Alta: 5 sesiones

C. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco



Ubicación: Av. Aquiles Serdán #2060 Col. Ex Hacienda del Rosario, Delegación Azcapotzalco.

A partir del 2002 se presta atención a la comunidad estudiantil y laboral del plantel (gaceta 362, 2010. Por las características del alumnado, la mayoría de los casos se encuentran en la etapa del Ciclo Vital de Familia con hijos adolescentes y problemas relacionados con las tareas y exigencias de la etapa, así como experiencias y dilemas propios de la edad. Únicamente en los casos en que se preste el servicio a trabajadores del Colegio, esta situación puede variar.

Asignación de casos: El Departamento de Psicopedagogía es quien colecta los datos de alumnos que por si mismos o por coacción son remitidos al servicio de Terapia Familiar. Estos datos son proporcionados a las supervisoras o al residente que solicite la información. Al contar con el nombre del alumno o trabajador y el motivo de consulta se realiza la llamada telefónica para más tarde concertar la primera cita. Los casos atendidos fueron:

2º semestre				
Supervisora: Carolina Rodríguez González				
Familia	Motivo de Consulta	Terapeuta	Asistentes	Resultado
VC	Ayuda con su carácter pues se define como agresivo y obsesivo	Erika	0	Baja: no asiste a la primer sesión
AR	Duelo anticipado y drogadicción en uno de los padres	Erika	3 (madre, hija y tía)	Alta: 6 sesiones.
RT	Problemas en la relación madre-hija	Nalleli	3 (madre-hija e hijo)	Baja: ya no asiste a la quinta sesión
MA	Problemas para relacionarse y baja autoestima	María Guadalupe	1 (hija)	Alta: 3 sesiones
CG	Depresión	Nélida	0	Baja, no asiste a la primer sesión
HV	Aprender a relacionarse con sus hijos	Nélida	2 (madre e hijo)	Baja, ya no asiste a la cuarta sesión
SC	Dificultades al relacionarse con su hermano tras él irse a vivir con su padre. Cambio en estado de ánimo	Roberto	1 (hija)	Baja, ya no asiste a la cuarta sesión
AA	Depresiones recurrentes	Roberto	1 (hija)	Alta: 2 sesiones

En esta sede, las problemáticas son principalmente en las relaciones entre padres e hijos o entre el grupo de pares. Asisten principalmente los estudiantes pese a

que el servicio se encuentra abierto también a profesores y trabajadores de la institución.

Despierta un fuerte interés que a tan corta edad, los adolescentes se encuentren inmersos en problemáticas como depresión, adicciones y violencia. Resulta también un aliciente que se encuentren motivados para resolver estos problemas. Aunque no todos los casos fueron altas terapéuticas, en el caso de las bajas algunas se presentan tras 4 o 5 sesiones. Solo en tres casos desisten de regresar a la segunda sesión.

4º semestre				
Supervisora: Juana Bengoa				
Familia	Motivo de Consulta	Terapeuta	Asistentes	Resultado
VC	Violencia en el noviazgo y ordenar su vida	Erika	1 adol.	Baja, ya no asiste a la 3er sesión.
CC	Control de enojo pues esto repercute en su salud y ambiente laboral	Erika	1 madre	Alta: 4 sesiones
SA	Autolesiones mediante rasguños en brazos	María Guadalupe	1 adol.	Baja, no acude a la 2ª sesión
VP	Dificultad para relacionarse con su madre	María Guadalupe	1 adol.	Baja tras acumular tres faltas injustificadas
GH	Peleas frecuentes entre madre e hija	Nalleli	1 adol.	Baja, no acude a la 2ª sesión
AS	Llanto frecuente por las mañanas acompañado de sentimientos de tristeza	Nalleli	1 adol.	Alta: 5 sesiones
GB	Dejarse influenciar fácilmente. Drogadicción	Roberto	1 adol.	Alta: 1 sesión
BD	Drogadicción	Roberto	1 adol.	Baja, no se presenta a la 2ª sesión

En general, el equipo terapéutico prestó servicios clínicos a 40 familias durante los 4 semestres de la residencia. Como puede observarse en la figura 1, la mayoría

de los casos fueron dados de alta (18) en un promedio de 5.38 sesiones por familia, resaltando que es viable obtener resultados satisfactorios mediante terapias breves. Sin embargo, también es necesario poner énfasis en el alto número de familias que no concluyen el proceso terapéutico (16), lo que lleva a replantearnos las condiciones de la atención prestada, el compromiso ético con las familias, si asistían por voluntad propia o por coacción, o incluso reflexionar si el tipo de terapia era el más adecuado para estas familias.

De igual manera, resultaría conveniente dar seguimiento a los casos atendidos no solo con las familias con alta terapéutica, sino también en estas que no culminan el proceso.

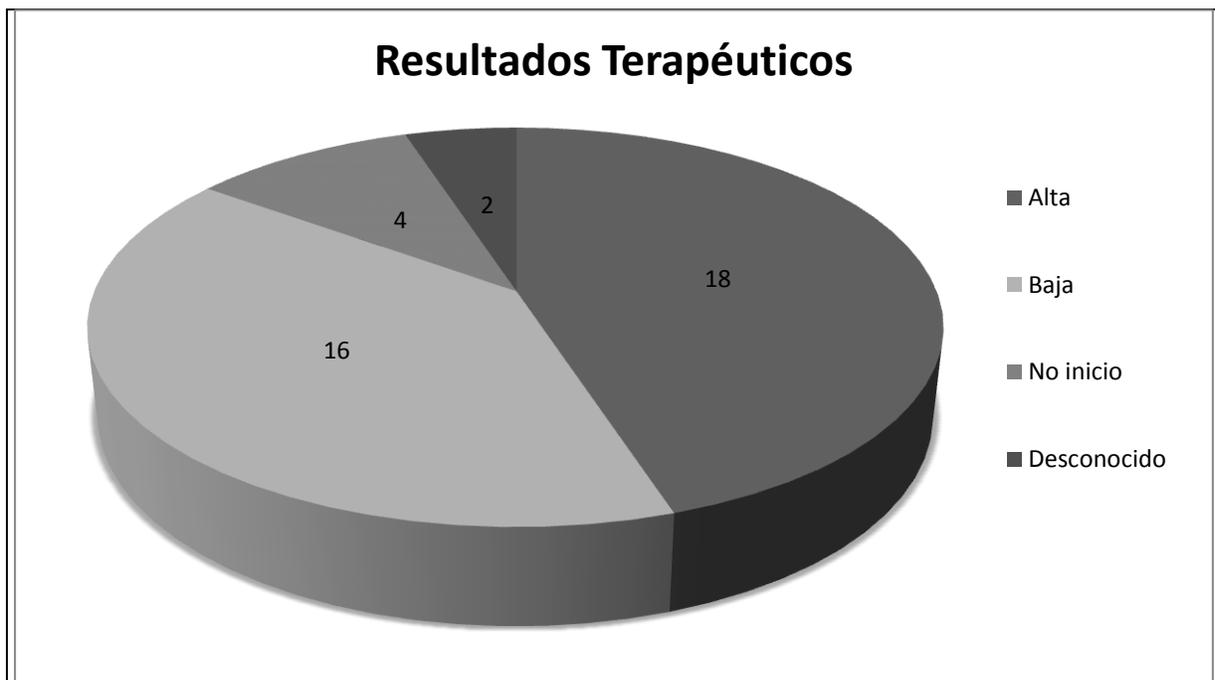


Figura 1: Resultados terapéuticos de las familias atendidas.

Respecto a los motivos de consulta, estos solían variar de modo considerable. En la Figura 2, se muestran los motivos iniciales. Es importante hacer notar que de acuerdo a la sede, solían presentarse con mayor frecuencia algunos problemas; por ejemplo, en el caso del CCH Azcapotzalco, la mayoría de los casos incluían dificultad para relacionarse entre padres e hijos, mientras que en el caso de la Clínica del ISSSTE, los problemas emocionales (ansiedad, depresión, neurosis,

manejo del enojo) eran los más frecuentes. Cabe aclarar que conforme las sesiones avanzaban, muchas veces se redirigía el tratamiento o en ocasiones se aumentaban los aspectos por abordar, convirtiéndose en situaciones muchas veces complejas tanto por las temáticas como por las interacciones y contextos en los cuales intervenir.

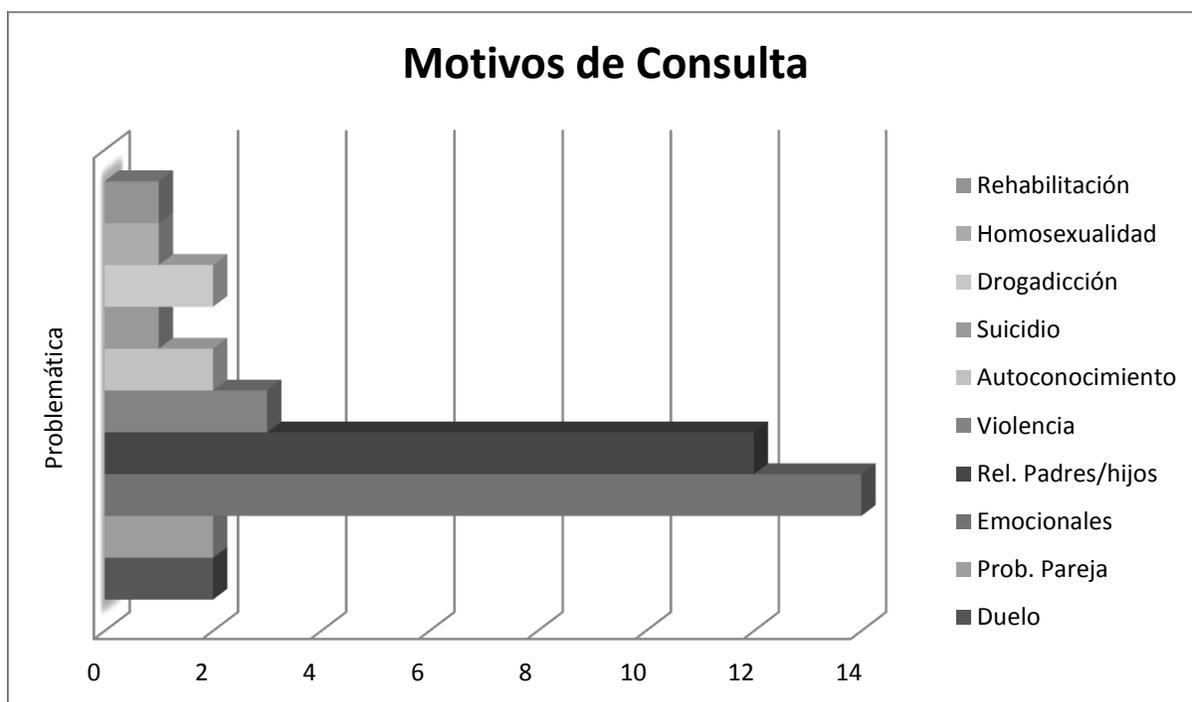


Figura 2: Motivos de consulta de las familias atendidas en los 3 escenarios clínicos.

Como pudo verse, 2 familias acudieron inicialmente para abordar temas referentes al proceso de duelo. Específicamente, una familia requería atención ante un duelo anticipado¹⁷; la segunda acude tras pocos días de ocurrir la muerte del padre de familia por asesinato. Ambas familias compartían particularidades que pueden ser consideradas detonantes de un duelo patológico o complicado¹⁸, sin embargo la pronta atención al dolor y sufrimiento de estas contribuyó a que el proceso fuese vivido y afrontado del modo más sano posible.

¹⁷ Los detalles del proceso de esta familia se abordan en el cuarto capítulo.

¹⁸ Véase capítulo 3.

En muchas ocasiones, cuando se vive la pérdida de un familiar no buscamos ayuda profesional a menos de que existan indicadores de “enfermedad”. En estos casos, el peso de mitos populares como *“son momentos donde no hay palabras que ayuden”, “la muerte es un tema del que no se habla”, “es algo que todos vivimos tarde o temprano”, “el tiempo lo cura todo”, “darle tiempo al tiempo”, “hay una proceso universal de duelo”, “mejor olvidar y seguir adelante”*; entre otras, no hace más que llevarnos a afrontar el proceso en soledad, retardarlo o incluso tener episodios cambiantes entre *“todo está bien, no pasa nada”* y depresiones concurrentes. Incluso, podemos agregar el peso de mitos sociales como *“los hombres no lloran”, “tengo que sacar a mi familia adelante”* o *“tienes que ser fuerte”* que contribuyen a que las personas repriman sus sentimientos y no deseen mostrarlos ante terceros como la familia, amigos, conocidos, un terapeuta, e incluso ante ellos mismos.

Tal como manifiesta Liberman¹⁹:

“quien atraviesa un duelo necesita hablar acerca de su situación, necesita tener a quien contarle sus sentimientos y sus ideas. Y esta necesidad, concreta y tangible, difiere por completo del mito que sostiene que quien sufre una pérdida precisa retiro y aislamiento”.

Por otro lado, aunque parecieran ser pocas las familias que solicitan ayuda ante la muerte de algún familiar, cuando prestamos atención a los procesos de pérdida o lo perdido, esta cifra suele elevarse. Por ejemplo, hablando de los casos atendidos durante la residencia, esto ocurrió en 14 de los 38 casos restantes²⁰. De estos, en cuatro de ellos la presencia de un familiar fallecido se encontraba relacionada con el motivo de consulta²¹. Si tomamos en cuenta estas cifras (16 de

¹⁹ Liberman, D. (2007) Duelo y resiliencia. Del dolor al desafío. En: Perspectivas sistémicas.

²⁰ En los casos de intento suicida, abuso sexual, conflictos con la pareja, depresión o conflictos entre padres e hijos.

²¹ En estos casos, aspectos como “promesas familiares”, “deuda con el ausente” o “lealtades familiares” contribuían al problema.

40), podemos decir que el 40% de los casos atendidos se encontraban relacionados a procesos de duelo o pérdida.

Como podemos notar, no podemos continuar bajo la idea de que la muerte es un tema del cual no se habla. Ante la frecuencia de abordar procesos de duelo o pérdida, es necesario como terapeutas familiares prestar atención y adentrarnos en lo que ocurre con las familias que atraviesan por esta dolorosa experiencia. Continuaré con estos temas en el tercer capítulo.

En el siguiente capítulo, se abordarán los principios conceptuales y fundamentos de la terapia sistémica. Asimismo, se realiza la exposición y análisis de los diversos modelos de intervención revisados durante la residencia.

CAPÍTULO 2

Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna

Capra refiere el siguiente acontecimiento en el funeral del propio Bateson: "un numeroso grupo formado por sus parientes, amigos y miembros de la comunidad de Esalen estaban sentados sobre un círculo sobre el césped que domina el océano, con un pequeño altar en el centro del mismo, donde se habían depositado las cenizas de Bateson, su fotografía y abundantes flores frescas. Durante la ceremonia el aire estuvo impregnado por el ruido de los niños que jugaban, los perros, los pájaros y otros animales, con las olas del océano en el fondo, como para recordarnos la unicidad de toda la vida. La ceremonia se desarrollo sin ningún plan ni programa aparente. Nadie parecía dirigirla y, no obstante, todo el mundo sabía cómo contribuir a la misma: un sistema autoorganizador... como todos sabemos una de las frases predilectas de Gregory era la pauta que conecta. Estoy convencido que de que el propio Gregory se ha convertido en dicha pauta"²².

Desde el surgimiento de la terapia familiar sistémica hasta la fecha, ésta se ha ido transformando. El presente capítulo, se centra en dicho desarrollo y por tanto presenta los siguientes objetivos:

1. Se expondrán las bases teórico-epistemológicas de la terapia familiar sistémica y postmoderna
2. Serán descritos los diversos modelos modernos y postmodernos
3. Se marcarán particularidades, similitudes y diferencias entre las diversas escuelas revisadas durante la residencia.

2.1 Fundamentos de la terapia familiar sistémica y posmoderna

2.1.1 Teoría general de sistemas

Es a principios del siglo XX, donde se pueden ubicar las ideas precursoras de la Teoría General de los Sistemas (TGS). En 1921, Wertheimer deriva de sus investigaciones sobre la percepción humana, que el hombre percibe totalidades organizadas; para 1924 aparecen los resultados de las investigaciones del llamado fenómeno *Phi*, y las *Gestalten Físicas* de Kohler; en 1925 Lotka se ocupó

²² <http://marcoantoniomillan.blogspot.com/2008/04/bateson-i.html>

del concepto general de sistemas; aproximadamente por 1926 Lewin inicia el desarrollo de su Teoría del Campo" (Eguiluz, 2007)²³.

Después de la 2ª Guerra Mundial comienza a consolidarse, en distintos lugares y en diferentes campos científicos un pensamiento cada vez más totalizador y menos fragmentado. Es justamente en 1947 cuando se le atribuye formalmente a Bertalanffy quien tenía el fin de constituir un modelo práctico para conceptualizar los fenómenos que la reducción mecanicista de la ciencia clásica no podía explicar.

La teoría que había recibido influencias del campo matemático (teoría de los tipos lógicos y de grupos) presentaba un universo compuesto por cúmulos de energía y materia (sistemas), organizados en subsistemas e interrelacionados unos con otros. Esta teoría aplicada a la psiquiatría, venía a integrar los enfoques biológicos, dinámicos y sociales, e intentaba, desde una perspectiva global, dar un nuevo enfoque al diagnóstico, a la psicopatología y a la terapéutica.

En particular, proporcionaba un marco teórico unificador entre las ciencias naturales y sociales, que necesitaban emplear conceptos tales como "organización", "totalidad", globalidad e "interacción dinámica; lo lineal es sustituido por lo circular. Se oponía a los postulados epistemológicos de otras teorías donde la realidad ha sido dividida y sus partes son estudiadas por diferentes ciencias; en contraparte, se propone que la realidad es una totalidad (Eguiluz, op.cit).

De acuerdo a lo anterior, se puede decir que los objetivos de la TGS son:

1. Descubrir las similitudes o isomorfismos en las construcciones teóricas de las diferentes disciplinas cuando éstas existen y desarrollar modelos

²³ Eguiluz, L. (2007) La Teoría Sistémica. Alternativa para Investigar el Sistema Familiar. Estado de México, UNAM FES Iztacala.

teóricos que tengan aplicación al menos en dos campos diferentes de estudio

2. Desarrollar un espectro de teorías que lleve la función de gestalt en las construcciones teóricas.
3. Encontrar un lenguaje común que sirva como punto de unión entre las diversas ciencias especializadas, permitiendo el intercambio de conocimientos y apuntando hacia la totalidad²⁴.

Los conceptos clave para la TGS están relacionados con la integridad, la organización y la regulación. En este caso se presta atención a los hechos dentro de un contexto y se enfatiza sobre las relaciones más que a las características individuales (Papp, 1988)²⁵.

Siguiendo a Eguiluz 2007, existen tres tipos de conceptos teóricos dentro de la TGS. En la siguiente tabla, se muestra dicha distribución:

Tabla2.1 Conceptos teóricos de la Teoría General de Sistemas		
Clasificación y Descripción	Regulación y Mantenimiento	Cambio o desintegración de sistemas
<i>Sistemas abiertos y cerrados</i>	<i>Homeostasis</i>	<i>Adaptación</i>
<i>Sistemas Jerárquicos</i>	<i>Entropía negativa</i>	<i>Aprendizaje</i>
<i>Subsistemas y suprasistemas</i>	<i>Feedback</i>	<i>Coevolución</i>
	<i>Input y output</i>	<i>Ciclo vital</i>
		<i>Entropía positiva</i>

- Sistemas

²⁴ Ídem

²⁵ Papp, P. (1988) El Proceso del Cambio. Barcelona, Paidós.

Para Hall y Johansen, Citados en Eguiluz op. cit, los sistemas son “un conjunto de objetos y sus relaciones, y las relaciones entre los objetos y sus atributos”. Desde este punto, los objetos, son las partes del sistema (átomos, personas, etc.) y los atributos son aquellas características físicas o abstractas de aquellos objetos.

Bertalanffy a su vez, los ha descrito de diferentes formas, 1) “complejo de formas interactuantes”, 2) “complejo de formas interactuantes, donde interacción significa que elementos P, están en relaciones con R, de suerte que elementos de P´ en R son diferentes de su comportamiento en otra relación P R´ (op. Cit. 109). Por otro lado, en Espinoza y González (1998)²⁶, el autor le denomina sistema a “una serie de elementos que en conjunto son más que la suma de estos, es decir, forman una entidad distinta”. Desde este punto, la Teoría General de los Sistemas trata sobre las totalidades y las interacciones internas y externas de las mismas en su medio. Cuando el autor se refiere a sistema, busca englobar tanto a la célula, como al humano o una máquina autorregulable. Dentro de los sistemas, encontramos 2 tipos:

1. *Sistemas Cerrados*: Un sistema es cerrado cuando ningún elemento de afuera entra y ninguno sale fuera del sistema. Estos alcanzan su estado máximo de equilibrio al igualarse con el medio (entropía, equilibrio). En ocasiones el término sistema cerrado es también aplicado a sistemas que se comportan de una manera fija, rítmica o sin variaciones, como sería el caso de los circuitos cerrados
2. *Sistemas Abiertos*: Se le denomina así a todo sistema vivo pues intercambian con su entorno energía e información. Estos tienden hacia una evolución constante y un orden estructural, en contraposición a los cerrados en los que se da una tendencia a la indiferenciación de sus elementos y al

²⁶ Espinoza M y González, S. (1998) Terapia familiar sistémica: definición y alcances en salud mental. En: Psicología de la familia. México, UNAM FES Iztacala.

desorden, donde no existe ningún tipo de intercambio (Arnold y Osorio, 1998).²⁷

Tanto en sistemas abiertos como cerrados, poseen ciertas propiedades, las cuales son:

- a) *Totalidad*: Todo sistema familiar es una unidad. Se parte de que "la suma de las partes no es igual al todo", y que dicho todo se conforma de elementos inseparables y coherentes, un cambio en alguno de sus elementos forzosamente conllevará cambios en los demás elementos del sistema. El total o el sistema no se puede comprender por la suma de "n" elementos, ya que si se analizan de forma aislada, o sea, fuera de su contexto, tendrán una función diferente que en su sistema original (no sumatividad). De acuerdo con Papp op.cit, las partes cambian constantemente para mantener equilibrado al sistema.
- b) *Recursividad*: La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas (sistemas menores) y suprasistemas (sistemas mayores). Por ejemplo, una familia puede estar inmersa en los siguientes suprasistema: clubes deportivos, grupos religiosos, asociación de vecinos, etc.; a su vez, dentro de la familia existen subsistemas, como lo son el fraterno (hermanos), parental (padres), marital (esposos), etc. La recursividad nos permite entender como el sistema familiar se vincula verticalmente tanto con los suprasistemas, como con los subsistemas (Eguiluz, op.cit).
- c) *Orden jerárquico*: implica la diferenciación progresiva entre los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo a través de formaciones estructurales diferenciadas y la acumulación de un mayor número de elementos.
- d) *Retroalimentación o causalidad circular*: Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, esto es, la familia se ve como un

²⁷ Arnold M. y Osorio F. (1998) Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Cinta de Moebio. Departamento de Antropología, Universidad de Chile. No. 31. En: <http://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm>

sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc., y a su vez éstos van a retroalimentar a A, B, C, D, etc. para que emitan otra respuesta y así sucesivamente (Watzlawick, 2006)²⁸. Por otro lado, Vargas (2004)²⁹ lo explica como el éxito o fracaso de un acto simple, en el cual se retroalimenta toda la información correspondiente a toda modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así, cambiar la planificación estratégica de su acción futura

En los sistemas cerrados los procesos de retroalimentación mantienen ciertos parámetros que compensan las perturbaciones impuestas por el medio circundante, predominando la homeostasis (el no cambio).

Dentro de la terapia familiar, Eguiluz op.cit, explica que la retroalimentación negativa es un elemento regulador dado que la desviación es contrarrestante, mientras que en la retroalimentación positiva pasa lo contrario al amplificarse dicha desviación. Sin embargo, el tratar de identificar en qué momento interviene un tipo de regulador y cuando otro atenta contra la premisa de circularidad.

- e) Homeóstasis o Morfostasis: Es la tendencia principal de un sistema a mantener el equilibrio. Para Hall y Fagen, en Watzlawick op.cit, un sistema es estable con respecto a alguna de sus variables si éstas tienden a permanecer dentro de los límites definidos. Pese a que se creería que lo ideal es que debemos mantener el equilibrio, en terapia sistémica se busca el cambio, por tanto al romper este, se lleva a la familia a autorregularse y adoptar interacciones alternas.

Jackson fue el primero en adoptar éste término a los sistemas familiares para referirse a mecanismos patológicos, caracterizados por una excesiva rigidez y un

²⁸ Watzlawick, P. (2006) Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, Patologías y Paradojas. España, Herder.

²⁹ Vargas, P. (2004) Antecedentes de la Terapia Sistémica. Una Aproximación a su Tradición de Investigación Científica. En: Eguiluz, L. Terapia Familiar. Su Uso Hoy en Día. México, Pax.

potencial limitado de desarrollo. El autor observó que en familias de esquizofrénicos, cuando éste mejoraba, los comportamientos entre los otros miembros de la familia tendían a empeorar.

- f) *Morfogénesis*: Se refiere a la tendencia de los sistemas a cambiar y crecer.
- g) *Equifinalidad y Equicausalidad*: La equifinalidad se refiere a que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos. A su vez, la equicausalidad se refiere al hecho de que partiendo de la misma situación inicial se puede llegar a diversas situaciones finales. Es así como se considera que la génesis o los productos son menos importantes que la organización de la interacción (Watzlawick op.cit).

2.1.2 Teoría de la comunicación humana

La familia es un sistema abierto, con la facultad de mantenerse en constante cambio y autorregulándose. Al no tratarse de individuos en aislado, se busca atender la dinámica del conjunto; es por ello que nos enfocamos en la interacción entre los miembros, analizando el cómo, cuándo, hacia quién y entre quiénes se dan estas.

A partir de los trabajos de Bateson, las investigaciones sobre la comunicación adoptaron un enfoque sistémico, donde toda conducta era concebida de manera relacional y representaba una forma de comunicación.

De acuerdo con la Teoría de la Comunicación Humana, toda conducta es en sí una forma de comunicarnos, se rompe con la idea de que únicamente a través del lenguaje es como nos podemos dar a entender y recibir e interpretar el mensaje que los otros nos mandan. Watzlawick op.cit, menciona que existen 5 axiomas, que son propiedades simples de la comunicación y encierran consecuencias interpersonales básicas.

1. La imposibilidad de no comunicar

En una situación de interacción, toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación; por eso, por más que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Ya sea que uno la rechace, la acepte o descalifique, nos comunicamos.

- a) *Rechazo de la comunicación.* Expresar de una manera descortés la falta de deseo por conversar provocando tensión e incomodidad. Esto puede darse cuando no contestamos, nos damos la vuelta, con frases como “ahorita no”, “no me interesa”.
- b) *Aceptación de la comunicación.* La persona cede y conversa aún en contra de su deseo de no comunicarse, lo que probablemente ocasione molestia contra si mismo y contra el otro. Puede ocurrir cuando tocan a la puerta y el vendedor nos ofrece algún producto por mucho tiempo pese a que sabemos que no lo queremos.
- c) *Descalificación de la comunicación.* La persona puede defenderse para invalidar su propia comunicación o la del otro, a través de una amplia gama de técnicas o fenómenos comunicacionales como con autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, salir por la tangente, oraciones incompletas, malentendido, estilo oscuro, etc. Cabe señalar que el mensaje que deja implícito es “*tú no existes*”.
- d) *El síntoma como comunicación.* La persona manda el mensaje: “no me molestaría hablarle, pero hay algo mas fuerte que yo que me lo impide y por lo que no se me puede culpar”, por lo que atañe su imposibilidad a algo fuera de su control como un repentino ataque de asma, dolor de cabeza, sueño, sordera, ignorancia del idioma y deposita la responsabilidad en sus nervios, su enfermedad, su ansiedad, el alcohol, la esposa, etc.

2. Los niveles de contenido y de relación en la comunicación

A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de la relación la otra persona. El "*nivel de contenido*" de un mensaje transmite la información, mientras que el "*nivel de relación*" se refiere a cómo la

comunicación sirve para definir el tipo de relación que quiero establecer con el otro. Se puede conectar este aspecto con el primero, toda vez que el otro decida rechazar, aceptar o descalificar la comunicación.

Existen posibles configuraciones que pueden darse, estas son:

- a) Acuerdo en contenido y en relación.
- b) Desacuerdo en contenido pero acuerdo en relación; de una manera madura, acuerdan estar en desacuerdo.
- c) Los participantes están de acuerdo en el contenido y en desacuerdo en la relación. Cuando existe esta configuración, en la metacomunicación, la dificultad estriba en la forma como las partes se atrapan proponiendo definiciones de su relación y como consecuencia de sí mismos.
- d) Los participantes desacuerdan tanto en contenido como en relación.
- e) Confusiones entre contenidos y relación. Querer resolver un problema de relación por el contenido, o viceversa.
- f) Situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel del contenido, con tal de no poner en peligro una relación vital con otra persona. Esto lleva a pautas de comunicación paradójica.

Cabe señalar que ante el desacuerdo, lo preferible es que éste ocurra en términos de contenido y no así de relación.

Las personas, en el "nivel relacional" no comunican nada acerca de hechos externos. Una persona (A) puede ofrecer a la otra (B), una definición de sí misma; es inherente a la naturaleza de la comunicación humana el hecho de que existan tres respuestas posibles por parte de esta última persona a la definición de la primera:

- a) *Confirmación*: La persona B puede aceptar (confirmar) la definición que A da de sí misma. Además del mero intercambio de información el hombre tiene que comunicarse con los demás, a los fines de su autopercepción y

percatación. La persona es incapaz de mantener su estabilidad emocional durante períodos prolongados en que sólo se comunica consigo misma.

b) *Rechazo*: Otra posible respuesta de B frente a la definición de A propone de sí misma consiste en rechazarla. Sin embargo, presupone por lo menos un reconocimiento limitado de lo que se rechaza y, por tanto, no niega necesariamente la realidad de la imagen que A tiene de sí misma.

c) *Desconfirmación*: B niega la realidad de A como fuente de tal definición. En otras palabras, mientras que el rechazo equivale al mensaje "estás equivocado", la desconfirmación afirma de hecho: "tú no existes".

3. La puntuación de la secuencia de hechos

Durante una conversación, se da una secuencia ininterrumpida de intercambios de mensajes. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se llama "puntuación de la secuencia de hechos".

En una secuencia prolongada de intercambios, las personas puntúan la secuencia de modo que uno de ellos asume o se ve en una posición (dominante-dominado, pasivo-activo, líder-subordinado). La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Por ejemplo, A → te ignoro porque haces berrinches, B → hago berrinches porque me ignoras.

Las discrepancias de puntuación ocurren cuando:

a) Uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe. Esto suele ser frecuente cuando existen los secretos familiares, donde alguno al no contar con la versión completa, puede discrepar con los demás y generar conflictos. Estos casos de comunicación patológica se convierten en círculos viciosos que solo se

romperán cuando la comunicación misma se convierta en el tema de comunicación (metacomunicación).

- b) Al querer establecer cuál es la causa y cuál el efecto (lineal), cuando en realidad ninguno de estos conceptos resulta aplicable debido a la circularidad y recursividad de la interacción. Como Bateson (2006)³⁰ mencionaba, cuando las secuencias de causa y efecto se vuelven circulares, la descripción o trazado de esas secuencias en la lógica atemporal se torna autocontradictoria.
- c) El concepto de la "*profecía autocumplidora*" que implica hacer cumplir una premisa aparentemente externa pero asumiéndola y ejecutándola. Por ejemplo, "todos me atacan" agrediendo, provocando, rechazando a otros y haciendo más probable que los demás reaccionen con desagrado, corroborando así su premisa original. Lo que caracteriza la secuencia y la convierte en un problema de puntuación, es que el individuo, considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes, y no que las provoca.

4. Comunicación digital y analógica

Como habíamos señalado anteriormente, al comunicarnos hacemos uso de todo nuestro cuerpo y de la relación de éste con el espacio y los otros individuos. El lenguaje pese a permitirnos expresar nuestras ideas, a su vez se acompaña de otros aspectos para darle mayor énfasis.

Al hablar de "digital", Watzlawick hace referencia a lo que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos, siendo el vehículo del contenido de la comunicación. En la comunicación digital, la palabra suele representarnos "algo", sin embargo no existe correlación entre la palabra y lo que representa (*el nombre no es la cosa nombrada*), por ejemplo mujer = ♀ . Bateson op.cit, ya señalaba que en todo pensamiento, percepción o comunicación de una percepción, hay una transformación, una codificación entre las cosa sobre la cual se informa, y lo que se informa sobre ella.

³⁰ Bateson, G. (2006) Espiritu y Naturaleza. Buenos Aires, Amorrortu

Por otro lado lo “analógico” lo conforma la conducta no verbal (tono de voz, gestos, pausas, volumen, silencios, distribución espacial, etc.) En muchas ocasiones, cuando no compartimos el mismo idioma, hacemos uso de lo analógico con el fin de comunicarnos con otro. Es por ello que se convierte en el vehículo de la relación.

Como puede verse no basta solo con decir, en este punto nuestros sentidos intervienen con el fin de captar todas las señales que el otro y/o el ambiente nos envían, con el fin de poder descifrar y relacionarnos, llegando a acordar cómo interactuar en dicho espacio/tiempo específicos.

Definir la relación entre los comunicantes implica información sobre la comunicación, es decir, una metacomunicación servirá para definir la relación cuando la comunicación haya sido confusa o ambivalente. La dificultad inherente al traducir existe en ambos sentidos. No sólo durante la traducción digital-analógica implica pérdida de información, sino que también de analógico-digital resulta sumamente difícil. La mayor problemática, la cual ocurre frecuentemente en todos los seres humanos, ocurre al discutir sobre el significado de una comunicación analógica particular, donde la historia interpersonal de cada comunicante tenderá a contaminar la intención original.

Dentro de la terapia podemos encontrar ejemplos claros de comunicación patológica, por ejemplo al preguntarles “¿Cómo se sienten?”, ellos podrán contestar que “bien”, sin embargo podemos darnos cuenta que el tono de voz es bajo, la mirada al piso, se ven desalineados y cansados, indicando así que existen incongruencias.

5. Interacción simétrica y complementaria

Todas las relaciones pueden ser catalogadas de acuerdo a sus particularidades en simétricas o complementarias.

En una relación simétrica la igualdad es la base de la relación. Puede darse entre hermanos, amigos, entre la pareja al dividirse las obligaciones económicas y domésticas, en equipos de trabajo, etc. Sin embargo puede ser patológico y tornarse en una escalada, que no es más que la competencia o rivalidad entre los miembros. Cuando se pierde la estabilidad de uno de los miembros, el otro intentará equilibrar la relación. Por ejemplo, en un caso clínico, podía verse claramente entre una pareja que competían por sobresalir, cuando ella decidía retomar su carrera, el esposo llegaba al otro día informando que ya se había inscrito a la escuela, teniendo así ella que encargarse de las labores en la veterinaria y renunciando a su plan original. Ella buscaba ahora la posición alta al reclamarle que el éxito en el negocio y la mejor posición económica se lograron a partir de que ella había ingresado a la veterinaria.

Por otro lado, en una relación complementaria se juegan dos posiciones distintas. Un participante ocupa la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la posición inferior o secundaria. Puede estar establecida por el contexto social o cultural entre madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno, o ser el estilo idiosincrásico de relación de una díada particular. Cabe aclarar que aunque parece ser algo negativo o agresivo; no es así, ninguno de los participantes impone al otro una relación complementaria, sino que cada uno de ellos se comporta de una manera que presupone la conducta del otro, al mismo tiempo que ofrece motivos para ella.

Las relaciones patológicas o complementariedad rígida se reconocen por presentar sentimientos progresivos de frustración y desesperanza en los dos participantes o en uno de ellos. Estos individuos al estar lejos de la relación son capaces de funcionar en forma perfectamente satisfactoria, sin embargo da un giro de 180° cuando se los observa en compañía de su "complemento" haciendo evidente la patología de la relación.

Cabe señalar que ambos tipos de relación deben estar presentes para establecer una relación sana, aunque en alternancia mutua siendo necesario que los dos

participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras.

2.1.3 Teoría cibernética

- *Cibernética de Primer Orden*

En mayo de 1942, se da lugar a la primera conferencia por la Fundación Josiah Macy, en la que resaltó el tema de la retroalimentación y su importancia en la comprensión de la conducta intencional. Explicaba el modo en que una unidad orgánica se mantiene a través del tiempo y cómo se da en función de cierta finalidad a la que tiende en todo momento a corregirse y autorregularse. Entonces la presentación de Rosenblueth entusiasmó a personajes como Margaret Mead, Gregory Bateson, Erickson y Mc Culloch, entre otros.

Cuatro años más tarde, se restablecen dichas reuniones conocidas ya como las *Conferencias de Macy*. De aquellas conferencias surgen innovaciones teóricas que fueron dando lugar a la cibernética³¹; se habló de retroalimentación negativa y positiva, la medición de la información en relación con la entropía, los tipos lógicos de Rusell, se introdujeron las claves analógicas y digitales, etc (Vargas,op.cit).

La Teoría Cibernética es atribuida a Norbert Wiener contribuyendo a los estudios sobre la comunicación, la información y el aprendizaje. El autor habla sobre dicha teoría en su libro "*Cibernética*" publicado en 1948 tras el cual, se reformulan los problemas biológicos y sociales tratándolos mediante la ingeniería y las matemáticas. Simultáneamente, se desarrollan la Teoría de la información de Shannon y Weaver en 1949 y la Teoría de los Juegos de Neuman y Morgenstern en 1947.

Como propósitos de la teoría cibernética se encuentran: 1) desarrollar un lenguaje propio, 2) desarrollar las técnicas específicas que permitan al hombre encarar

³¹ Cibernética proviene del griego "*kubernetes*" que significa timonel o gobierno. Con dicho título, se puede resumir la idea principal del "arte y la ciencia del control" definiéndola como "la teoría de la comunicación y del control en las máquinas y en los organismos vivientes".

tanto los problemas generales de la comunicación y regulación como establecer métodos adecuados para clasificar sus conceptos.

La idea básica de la cibernética es la de retroalimentación, definida por Wiener como un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si esta información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje (Keeney, 1994)³².

Los puntos centrales en los cuáles se basa son la comunicación y el control, ampliando en aspectos como la coordinación, la regulación y el orden mediante el control. Pese a su amplia relación con ciencias exactas, no estudia el funcionamiento de los objetos sino su comportamiento, pasando de la pregunta básica del ¿qué es esto?, al ¿qué hace esto?

Dentro de los conceptos empleados, se encuentra el de “sistema” de acuerdo a como lo explica Bertalanffy. Para Wiener, si un sistema es abierto o cerrado a la energía no es de gran importancia, lo que le interesa es determinar hasta qué punto el sistema está sujeto a factores determinantes y de control, de modo tal que no puede haber movimiento de una parte del sistema a otro sin que esto sea significativo (Eguiluz, op.cit).

Los sistemas cibernéticos tienen la probabilidad de ser autorganizativos ya que todos sus elementos se hayan vinculados entre sí. El grado de organización puede ser evaluado en función de la entropía, entendiendo por ello que:

“la tendencia a deteriorarse de un sistema cerrado, al deterioro o decadencia desde un estado muy organizado, diferenciado y menos probable, hasta un estado indiferenciado y caótico (Wiener, en Eguiluz, 2007, p. 128)”

³² Keeney, B. (1994) Estética del Cambio. Barcelona, Paidós.

Dentro de todo este desarrollo Vargas op.cit, explica que Bateson retomaría éstas nociones y las aplicaría a los sistemas interaccionales y sociales. Mediante el ejemplo del termostato, busca la adaptación al trabajo con familias, explicando cómo las interacciones humanas son ejemplos de retroalimentación que a su vez estabilizan a la familia como una propiedad autocorrectiva. Por ejemplo, cuando en la relación entre hermanos, suele ocurrir una pelea, es probable que la madre se inmiscuya con el fin de calmarlos y mantener la paz en la familia.

La cibernética marca que todo cambio puede entenderse como el empeño en mantener una constancia, misma que se da a través del cambio. Es en este punto en el que conviene introducir el término de homeostásis, mismo que fue explicado anteriormente.

El interés de Bateson, radicaba en indagar cómo la cultura se perpetuaba a sí misma. A partir de aquí es que el concepto de aprendizaje cobra importancia. Su interés en los niveles de aprendizaje y de sistemas de clasificación lo llevó a investigar la naturaleza de la comunicación (tipos lógicos).

La cibernética de primer orden se basa en la suposición de que un observador de un sistema puede mantenerse fuera de éste, sin que exista alteración del observador, ni de lo observado. Esta etapa se divide en dos fases: la llamada primera cibernética, donde se hace énfasis en los procesos realizados por los sistemas para conservar la homeóstasis en los sistemas, es decir, evitar posibles desviaciones en ellos; la segunda fase, llamada segunda cibernética centra su atención en los procesos que tienden al cambio y la transformación. (Simón, Stierlin y Wynne, 1988³³).

- *Cibernética de Segundo Orden*

En 1972, Margaret Mead, presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética, pronuncia un discurso titulado "*Cibernética de la Cibernética*"; es Heinz von Foerster quien sugiere cambiar este nombre por "*Cibernética de*

³³ En Desatnik, (2004)

Segundo Orden" o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la cibernética de primer orden como "Cibernética de los sistemas observados".

Entonces, se criticó la teoría de Wiener, concluyendo que la cibernética que éste había desarrollado introducía cambios importantes pero no suponía una ruptura epistemológica ya que se seguía aplicando el modelo de la ciencia clásica por el cual el observador está fuera del sistema y es capaz de estudiarlo con objetividad. Von Foerster consideró que la cibernética debía ir más allá y afrontar un nuevo modelo epistemológico en el cual el observador formara parte del sistema estipulando sus propios objetivos, su propio papel dentro del mismo, por lo tanto al incluirse, tiende a modificar lo que observa y a sí mismo.

Entre los avances que constituyeron la conformación de la cibernética de segundo orden, se encuentran los nuevos desarrollos de la física cuántica, los aportes de Ludwig Wittgenstein, Mc Culloch, Heinz von Foerster y Maturana y Francisco Varela (Jutoran, 1994)³⁴.

Acerca de la realidad, la cibernética de segundo orden afirma que todos los intentos humanos de explicarla son y han sido construcciones, representaciones, modelos de ella. Toda conceptualización parte de una percepción, limitada por nuestra propia estructura humana, cognitiva y sensorial, y por lo tanto es una construcción humana, un mapa entre muchos posibles, de la realidad, y no la realidad misma.

Finalmente, cabe recordar que la circularidad y la retroalimentación son temas centrales de la cibernética y forman parte de la noción de recursividad. Ya lo explicaba y resumía Keeney op.cit, la cibernética es el mundo de los procesos recursivos.

³⁴ Jutoran S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. En: Revista de Sistemas Familiares. Año 10 Num.1 Abril. En: <http://www.click.vi.it/sistemieculture/Jutoran.html>

2.1.4 Constructivismo y Construccinismo Social

La historia del conocimiento se ha organizado de manera muy particular a través de la evolución del tiempo. Los cánones del conocimiento vigente en cada época tienen un momento de total dominación y éxito ya que se consideran los discursos mas acertados sobre la realidad existente. Sin embargo, en algún momento tal discurso deja evidencias de que comienza a caducar encontrando huecos importantes que desembocan en la generación de discursos alternativos antagónicos y competitivos con respecto al dominante. Ya lo mencionaba Kuhn (2004)³⁵, el desarrollo de la ciencia a través de paradigmas que luchan y se establecen durante periodos determinados; no son más que creaciones envueltas en un proceso en el cual inevitablemente van revolucionando y se encuentran en constante cambio, reflejando así el carácter sistematizador y unificador del espíritu humano.

- *Constructivismo*

Hacia fines de los años setenta, el sistema que se estudiaba la mayoría de las veces en terapia familiar era el de la familia, y se consideraba generalmente al terapeuta como un observador externo, interesándose muy poco en el sistema terapéutico. Este abordaje aceptaba implícitamente que existía una realidad objetiva exterior a nosotros, realidad que era necesario develar para ayudar a los pacientes a deshacerse de la red en la que estaban capturados.

Sin embargo, a partir del comienzo de los años ochenta, particularmente después de la publicación en 1981 de la obra de Paul Watzlawick, "La realidad inventada", un nuevo movimiento llamado constructivismo se expandió en el ambiente de los psicoterapeutas de familia. Este enfoque invocaba los trabajos de Ernst von

³⁵ Kuhn, T. (2004). El Proceso de las Revoluciones Científicas. México: Fondo de Cultura Económica.

Glaserfeld, de Heinz von Foerster, de Humberto Maturana y de Francisco Varela (Elkaim, 1996)³⁶.

Si bien, existen datos argumentando los inicios de dicha postura en Vico, dentro de la epistemología, se reconoce como principal antecedente histórico a la obra de Kant. Castorina (2000)³⁷, menciona que su problema central era la articulación de la experiencia y la deducción, la contingencia empírica y la necesidad a los fines de justificar la validez del conocimiento científico; es decir, en contra del realismo, diseñando una relación constitutiva entre sujeto y objeto.

El constructivismo es una corriente posmoderna con amplia influencia dentro de la terapia familiar con aportes derivados de la filosofía, la sociología, antropología y la biología. Es personalizada en referencias derivadas de la cibernética, de la teoría de los sistemas, del planteamiento de Varela y Maturana, de la propuesta del pensamiento complejo o multidimensional. Expresado en autores como Bateson, Bertalanffy, Minuchin, Fishman, entre otros.

Se trata de una escuela del pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva. Postula que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, pues solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella, a un mapa que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios básicos de selección (Limón, 2005)³⁸.

El constructivismo posmoderno considera que el individuo construye la experiencia y el conocimiento, los ordena y da forma. Este es un planteamiento netamente kantiano.

³⁶ Elkaim, M. (1996) Constructivismo, construccionismo social y narraciones. ¿en los límites de la sistémica? Perspectivas sistémicas, no.42.

³⁷ Castorina, J. (2000). El Constructivismo Hoy: El Enfoque Epistemológico y los Nuevos Problemas. En E. Ferreiro, Sistemas de Escritura, Constructivismo y Educación (págs. 43-66). Argentina: Homo Sapiens.

³⁸ Limón, G. (2005). Del Constructivismo al Construccionismo: Una nueva Perspectiva para la Terapia Familiar. En G. Limón, Terapias Postmodernas. (págs. 29-45). México: Pax Editorial.

Siguiendo a Von Glasersfeld (1996)³⁹, es una teoría del conocimiento activo y no sigue con las convencionalidades de la verdad que el mundo refleja en sí mismo, sin tomar en cuenta la participación del individuo. Los dos principios básicos son:

1. El conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente.
2. La función de la cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva.

Dichos argumentos ponen en entredicho el conocimiento tradicional, pues comienza por darle un papel funcional al sujeto mismo, como creador de su propia historia y capaz de poderla reconstruir y deconstruir. En otras palabras, cada quien construye su realidad.

Estas particularidades logran marcar la diferencia, descartando así que el conocimiento es una representación del mundo en sí mismo independientemente del observador, reemplazándola por la exigencia de que las construcciones conceptuales denominadas conocimiento son viables para el sujeto cognoscente.

Uno de los aspectos centrales tiene que ver con el conocimiento. Este se refiere a estructuras conceptuales viables de acuerdo a la conjugación entre experiencia, pensamiento y lenguaje. En otras palabras, el conocimiento nos indica el cómo manejarnos en función de la experiencia.

Para los constructivistas la viabilidad se encuentra ligada al concepto de equilibrio, indicando así el potencial de un organismo a sobrevivir a un ambiente dado. A nivel cognitivo, dicho equilibrio refiere al estado en que las estructuras se dinamizan ante perturbaciones conceptuales (Glasersfeld, 1996). Para desarrollar esquemas confiables, el individuo debe imputar ciertas capacidades a los objetos de interacción. Es aquí donde los otros cobran un papel importante.

³⁹ Glasersfeld, V. (1996). Aspectos del Cosntructivismo Radical. En M. Pakman, Construcciones de la Experiencia Humana (págs. 23-49). España: Gedisa.

Uno de sus presupuestos básicos es que cuanto sabemos y creemos es fruto del lenguaje con que comprendemos y transmitimos nuestras percepciones y que, sobre una misma realidad, pueden darse diferentes puntos de vista, todos ellos igualmente válidos. Al hablar, vamos creando la realidad junto con quienes nos escuchan, creando así la base de nuestra propia historia, construyendo y modificamos nuestra identidad, que deconstruimos constantemente en virtud del contexto en el que nos desenvolvemos, de las circunstancias de nuestra interacción con los otros y de las características y expectativas de aquel con quien nos relacionamos. Esto es lo que Von Glasersfeld manifiesta como la explicación de por qué significa tanto para nosotros que nuestra realidad experiencial sea confirmada por la interacción con los otros.

A nivel comunicacional, es durante la conversación con otros individuos cuando se atribuyen significados a las interacciones y al contenido de las mismas, pudiendo así formar nuevas combinaciones y compuestos conceptuales, posibilitando el poder relacionarnos con los otros, comprender y compartir.

Dentro del contexto terapéutico, esta perspectiva marca el transmitir esta estructura lógica a los pacientes. Implica hacerles ver que sus problemas son internos, que son construcciones propias, que lo exterior es inaccesible y por tanto, tendrían que cambiar sus cogniciones (Limón, 2005). Los terapeutas familiares han sido llevados a descubrir que la construcción mutua de lo real en psicoterapia cuenta más que la búsqueda de la verdad o de la realidad. Esto produjo las siguientes implicaciones en el campo terapéutico:

- Una psicoterapia exitosa implica que la construcción que el terapeuta ha edificado con los miembros del sistema terapéutico es operativa, por tanto, la intervención del terapeuta en lugar de hacer surgir alguna "verdad" tiende a aumentar el campo de las posibilidades.
- Mantiene la importancia de la autonomía individual y de la responsabilidad personal.

- Quienes se niegan a separar al observador del sistema observado son confrontados (Elkaim, 1996).

Para terminar, mencionaré los modelos en terapia familiar que parten de dicha construcción teórica:

1. Modelo Estructural (Minuchin y Fishman)
2. Modelo Estratégico (Haley)
3. Escuela de Milán (Cecchin, Selvini, Boscolo)
4. El modelo de Terapia Breve enfocado en Problemas (Watzlawick, Weakland, Fish, Jackson, Bateson).
5. El modelo de Terapia Breve enfocado en Soluciones (De Shazer, O'Hanlon)

- *Construccionismo Social*

Tiene sus antecedentes en los años sesentas y setentas, aunque es en los ochentas cuando comenzó a delinearse conceptualmente, con la propuesta original de Peter Berger y Thomas Luckmann.

Este movimiento buscó distanciarse desde sus inicios de las interpretaciones cognoscitivistas y biologiscistas de la psicología, pero además pretendiendo hacer frente común a la postura positivista (Limón, 2005). Esto representaba una propuesta innovadora que vendría a revolucionar la psicología, tanto su teoría como su práctica.

Para Gergen (1996)⁴⁰, puede comprenderse el construccionismo en relación a dos grandes tradiciones intelectuales: el empirismo (perspectiva exogénica) y el racionalismo (perspectiva endogénica). La primera, propone al conocimiento como una copia de la realidad, mientras que la segunda depende de procesamientos internos al organismo mediante los cuales puede organizar, no copiar, la realidad para hacerla entendible. La polémica entre exogenismo y endogenismo llegó a la

⁴⁰ Gergen, K. (1996). Realidades y Relaciones: Aproximaciones a la Construcción Social. España: Paidós.

investigación psicológica; por ejemplo, los conductistas dan importancia al ambiente (exogenistas) y los gestaltistas a la organización perceptual inherente al hombre (endogenistas). La psicología cognitiva es también una perspectiva endogenista: la acción humana depende del procesamiento cognitivo, o sea del mundo tal como es conocido más que del mundo como es. Sin embargo, hasta ahora, el cognitivismo no ha logrado imponer en la psicología su punto de vista endogenista.

El construccionismo intenta superar esta dualidad objeto-sujeto desarrollando una teoría alternativa del funcionamiento de la ciencia y desafiando la idea de conocimiento como representación mental. Sostiene que el conocimiento no es algo que la gente posee en la cabeza sino algo que la gente crea relacionándose: el lenguaje es esencialmente una actividad compartida.

El construccionismo social (Hoffman, 1996)⁴¹ cree que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Todo conocimiento -sostienen los construccionistas- evoluciona en el espacio entre las personas, en el ámbito del mundo común y corriente; y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior.

El construccionismo, por lo tanto apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que contamos a los otros. Busca por tanto, explicar cómo las personas llegan a describir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven. Para ello, Gergen (1996)⁴², toma en cuenta los siguientes supuestos:

1. Lo que consideramos conocimiento del mundo no es producto de la inducción o de la construcción de hipótesis generales, como pensaba el positivismo, sino que está determinado por la cultura, la historia o el

⁴¹ Hoffman, L. (1996) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: S. y Mc Namme. La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.

⁴² Gergen, K. (1996). La Construcción Social: Emergencia y Potencial. En M. Pakman, Construcciones de la Experiencia Humana (págs. 139-179). España: Gedisa.

contexto social. Los términos que empleamos para describir son arbitrarios, no implican a la cosa como tal.

2. Los términos con los cuales comprendemos el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre la gente, históricamente situados. El proceso de entender no es dirigido automáticamente por la naturaleza sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación. Es solo en virtud de haber sostenido una forma de relación pasada que podemos producir algún sentido; quienes se relacionan son quienes determinan lo que se entenderá por una palabra específica. Al generar consenso, se forma un mundo social del que el sentido de validez objetiva es un subproducto. Es así que en comunidad se obtiene un significado común de aspectos como agresión, felicidad, poder, etc. A partir de dicho consenso es justo que las teorías hablen de predicción.
3. El grado hasta el cual una forma dada de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales (comunicación, negociación, conflicto, etc). Los lenguajes de descripción son cambiantes, sin necesariamente producir consecuencias a nivel teórico. Depende de cada contexto y época específica lo que un constructo me significará y/o me seguirá funcionando y determinando. Lo que se sostiene es que una metodología específica no garantiza el sostén de ciertas descripciones o explicaciones como únicas, sino que pueden forjarse ontologías locales de considerable duración. Esta negociación de la realidad da paso a una epistemología social.
4. Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación. De acuerdo al contexto en el cual se da la interacción, el significado de los constructos suele variar.
5. Aprender las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural; cada evaluación da voz a un enclave cultural dado y compartir apreciaciones facilita la integración del todo. El criterio de validez o

deseabilidad dentro de las comunidades nos permite apreciar el cómo dichos compromisos impactan las vidas de sus habitantes.

Las consecuencias del construccionismo social para la investigación psicológica son de largo alcance. En psicología, cada concepto psicológico es recortado de una base ontológica y convertido en un componente del proceso social. Cualquier concepto puede ser entendido lejos de una fisiología determinista, en una forma de rol social, y por ende no se refiere a un estado mental sino que constituye parte del rol en sí mismo.

Todo esto indica que desde el construccionismo, la teorización psicológica no reflejaría una realidad interna, sino en la expresión de un quehacer social, y de allí que el construccionismo encuentre fuerte resistencia dentro de la psicología, al trasladar la explicación de la conducta desde el interior de la mente, a la explicación de la misma como un derivado de la interacción social (Gergen, 1996)⁴³.

Nos ofrece la posibilidad de dar otro giro a la forma de hacer terapia, haciendo énfasis a las relaciones sociales y el peso que éstas tienen, el papel trascendental del lenguaje, en el cómo construimos e ideamos la realidad, así como en los significados atribuidos a aquellas historias que conforman nuestra identidad.

De acuerdo con Limón (2005), la propuesta da la posibilidad de trascender el alojamiento narrativo de la problemática (Gergen), explorar los significados predominantes, acceder a los sistemas de significados (Derrida) y de su posible deconstrucción, acceder a los juegos del lenguaje (Wittgenstein) y acceder a las relaciones de poder y sobre la tiranía que puede ejercer una creencia cultural (Foucault).

Las consecuencias de este enfoque para la psicoterapia podrían ser las siguientes, de acuerdo a Gergen (Elkaim, 1996):

⁴³ Ídem

- Los intercambios verbales entre el terapeuta y el paciente no refleja una cierta verdad, no se trata de verificar o aplicar una teoría preconcebida, sino de comprometerse en un diálogo potencialmente productivo.
- Cuando el paciente habla de tal o cual problema, es importante interrogarse acerca del contexto relacional preguntándose hacia quién dirige ese discurso y con qué fin. La evocación de una depresión, por ejemplo, puede ser un medio de reunirse con el prójimo, de invitar a otras personas a entrar en ciertas "danzas" específicas.
- Al ser los significados co- generados por el paciente y el terapeuta en el contexto terapéutico, no existe más una voz única, así como no existe un yo unificado: no hay una voz sino varias, e incumbe entonces al terapeuta, a partir del espectro pragmático del lenguaje terapéutico, ayudar al paciente a hacer surgir en él otras voces que le permitan orientarse hacia otras formas de "conversación".

En general, los aspectos relevantes del construccionismo social por (Espinoza, 2010)⁴⁴ son:

- Destaca las influencias interpersonales y culturales en las historias principales que se tienen sobre uno mismo.
- Enfoca las relaciones entre las personas y las normas culturales y sociales que las moldean vs dinámicas intrapsíquicas.
- No presta atención a daños psíquicos, sino a los procesos sociales y culturales con los que forjamos nuestra visión del mundo, misma que influye en nuestras acciones.
- Establece que el conjunto de normas invisibles y soterradas se convierten en verdades para individuos, grupos y comunidades.
- Dichas "verdades" son reconstruidas de acuerdo a nuestra visión del mundo y las relaciones con otros.

⁴⁴ Espinoza, M (2010) Aspectos relevantes del construccionismo social. Seminario de Terapias Postmodernas. México, UNAM.

- Es posmoderna ya que niega la posibilidad de “saber” algo sobre las personas por medio de las teorías.
- Da el primer paso en cuanto a formular conceptos derivados de la experiencia de la gente.
- Se opone al “si mismo” como entidad o esencia, propone que la identidad es socialmente construida.

En Terapia Familiar, los modelos que parten de las presentes raíces epistemológicas son:

1. Modelo Narrativo (White y Epston).
 2. Colaborativos (Anderson y Goolishian)
 3. Equipo Reflexivo (Andersen)
- *Comparación entre Constructivismo y Construccinismo Social*

Existe entre ellas un terreno común pues ambas se oponen a la idea de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. La concepción acerca de que la realidad es construida por el sujeto esta dada por las dos corrientes, que generalmente tienden a usarse por igual pero en realidad difieren una de la otra a pesar de ser epistemológicamente compatibles. El constructivismo parte de un marco teórico de la Gestalt y el sociocognitvismo los cuales consideran a las estructuras preceptuales o cognitivas como las responsables de la construcción de la realidad. Promueven una imagen del sistema nervioso como una máquina cerrada, considerando que las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se relaciona con su entorno. Por el otro lado el construccionismo social retoma las teorías como el interaccionismo simbólico, la etnometodología y especialmente en la teoría del acto social y del otro generalizado, que tiene un carácter fenomenológico y hermenéutico por lo que consideran que la realidad se construya por medio de elaboración social de los significados. Estos teóricos creen que las ideas, recuerdos, conceptos y demás construcciones son producto del intercambio social mediados por el lenguaje. Es

ese mismo lenguaje que les permite evolucionar así como modificar las relaciones, desarrollando un sentimiento de pertenencia y de poder entender al otro. En palabras resumidas el primero tiene una concepción de construcción individual, dada ya sea por estructuras cognitivas o perceptivas, y el segundo se guía más hacia una construcción de la realidad por medio de la interacción con los demás.

Para terminar, más que propuestas completamente cerradas, me parece que dejan la puerta entreabierta para permitir la entrada de otros discursos e interpretaciones que nos permitan cada vez más entender mejor al otro y prestar servicios hacia la ayuda a sus problemas. Reafirman a su vez la capacidad de producir novedades conceptuales y pragmáticas importantes.

2.2 Modelos teórico-metodológicos

2.2.1 Modelo Estructural

La terapia familiar ha surgido en un campo que tradicionalmente ve a la familia como una fuerza opresora; fue desarrollada en la segunda mitad del siglo XX siendo un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social (Minuchin, 1998)⁴⁵. Minuchin llevó a cabo su trabajo inicial en el Child Guidance Clinic de Filadelfia, E.U. En dicha clínica desarrolló junto con otros colegas, programas para terapeutas y no profesionales que laboraban con comunidades marginadas. En 1969, desarrolló programas con supervisión en vivo de terapeutas, el trabajo con la experiencia directa y el empleo de videos con el fin de aprehender las técnicas (Desatnik, 2004)⁴⁶.

- *Familia*

Es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos internos y externos. Su estructura y organización orientan y

⁴⁵ Minuchin, S (1998) El arte de la terapia familiar. Barcelona: Paidós

⁴⁶ Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México: Editorial Pax.

califican la experiencia de sus miembros. Se trata de organismos que evolucionan a través de diversas etapas de desarrollo. Cada etapa presenta nuevas exigencias que obligan a los miembros de la familia a acomodarse a las nuevas necesidades y a las circunstancias cambiantes. Como las familias son conservadoras, su respuesta natural a estos cambios evolutivos es insistir en lo habitual.

Se enfrenta al desafío de cambios internos y externos, y a mantener su continuidad. Desatnik (2004), marca que la familia cumple dos objetivos:

1. *Interno*: implica la protección psicosocial de sus miembros
2. *Externo*: refiere a la acomodación a una cultura y transmisión de ésta

A su vez, les imprime a sus miembros un sentido de identidad (pertenencia) y otro de separación (individuación). Un sistema familiar que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres componentes:

- a) La estructura de la familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- b) La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen reestructuraciones
- c) La familia se adapta a las circunstancias cambiantes, de tal modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

- *Estructura*

El concepto de estructura familiar fue propuesto para indicar las restricciones funcionales. Se refiere al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúa la familia (Minuchin, 2001)⁴⁷. Las estructuras se convierten en la realidad compartida de una familia y reflejan la

⁴⁷ Minuchin, S (2001) Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa.

comprensión recíproca de los miembros y prejuicios compartidos. Los elementos de la estructura son:

1. *Subsistemas*: refieren a una subparte del sistema que puede estar conformada ya sea por división de género, edad, interés, etc. Ej: conyugal, parental, fraterno, individual, de mujeres, etc.

2. *Límites*: son las reglas que definen quién participa y de qué manera

___ Límites rígidos	----- Límites claros Límites difusos
(Desligada)	(Aglutinada)	

3. *Jerarquías*: es la posición que ocupa cada miembro de la familia en relación con el poder

4. *Alianzas*: afinidad entre dos o más unidades de un sistema

5. *Coaliciones*: cuando una alianza se sitúa en oposición a otro sistema; puede expresarse por medio de conflicto o exclusión

6. *Triángulos*: se trata de una relación diádica conflictiva que requiere incluir a un tercero con el fin de encubrir o desactivar sus conflictos

- *Ciclo Vital de la Familia*

Toda familia es un sistema vivo tendiente a la conservación y evolución; como resultado de ello, se enfrentan a cambios naturales que requieren sean puestas en práctica todas las herramientas de las cuales se dispone para hacer frente a la desestabilización familiar. En cada periodo crítico, se imprimen fuerzas familiares que buscan adaptarse a los inminentes cambios, sin embargo, no siempre es posible afrontar exitosamente las etapas, dando pie a presentar diversos problemas relacionados con la rigidez de la estructura familiar y que son en muchas ocasiones, los que los llevan a solicitar terapia. Es por ello, que considero importante presentar el ciclo vital de la familia pues aporta las fases por las cuales los miembros de la familia atraviesan.

1. *La pareja sola*: Plantea la formación del subsistema conyugal, se elaboran las pautas de interacción que tienen que ver con la negociación de las reglas que cada uno trae de las familias de origen, los amigos, los compañeros de trabajo y de otros contextos importantes. La tarea consiste en crear y mantener límites nítidos para permitir el crecimiento de una relación íntima de pareja.
2. *La familia con hijos pequeños*: Surge desde el nacimiento del primer hijo y plantea la formación del subsistema parental. Ahora la familia se reorganiza para cumplir nuevas tareas y es indispensable hacer una nueva revaloración de las reglas.; la división del tiempo, las lealtades, el reparto de afecto, etc. Los padres establecen controles que le den espacio a su hijo y a la vez garanticen su seguridad y la ejecución de la autoridad paterna. Ante la llegada de un segundo hijo es necesario constituir nuevas pautas de interacción; al mismo tiempo se forma el subsistema fraterno.
3. *La familia con hijos en edad escolar*: En esta etapa la familia se relaciona con un sistema más amplio, como es la escuela. La familia elabora reglas alrededor de cómo ayudar en las tareas escolares, determinar quien debe hacerlo, la hora de acostarse, de estudio y las actitudes frente al rendimiento escolar.
4. *La familia con hijos adolescentes*: En esta etapa el grupo de pares toma mucho poder ya que van adquiriendo sus propios valores, estilos de vida y perspectivas del futuro. La individuación se convierte en tema de negociación.
5. *La familia con hijos adultos*: Se espera que los hijos logren crear sus propios compromisos y formen su propia familia.
6. *Nido vacío*: Es cuando los padres hacia sí, y no hacia el cuidado de los hijos, por lo que requiere reestructurarse (Erikson, 2000)⁴⁸.

⁴⁸ Erikson, E (2000) El ciclo vital completado. Barcelona: Paidós.

- *Terapia y terapeuta estructural*

El terapeuta tiene la tarea de notar el ángulo de desviación entre él y la familia que acude a él. Desde un punto de vista estructural, su terapia consiste en asociarse con la familia con el fin de cambiar la organización de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique. Mediante modalidades alternativas de interacción, se recurre a la matriz familiar (Minuchin, 2001). Se busca rediseñar la organización familiar de modo que se aproxime a modelo normativo pero buscando alternativas.

La meta de esta terapia es aumentar la flexibilidad de esas estructuras subyacentes, modificando la organización de la familia y las posiciones de sus miembros. La tarea de la terapia es ayudar a la familia a readaptarse a las circunstancias cambiantes, modificándose las experiencias de cada individuo.

Desde este punto de vista, la terapia se basa en tres axiomas:

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. Sus acciones son influidas por el sistema de la misma forma que éste afecta al mismo. Cada individuo es un subsistema en relación con el sistema total.
2. Las modificaciones en una parte del sistema, influyen a que cambien las conductas y procesos psíquicos de otros miembros.
3. La conducta del terapeuta se incluye dentro del contexto terapéutico.

La terapia busca modificar el presente, por tanto, el terapeuta usará su persona para modificarlo. Se confía en que 1) al transformar su estructura, permitirá alguna posibilidad de cambio, 2) la familia está organizada sobre una base de apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros, por lo tanto, el terapeuta repara su funcionamiento para desarrollar tareas eficaces; y 3) tiene propiedades de autoperpetuación, significa que aunque el terapeuta no esté presente, sus acciones se mantendrán (Minuchin, 2001).

Desde luego, la suposición es que un síntoma es producto de un sistema familiar disfuncional, y que si la organización familiar busca alternativas para resolverlo, éste desaparecerá.

- *Sistema Terapéutico*

1. *Diagnóstico*: Es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión con la familia. Se intenta explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los sistemas de sus miembros (Desatnik, 2004). Este aparece en el mapa familiar e incluye la forma en que la familia responde al terapeuta. El método de Minuchin de trazar el mapa del terreno de una familia permite organizar la información que la familia da al terapeuta permitiéndole hipotetizar y orientar sus intervenciones terapéuticas. Conforme avanzan las sesiones, dicho mapa puede irse reestructurando. Algunos ejemplos de cómo realizarlo, son los siguientes:



El terapeuta observa la estructura por medio del proceso de asociarse a ella, lo que implica un doble proceso de unión y acomodamiento, los cuales son descritos a continuación:

2. *Unión*: acciones del terapeuta para 1) relacionarse con los miembros de la familia y al igual de 2) tener la facultad de poder desligarse de ésta asumiendo posición de liderazgo.

-Unión con los subsistemas: Al unirse con subsistemas constituye una intervención reestructurante pues los demás miembros deben reagruparse para absorber el impacto de la alianza del terapeuta con otro. La inclusión y

exclusión de miembros resulta especialmente útil para explorar el funcionamiento de los mismos en situaciones cambiantes:

-*Unión y reestructuración*: la unidad terapéutica se encuentra en continuo dinamismo por lo que el proceso de unión, exploración, observación, elaboración de un contrato y el cambio se producen constantemente. De acuerdo a esto, se puede hacer la clasificación de los terapeutas en:

- a) *Transferencial*: el terapeuta no se une, es algo incidental; la reestructura se da como resultado de las interpretaciones del terapeuta
- b) *Existencial*: tanto la familia como el terapeuta se acomodan mutuamente dando un cambio.
- c) *Estructural*: considera ambos tipos de operación, el terapeuta viaja entre el compromiso existencial y el desligamiento transferencial.

3. *Acomodamiento*: son las adaptaciones del terapeuta para lograr aliarse con el sistema familiar. Las técnicas son:
4. *Mantenimiento*: implica proporcionar apoyo programado a la estructura familiar; conlleva a una reestructuración. Por ejemplo, el terapeuta puede reconocer la posición ejecutiva de los padres al aceptar temporalmente el etiquetamiento; o al apoyar los subsistemas familiares al pedir a algunos miembros que no acudan a las sesiones o proporcionando juguetes a los niños, etc.
5. *Rastreo*: se sigue el contenido y se les alienta a continuar planteando preguntas que clarifiquen o amplíen sobre un tópico. Puede usarse como una técnica de reestructuración.
6. *Mimetismo*: el terapeuta adopta el ritmo familiar de comunicación, su ritmo, asume una actitud jovial y expansiva. Por ejemplo, “se por lo que está pasando”, “tengo un familiar como el que me cuenta”.

Otra forma de poder acercarse a la familia es mediante diferentes niveles de participación. Coparticipar es en realidad una actitud más que una técnica; es hacer saber a sus miembros que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. Sólo así la familia podrá sentirse segura para ensayar alternativas, intentar lo no habitual, y cambiar. La familia aceptará al terapeuta como líder; pero, tendrá que ganarse su derecho a conducir. Se sentirá inclinado a hacer alianzas, pero debe tener la aptitud para separarse y tornar a reunirse en un modo diferenciado. Ésta es descrita en el siguiente cuadro.

Coparticipación		
Cercanía	Intermedia	Distante
<i>El terapeuta valida la realidad de los sistemas, busca los aspectos positivos, los reconoce y premiar. También detecta sectores de sufrimiento, dificultad o de tensión para responder a ellos con delicadeza. El terapeuta se convierte en fuente de autoestima, incrementa su capacidad de maniobra y estatus.</i>	<i>Oyente activo, neutral. Se hace un rastreo para recopilar datos. No interpreta sus acciones frente a la familia, pero tomará nota para sí, como medio de evitar ser absorbido y una manera de compenetrarse con la estructura que gobierna la conducta de los miembros del sistema.</i>	<i>En este caso se apoya en su condición de experto, se convierte en director. Percibe las pautas de la danza familiar y entonces dispone de secuencias de interacción promoviendo la escenificación de movimientos habituales e introduciendo novedades.</i>

Desde ésta perspectiva, Umbrager (1983), citado en Desatnik 2004, establece que las metas de la fase inicial para la terapia estructural son:

- Elaborar un diagnóstico estructural: observaciones sobre alianzas, divisiones entre miembros de la familia, coaliciones, jerarquías, fronteras y secuencias críticas de interacción, comunicación verbal y no verbal, quién habla, la secuencia de esto, quien diciente cuando otros hablan, etc.
- Redefinición del problema.
- Conectar la unidad familiar global y el síntoma
- Evaluar la disposición al cambio

- Integrar esta evaluación en la redefinición del problema y en la fijación de metas
- Determinar las metas del tratamiento junto con la familia para acordar lo esperado
- Seleccionar las unidades de tratamiento y planificación preliminar de las etapas terapéuticas

Para llevar a cabo lo anterior, es necesario abordar sobre las siguientes 6 áreas, descritas por Minuchin (2001):

- I. Evaluar la estructura, pautas transaccionales y alternativas
- II. Flexibilidad y capacidad de elaboración y reestructuración
- III. La resonancia del sistema, aglutinamiento y el desligamiento
- IV. Contexto de vida de la familia, fuentes de apoyo y estrés
- V. Estadío de desarrollo de la familia y su rendimiento
- VI. La forma en que el síntoma mantiene las pautas preferidas

7. *Contrato Terapéutico*: plantea una promesa de ayudar a la familia, explicita la logística de la terapia, el lugar del tratamiento, fijar si se restringirá a problemas exclusivamente familiares o no, especificar la frecuencia y duración de las sesiones. Cabe mencionar que en un primer momento puede ser muy limitado pero se desarrolla y cambia con el tiempo.

Cabe señalar, que es imposible tratar de separar al diagnóstico y la terapia pues conforme avanzan las sesiones, ambas se reformulan. Una vez hablado sobre el inicio de la terapia, es conveniente iniciar la descripción de las técnicas empleadas desde el modelo estructural.

- Técnicas Estructurales

Sabemos que es necesario desestabilizar al sistema con el fin de producir cambios, y las técnicas son la herramienta necesaria del terapeuta. Existen tres estrategias para esto, cada una con un grupo de técnicas que la conforman, éstas son⁴⁹:

⁴⁹ Las técnicas fueron recopiladas de Minuchin, S y Fishman, H. Ch. (2008) Técnicas de terapia familiar. México: Paidós.

1. *Cuestionamiento de la realidad familiar:* Implica cuestionar los constructos familiares, pues las pautas de interacción obedecen a cómo se vive dicha realidad.

CUESTIONAMIENTO DE LA REALIDAD FAMILIAR		
Técnica	Descripción	¿Cómo se lleva a cabo?
Construcciones	La familia ya ha elegido una forma preferente de explicarse las cosas (construcción terapéutica), misma que debe ser cuestionada y modificada poniendo al alcance nuevas modalidades de interacción, permitiendo que aquella rigidez se torne flexible. Es importante modificar la concepción del mundo y crear una realidad que no haga necesario el síntoma.	-Símbolos Universales -Verdades Familiares -Consejo Especializado

2. *Cuestionamiento del síntoma:* Cuestionar la definición que la familia da del problema. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción del mismo y buscar respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.

CUESTIONAMIENTO DEL SÍNTOMA		
Técnica	Descripción	¿Cómo se lleva a cabo?
Escenificación	Es poner en acto las Interacciones, es la técnica por medio de la cual al pedirles a los miembros de la familia que "dancen" en su presencia permitiendo construir una secuencia interpersonal en la sesión, en la que hacen evidentes las interacciones disfuncionales entre los miembros. En el momento mismo de la escenificación se produce el descubrimiento de conflictos que en un principio no parecían importantes pero que tienen que ver con el motivo de consulta y donde todos los miembros de la familia tienen que ver con este (perspectiva sistémica). El terapeuta puede entonces intervenir ya sea para aumentar la intensidad, prolongar su duración, hacer que otros participen, promover alternativas e introducir sondeos.	-Interacciones Espontáneas -Provocar Interacciones -Interacciones alternativas
Enfoque	Consiste en deslindar la información que la familia proporciona, el terapeuta jerarquiza ésta y selecciona un ángulo sobre el cuál centrarse pero formando una visión multidimensional. El terapeuta seleccionará y organizará estos datos dentro de un esquema que le	Investigar en profundidad un campo limitado, cómo las interacciones de la familia tienden a ser

	de sentido. Es decir, primero seleccionar un enfoque y en segundo lugar un tema para trabajar sobre el.	isomórficas, proporcionará información útil sobre las reglas que gobiernan la conducta en otros campos de la vida familiar.
Intensidad	En ocasiones la familia no escucha algunas cosas debido a su historia familiar, la intensidad facilita que los mensajes del terapeuta lleguen a la familia y tengan su efecto deseado, un cambio eficaz. El mensaje tiene que ser reconocido, lo que significa que se sientan alentados a experimentar modalidades nuevas. Hay que poner atención en que la intensidad no provoque molestias por no saber respetar los límites de la familia.	-Repetir el mensaje -Repetir la interacción -Repetición Isomórfica -Modificar el tiempo -Cambiar la distancia física y/o emocional -Resistencia a la presión de la familia

3. *Cuestionamiento de la estructura familiar*: Dar lugar a diferentes modos de pensar, actuar y sentir hasta entonces inhibidos por la participación en el sistema.

CUESTIONAMIENTO DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR		
Técnica	Descripción	¿Cómo se lleva a cabo?
Fronteras	Regula la separación de los holones entre sí, es decir, modifica la participación de los miembros de diferentes subsistemas (ej: hijos parentales y establecer fronteras entre el subsistema parental y fraterno). Participar en el contexto específico de un holón específico, requiere respuestas específicas para ese contexto.	-Distancia Psicológica -Duración de la Interacción
Desequilibra- miento	La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de la familia. Ellos esperan que éste sea firme y equitativo, sin embargo, entra en coparticipación y apoya a un grupo o subsistema. El beneficio es que produce cambios importantes cuando en los miembros existe la capacidad de experimentarse con roles y funciones a un nivel interpersonal, creando modalidades diferentes de relacionarse. Cabe señalar que todo cambio en la jerarquía produce un cambio en lo permitido.	-Alianza con los miembros de la familia -Alianza alternante -Ignorar a algunos miembros -Coalición

Complementariedad	El individuo se vive como un todo, pero al convertirse en parte de un todo, la conducta y experiencia de éste así como de los otros se modifica pues se influyen mutuamente. La meta es ayudar a los miembros a que se vivan como parte de una entidad que rebasa el sí mismo individual; apunta a modificar la relación jerárquica pero ahora cuestionando la idea íntegra de jerarquía.	-Cuestionamiento del problema -Cuestionamiento de la idea lineal -Cuestionar el modo de recortar los sucesos
-------------------	---	--

2.2.2 Modelo Estratégico

La terapia puede denominarse estratégica si el clínico inicia lo que ocurre en ella y diseña un enfoque particular para cada problema. El terapeuta identifica problemas solubles, fija metas, diseña intervenciones, examina las respuestas y evalúa si la terapia ha sido eficaz. Abarca varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente.

Los principales representantes del modelo son Jay Haley⁵⁰ y Cloe Madanes⁵¹; cabe señalar que juntos dirigieron el Instituto de Familia en Washington.

- *Orígenes y desarrollo del modelo*

Se pueden identificar tres elementos que influyen en el surgimiento del modelo:

1. Una concepción de la comunicación construida en relación con lo expuesto por Gregory Bateson y John Weakland.
2. Un enfoque general de lo que constituye la terapia, derivado de las consultas con Erickson (considerado el maestro del enfoque estratégico).
3. Acercamiento hacia la familia derivado de las ideas de Minuchin y Montalvo, en especial el poder jerárquico y la organización de la familia. de acuerdo con esto, una conducta inapropiada es el producto de un trastorno en la

⁵⁰ Algunos aspectos a destacar de Haley son la publicación de “Hacia una Teoría de la Esquizofrenia” junto con Jackson, Weakland y Fría mientras pertenecía al “Proyecto Bateson”. Posteriormente trabajó en el MRI y fue editor de la revista “Family Process”.

⁵¹ Psicóloga de profesión, fue directora del departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario Howard en Washington y del Centro de Terapia Familiar de Rockville. Actualmente preside el Instituto Robbins-Madanés en la Jolla, California y el Instituto Madanes de Terapia Familiar.

comunicación que a su vez procede de una organización que funciona inadecuadamente a causa de jerarquías afectadas (Galicia, 2004)⁵².

Por otro lado, retoma aspectos importantes de la teoría de los sistemas y la teoría del doble vínculo. De la primera, rechaza que los sistemas se estabilicen mediante procesos de autorregulación, pues considera que en terapia este aspecto no es promotor del cambio; sin embargo, incorpora el principio de secuencias de comportamientos reiterados, permitiéndonos realizar predicciones y pronósticos. En cuanto a la teoría del doble vínculo, considera restringe sus aportaciones a la teoría de la conducta, más no a su modificación. Sustituye por ello el término doble vínculo por paradoja promoviendo mayor claridad y precisión en la descripción de niveles contrarios en la comunicación.

De acuerdo al enfoque, la *queja* es entendida como el resultado de la interrelación entre diversos individuos, compuesta por una serie de actos y comportamientos estereotipados; el terapeuta en este caso tiene que lograr modificar estos comportamientos. Al realizar su intervenciones, debe considerar el contexto social en el que el problema ocurre y los participantes en el mismo (definir el campo de acción). Una vez que la unidad social es definida, el terapeuta tiene en mente que la efectividad de la terapia es medida por el resultado obtenido por el cliente. Lograr que el resultado sea satisfactorio, implica saber indagar el problema y cómo resolverlo.

Haley considera que se debe ser agudamente sensible y receptivo al paciente y a su campo social, pero él mismo tiene que determinar su modo de proceder. De acuerdo con Cade y O'Hanlon (1995)⁵³, en los escritos más recientes tanto Haley como Madanés han pasado a vincularse más con preocupaciones estructurales, jerárquicas y centradas en el poder.

Haley establece en resumen características esenciales para los *terapeutas* estratégicos. Define éste debe ser activo y directivo, considerarse un integrante

⁵² Galicia, I. (2004) *Terapia Estratégica En: Terapia Familiar. Su uso hoy en día.* México, Pax

⁵³ Cade y O'Hanlon, W. (1995) *Guía Breve de Terapia Breve.* Buenos Aires, Paidós

más de la unidad social, identificar coaliciones y jerarquías confusas, introducir complejidad a la vida de la familia ayudándoles a generar nuevas alternativas y lograr producir el cambio⁵⁴.

- *Técnicas*

1. *Aliento a la resistencia*: Cuando se aceptan las resistencias de los pacientes e incluso se les alienta, el sujeto queda atrapado en su intento por resistirse y volverse más bien cooperativo; una vez que se logra esto, se le puede desviar hacia una nueva conducta. Por regla general, se utiliza un enfoque secuencial, esto es, se le pide al paciente que haga algo deliberadamente, en general algo que ya estaba haciendo, y después solicita un cambio espontáneo; este cambio ocurre como consecuencia de haber alentado la conducta habitual⁵⁵. Por ejemplo, en una pareja que acude por peleas frecuentes, puede prescribir el síntoma pero cambiando algún elemento como puede ser el lugar, la duración, el orden de la secuencia, etc. La respuesta es un cambio espontáneo en la conducta.
2. *Espacio y Posición*: El terapeuta hace desplazar a los miembros de la familia con la finalidad de modificar la conducta de cada uno de ellos. Por ejemplo, hacer que cambien de silla, definir a la persona en términos de su posición, pedirles a algunos familiares que salgan o pasen del otro lado del espejo, etc.
3. *Ofrecimiento de una Alternativa Peor*: Un dilema en terapia es cómo lograr que el paciente siga directivas pero a su vez sea autónomo y decida. Erickson suele dirigir al paciente en un sentido esperando se dirija hacia otro. La técnica indica ofrecer una alternativa y tras ello un ítem que al paciente no le agrada; lo que se busca es que espontáneamente, el paciente proponga uno diferente (realizar alguna actividad en la madrugada cuando el síntoma se repita más veces o sea más intenso). En ocasiones

⁵⁴ Haley, J (2005) Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar exitosa. Buenos Aires, Amorrortu.

⁵⁵ Las técnicas descritas a continuación, a excepción de las directivas y ordalías, fueron retomadas de Haley, J (2007) Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson. Buenos Aires: Amorrortu.

cuando el paciente no coopera se ofrece la ilusión de alternativas (“quieres que hablemos de tu relación de pareja ahora o después”).

4. *Directivas*: Se le conoce así al mensaje que el terapeuta da para que la otra persona haga algo; son todas aquellas tareas que el terapeuta imparte. El empleo de las directivas tiene tres objetivos: a) lograr que los individuos se comporten de una manera distinta que propicie en ellos experiencias subjetivas diferentes, b) intensificar la relación entre clientes y terapeuta y dar a este mayor estatus y jerarquía y c) obtener otro tipo de información que no se haya proporcionado en la entrevista (Galicia, 2004). Existen 2 formas de directivas:

- a) *Directas*: son básicamente el pedir que algo se cumpla, ya sea que algo se deje de hacer o pedir que se haga algo diferente. Se incluyen dentro de este grupo también las directivas metafóricas, empleadas cuando desea que la familia haga algo que parezca espontáneo, sin imaginar o saber que han recibido la consigna de realizarlo.

- b) *Indirectas*: están conformadas por las tareas paradójicas, empleadas con aquellas familias que aunque llegan solicitando ayuda, rechazan todas las soluciones propuestas, por tanto se les mandan 2 mensajes: 1) cambien, 2) no cambien. Madanés por su parte, suele emplear las paradojas sin el desafío que manda Haley al impartirlas, por el contrario ella lo que hace es pedir al paciente finja el síntoma y pide a la familia identifique en qué momentos es real y en qué momentos está fingiendo.

5. *Metáforas*: Cuando el paciente se resiste a las directivas, puede emplearse el lenguaje metafórico con tal de remitir al cliente a hablar de lo que se requiere. Al hablar de un tema relacionado, el sujeto hace espontáneamente la conexión y responde adecuadamente (cómo te sientes cuando este torbellino se acerca y te atrapa). Estas pueden ser empleadas

ya sea como intervención, para obtener información o con pacientes esquizofrénicos.

6. *Siembra de ideas*: Al comienzo, se destacan ciertas ideas para más tarde lograr una determinada respuesta y se establece cierta continuidad. Aquello que se introduce va siempre dentro de un marco referencial que lo conecta con algo dicho previamente.
7. *Alentar la recaída*: Usada con pacientes muy cooperativos que mejoran con excesiva rapidez y no queda claro quién está a cargo de lo que sucede. Puede pedírseles "quiero que vuelva a sentirse tan mal como cuando llegó para ver si existe algo de aquella época que quiera recuperar". La única manera en que el paciente pueda resistirse es seguir mejorando, logrando así que los cambios continúen.
8. *Énfasis en lo positivo*: El terapeuta redefine como positivo lo que la gente hace encontrando algún aspecto que puede aprovecharse para mejorar el funcionamiento de alguna persona o de la familia. Por ejemplo puede redefinir el sobre-involucramiento de una madre sobre su hijo como el amor, cuidado y protección hacia él y enmarcar que una forma de ayudar a los hijos a crecer es ayudarles a ser autónomos.
9. *Ordalía*: La intervención del terapeuta consiste en diseñar una prescripción que provoque una zozobra igual o mayor que la ocasionada por el síntoma, siempre y cuando no debe causar daño al sujeto ni a ninguna otra persona⁵⁶.
10. *Frustrar una Respuesta para Alentarla*: Se indica una manera de comportarse y cuando comience a cumplir la indicación, cortará la respuesta y pasará a otra área. Cuando se retome la directiva original, el sujeto responderá mejor pues ya anteriormente fue frustrado a responder. Por ejemplo lograr que los miembros de la familia que no asisten, lo hagan al enterarse a través de los que asisten sobre aspectos que el terapeuta asume concuerden.

⁵⁶ Haley, J (2006) *Terapia de Ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.

2.2.3 Modelo de Milán

El modelo de Milán tiene la singularidad de dividirse en diferentes momentos, mismos que serán expuestos más adelante. Maneja simultáneamente 2 propósitos, 1) la terapia y 2) la investigación.

I. Primer momento

Mara Selvini fue una psiquiatra italiana que se había especializado en el tratamiento del problema de la anorexia, abordándolo bajo la perspectiva psicoanalista. Fue durante un viaje a los Estados Unidos en los 60' cuando conoce los trabajos del grupo de Palo Alto, sobre todo la teoría del doble vínculo (Montalvo, 2009). En mayo de 1967, Mara Selvini Palazzoli funda el Instituto de la Familia en Milán invitando a trabajar a Luigi Boscolo, Giofranco Cecchin y Giuliana Pratta. El equipo entonces se veía influido por la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación Humana. Al trabajar con familias psicóticas se derivaron 3 hipótesis centrales:

1. La familia es un sistema que se gobierna a si mismo y se autocorrigie a través de reglas constituidas por ensayos y errores.
2. Toda conducta verbal es comunicación que afecta a otros y provoca una respuesta que a su vez es una conducta de comunicación.
3. Las familias con presencia de conductas patológicas, se rigen por normas en las que las conductas, comunicación y respuesta mantienen esta conducta. Por tanto para poder influir, hay que cambiar las reglas (Selvini, Boscolo, Cecchin y Pratta, 1988)⁵⁷.

Es importante señalar que el modelo se caracterizó por trabajar con familias rígidas o con transacción psicótica. En este primer momento, se trabajó con 15 familias que incluían sujetos con diagnóstico de esquizofrenia (donde los dos

⁵⁷ Selvini, M., Boscolo, L, Ceccin G y Pratta G (1988) Paradoja y Contraparadoja. Barcelona, Paidós.

niveles comunicacionales, analógico y digital, están en contraposición), en etapa florida, de comienzo relativamente reciente y sin hospitalizaciones previas⁵⁸.

Las características generales de las familias eran:

- Simetría encubierta en la pareja
- Amenazas de abandono del campo
- Miedo a exponerse
- Rechazo de la definición que el otro da de la relación. Relación no definida.
- Desconfirmación
- Uso de tácticas como depresión, ausencias, etc.
- Mensajes (yo quería cambiar pero no puedo porque tu no me ayudaste)
- Coaliciones negadas
- Mensajes contradictorios en la comunicación digital y analógica.

Las principales maniobras terapéuticas se muestran en la siguiente tabla:

Técnica	Descripción
<i>Paradoja</i>	La terapia paradójica consiste en detectar cual es la función del síntoma dentro de las transacciones familiares y dar instrucciones paradójicas que rompan ese juego relacional, para que las relaciones familiares se normalicen y no sea necesaria la conducta anormal.
<i>Connotación Positiva</i>	La connotación positiva implica la aprobación por parte del terapeuta, de todas las modalidades transaccionales de conducta que observa. La intención es prescribir el síntoma y dado que no se puede prescribir lo que se critica, surge esta estrategia en la cual se connota positivamente el síntoma y las conductas de los familiares. Sitúa a toda la familia en un mismo plano como complementario, el connotar su tendencia homeostática provoca paradójicamente la capacidad de transformación. Por otro lado define el contexto terapéutico y la relación entre familia y terapeuta.
<i>Ritual</i>	Son actos simbólicos coevolutivos que incluyen no solo los aspectos ceremoniales de la presentación real del ritual, sino

⁵⁸ idem

	<p>también su proceso de preparación... contienen partes abiertas y cerradas que se mantienen unidas por medio de una metáfora orientadora y permite que la familia improvise” (Roberts, J. 2006 pp. 30). La acción o acciones están combinadas con expresiones verbales, en las que participan todos los miembros de la familia y apunta a evitar el comentario verbal sobre las normas de la familia. Es importante hacer notar que la prescripción de nuevas normas sustituye las precedentes.</p>
<p><i>Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos</i></p>	<p>Con esto, los terapeutas destruyen la epistemología familiar y evitan ser descalificados. El rol del terapeuta es comportarse de manera tal que se destruya la falsa creencia mediante un mensaje inverso: no es tarea de los hijos mejorar las relaciones entre los padres, o reemplazarlos en sus funciones. Un hijo puede evolucionar cualquiera que sea la relación con estos.</p>
<p><i>Los terapeutas aceptan sin objeciones una mejoría sospechosa</i></p>	<p>El objetivo es tener siempre la iniciativa y control previniendo y anulando las jugadas de la familia. Una última forma de poner a prueba tan milagrosa cura es recordarles que aún quedan sesiones en caso de que dicha cura no resista.</p>
<p><i>Cómo recuperar a los ausentes</i></p>	<p>La táctica es agregar una sexta parte a la sesión, cumpliendo esta última en casa estando todos los miembros de la familia. Un representante es el encargado de leer en voz alta la conclusión del equipo logrando con esto desarmar la maniobra de la familia al mismo tiempo que el miembro ausente se hace presente.</p> <p>Normalmente la familia reacciona con sorpresa y silencio al ver derrumbarse la táctica armada.</p>
<p><i>El problema de las coaliciones negadas</i></p>	<p>Dentro de las familias con transacción esquizofrénica suelen formarse triángulos perversos en los que una de las personas pertenece a una generación distinta. Este forma una coalición junto con alguno de los otros miembros contra alguien del propio par. Por ejemplo, mamá-hijo vs padre.</p> <p>Al intervenir, se connota positivamente dicha coalición de modo paradójico e intolerable retomando la intención afectiva de la misma. Se incluye a su vez la participación del sistema total.</p>

<p>Los terapeutas declaran la propia impotencia sin declarárselo a nadie</p>	<p>En ocasiones las familias vuelven a sesión mencionando haber olvidado el mensaje y tareas, o regresan tras descalificar el mensaje del terapeuta, o incluso realizan otra hábil maniobra que a su consideración es mejor que lo propuesto por el terapeuta y que a su vez les permite escapar.</p> <p>En estos casos, lo mejor es no insistir; en lugar de ello, el terapeuta se muestra confundido por no poder ayudarles pese a la cooperación de los mismos. La discusión hasta ahora lograda, no hace más que evidenciar la confusión del equipo. Tras la pausa, se cobran honorarios y se programa una nueva fecha. Se espera tras ello la solicitud de ayuda de la familia.</p>
<p>Los terapeutas se autoprescriben la paradoja extrema</p>	<p>Ante la paradoja extrema (<i>ayúdame no siendo lo que eres</i>), se puede actuar con 2 contraparadojas: 1) connotar positivamente como algo justo y legítimo, 2) la prescripción al terapeuta de acceder ante el pedido, pero estableciendo a su vez que el éxito de la terapia depende casi exclusivamente del éxito al llevar a la práctica dicha autoprescripción (Ej: <i>tengo que ser lo que tu padre no fue, no puedo parecerlo, sino serlo</i>).</p>
<p>Los terapeutas abandonan el rol paterno</p>	<p>Parentificar implica distorsionar la relación de tal forma que el otro miembro de la pareja o los hijos sean ahora los padres (Selvini et. al, 1988). Se manda el mensaje paradójico a los hijos de “ayúdame y ponte de mi lado, pero no te opongas a ningún otro”. Al asistir a terapia, los padres crean una enorme expectativa ante el terapeuta parentificándolo, deseando cada uno convertirse en el “favorito”. En terapia se realizan una serie de maniobras en las que se aprueban las conductas del hijo, se manifiesta que este es el verdadero líder quien se ha sacrificado. Éste cambia (asume el rol de hijo) y a su vez, los padres intensifican su lucha entre ellos y con el paciente identificado. A esta altura, los terapeutas abandonan el rol paterno prescribiéndolo al miembro de la última generación.</p>
<p>Preguntas lineales y circulares</p>	<p>Sirven para establecer: a) definición del problema, b) secuencia de la interacción, c) comparación/clasificación y d) cuestionamiento interventivo circular. Cabe destacar que dicho interrogatorio se realiza en las 3 dimensiones temporales (pasado, presente y futuro).</p>

Con algunas familias empezaron a tener resultados sorprendentes hasta en una o dos sesiones, después de un seguimiento de más de 10 años, Selvini y cols,

reportaron que su método de trabajo, al que ellos mismos llaman paradójico, tuvo éxito total o parcial en el 88.8% de los casos reportando también el 87.8% un bienestar global de bastante bien o bien y sólo un 11.9% de fracaso, esto nada más considerando pacientes anoréxicas (Montalvo, 2009).

II. Segundo Momento (desde 1979)

La publicación de Bateson "*Steps to an ecology of mind*" en 1972 con aspectos como la distinción entre mapa y territorio, categorías lógicas del aprendizaje, la epistemología cibernética y la semántica, dieron origen a un nuevo método de recolección, tratamiento de información e intervención enunciando tres principios:

1. *Hipótesis*: es sistémica si tienen en cuenta todos los componentes y propone una explicación de sus relaciones.
2. *Circularidad*: es el principio por el que el terapeuta se apoya en dichas retroacciones para verificar las propias hipótesis y proponer nuevas.
3. *Neutralidad*: el terapeuta no crea alianzas ni coaliciones con los miembros de la familia ni con sus ideas.

En 1979, Selvini y Prata dejan el centro para continuar sus investigaciones sobre la familia basada en la cibernética de primer orden. En 1983, Mara Selvini junto con Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino continuaron investigando sobre patologías familiares.

Esta etapa es también llamada la *etapa de la prescripción invariable*, la cual se caracterizaba por lo siguiente:

1. Recolección vía telefónica de datos sobre la familia que solicitaba el servicio,
2. Citaban a toda la familia más los "sospechosos" de intervenir en los asuntos de la misma.
3. Después de la primera sesión con todos sólo se citaba a la familia nuclear.
4. En esta sesión se analizaba el problema presentado por la familia y para la siguiente sesión nada más se citaba a los padres.

5. En la siguiente sesión se intentaba conseguir la colaboración de los padres como coterapeutas y se les prescribía el secreto de todo lo que pasara en la sesión. Además se les empezaban a prescribir desapariciones nocturnas de la casa sin decir a dónde iban a sus hijos y demás familiares.
6. Se ampliaba el tiempo de desaparición de la casa por un fin de semana y después por unas vacaciones completas (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990)⁵⁹.

Después de un seguimiento de más de 10 años, Selvini y Cols. (1999), reportan que su método de trabajo, al que ellos mismos llaman prescripción invariable, tuvo éxito total o parcial en el 57.4% de los casos reportando también el 69.3% un bienestar global de bastante bien o bien y un 36.1% de fracaso, esto nada más considerando pacientes anoréxicas⁶⁰.

III. Tercer Momento (Asociados de Milán)

El grupo de Milán le denomina "*la revelación del juego familiar*"; decidieron pasar a esta fase debido a que en los casos en que los padres tenían una actitud hostil o expulsiva hacia la paciente, el método de la prescripción invariable no funcionaba, no lo hacían, no se podía aplicar cuando sólo había un padre o cuando la paciente ya vivía aparte de sus padres o estaba casada. El principal motivo del cambio era que estaban ansiosos por saber si llevar a cabo una revelación que conectara el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres podía tener, de por sí, un efecto terapéutico. Además se utilizó el conocimiento específico del funcionamiento de la familia anoréxica obtenido en la fase anterior de su trabajo (Montalvo, 2009)⁶¹.

En esta etapa, las modificaciones en cuanto a la capacidad de maniobra del terapeuta son las siguientes:

⁵⁹ Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1990) Los juegos psicóticos de la familia. Barcelona: Paidós.

⁶⁰ Montalvo, op.cit.

⁶¹ Montalvo, J. (1999) Psicología y Familia. En: García, C. Muñiz, M. Montalvo J. Conceptos de Psicología. México, Trillas. Cap. 1

1. Tiene el derecho de decidir de qué se debe hablar
2. Tiene el derecho de decidir quién habla
3. Tiene el derecho de decidir retirar la palabra
4. Tiene el derecho de decidir cuando termina o se interrumpe una sesión
5. Hacer preguntas, resúmenes e intervenir
6. Puede hacer excepciones a las reglas anteriores sin metacomunicar

Por otro lado, Boscolo y Cecchin van de investigar sobre la terapia a la investigación sobre formación y terapia. Se ven influidos por Maturana y Varela (*la realidad aparece en el lenguaje a través del consenso, por tanto, hay tantas realidades como conversaciones*), así como de Heinz von Foerster (*introduce el concepto de cibernética de segundo orden*). Como consecuencia, ya no se pensaba en la familia como máquina homeostática, sino que se prestó mayor atención a lo ocurrido en la sesión. A su vez, se formularon hipótesis en torno al “sistema significativo” con el problema, por lo que se incluye al mismo terapeuta (Boscolo y Bertrando, 1993)⁶². En terapia, se habla sobre una tendencia a la neutralidad y las hipótesis exploran acerca del modo en que la familia organiza sus ideas en forma de pregunta. El fin del tratamiento es cuando la familia no se define a si misma como patológica.

A pesar de que la evidencia empírica indica que los métodos paradójicos fueron más exitosos, es notable la tendencia de los integrantes del Modelo de Milán hacia un regreso al individuo tanto a nivel explicativo del fenómeno psicológico como a su intervención.

2.2.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas

La terapia breve enfocada a problemas fue desarrollada en el Mental Research Institute (MRI) en la división CTB (Brief Therapy Center) fundado por Richard Fish, John Weakland y Paul Watzlawick. El proyecto comenzó como una investigación sobre tratamientos que empleaban técnicas innovadoras para el cambio, y que se

⁶² Boscolo, L y Bertrando, P. (1993) Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica. Barcelona, Paidós

centraban en la enfermedad principal del paciente (Espinoza, 2004)⁶³. El *cambio* constituye la formulación explícita del enfoque, la *táctica* es la descripción e ilustración de las técnicas.

Se caracteriza por intervenir en aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Desde esta perspectiva, las causas históricas no son tomadas en cuenta; el interés está en modificar el presente del cliente o paciente, es decir, redefinir su realidad para que ésta no tenga sufrimiento tomando en cuenta en qué aspecto es considerado un problema y por quién.

Las premisas explicativas se nutrían de 1) la cibernética, 2) la teoría de la información, 3) la terapia estratégica de Erickson, 4) la teoría de grupos y 5) la teoría de los tipos lógicos. Previamente ya se ha hablado sobre las primeras 3 fuentes; por ello, me centraré únicamente en describir “La teoría de grupos” y “La teoría de los tipos lógicos”.

- *La teoría de los grupos*

La teoría de los grupos surgió durante la primera mitad del siglo XIX, el término de grupo fue introducido por el matemático francés Évariste Galois. Con el fin de poder definirle, es necesario mencionar sus características.

1. De acuerdo a la teoría, un *grupo* esta compuesto por miembros, todos iguales en cuanto a una característica en común. La agrupación de cosas es el elemento básico y necesario y afirma “no hay dos cosas que sean exactamente iguales”. Esta primera propiedad permite infinidad de cambios dentro del grupo, pero también hace imposible para cualquier miembro o combinación de miembros situarse a si mismos fuera del sistema (Watzlawick P, Weakland, J y Fish, R, 2007)⁶⁴.

⁶³ En: Eguiluz, L. Terapia Familiar. Su uso hoy en día. México: Editorial Pax

⁶⁴ Watzlawick, P. Weakland, J y Fisch, R. (2007) Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. España: Herder

2. Se puede combinar a sus miembros en distinto orden y sin embargo, el resultado de la combinación permanece siendo el mismo. Con esto se afirma que existe una variación en el proceso, pero una invariancia en el resultado.
3. Un grupo contiene un miembro de identidad, por ejemplo en el movimiento de los miembros, el miembro de identidad sería la inmovilidad. Su importancia práctica se refiere a los sistemas cibernéticos: la función nula del grupo de cambios paramétricos desempeña un papel directo en la estabilidad de dichos sistemas, por ejemplo, un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.
4. Cada miembro tiene su recíproco u opuesto, de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad.

La teoría de grupos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que, en sí, permanece invariable. Permite pensar en la interdependencia entre persistencia y cambio. Lo que no muestra es un modelo para aquellos tipos de cambio que trasciendan de un determinado sistema o trama de referencia, para ello se retomó la teoría de los tipos lógicos.

- *Teoría de los tipos lógicos*

Esta teoría comienza con el concepto de colecciones de cosas unidas por una característica específica común a todas ellas, al igual que en la teoría de grupos, los componentes de la totalidad son designados como miembros, mientras que la totalidad misma es denominada como clase en lugar de grupo. Un axioma esencial en la teoría de los tipos lógicos es la de que cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tiene que ser un miembro de la misma⁶⁵.

⁶⁵ Ídem

De los postulados de la teoría de los tipos lógicos se deriva a) los niveles lógicos deben ser estrictamente separados a fin de evitar paradojas y confusiones y b) pasar de un nivel al inmediatamente superior supone una mudanza o variación, un salto o discontinuidad o transformación, es decir, un cambio de la mayor importancia teórica y también práctica, ya que proporciona un camino que conduce fuera de un sistema.

El uso de la tipificación lógica sugiere que el mundo está estructurado en forma jerárquica; estas distinciones no implican que los rubros se excluyan mutuamente, sino que esta jerarquía está estructurada de manera recursiva y por tanto, las distinciones están trazadas sobre otras⁶⁶

Por tanto, la teoría de los grupos proporciona una base para pensar acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que en sí permanece invariable; la teoría de los tipos lógicos no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir, entre sus miembros, pero proporciona una base para considerar la relación existente entre miembros y clase y la peculiar metamorfosis que representan las mutaciones de un nivel lógico al inmediatamente superior⁶⁷.

De acuerdo con esto, se deduce que existen dos tipos de cambio; el primero es el cambio que ocurre dentro del sistema pero que no provoca modificaciones (cambio de tipo 1) y el otro es donde su aparición cambia el sistema mismo (cambio de tipo 2).

- *“Más de lo mismo”*

Si bien es cierto que muchos problemas pueden permanecer constantes en su gravedad por mucho tiempo, al seguir aplicando más de lo mismo, estos tienden a agravarse. Cuando esto sucede, el problema parece ser el mismo en cuanto a su estructura, más no así en su intensidad, dificultad y sufrimiento.

⁶⁶ Keeney op. cit

⁶⁷ Ídem

El cambio deseado se verifica mediante aplicación de lo contrario a lo que produjo la desviación (giro de 180°), de acuerdo con la propiedad del grupo. Si esta acción correctora resulta insuficiente, la aplicación de más de lo mismo da eventualmente lugar al efecto deseado.

Para hacer más clara esta distinción entre dificultades y problemas, hablar de *problemas* es referirnos a un estado de cosas indeseables que, o bien pueden resolverse mediante algún acto de sentido común (*cambio 1*) y para el cual no se precisan especiales capacidades para resolver problemas, o bien, con mayor frecuencia, nos referimos a una situación de la vida, indeseable pero por lo general bastante corriente y con respecto a la cual no existe solución conocida y que hay que saber sencillamente conllevar, al menos durante cierto tiempo.

En este enfoque para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad y 2) que cuando no se solucione la dificultad, se aplique una dosis mayor de más de lo mismo. A su vez, existen tres modos de enfocar mal las dificultades:

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad.
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien existente.
3. Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta un cambio 1 en una situación que tan solo puede cambiarse a partir del nivel lógico inmediatamente superior o bien, se aplica un cambio de tipo 2 cuando resulta adecuado uno de tipo 1 (Watzlawick y cols, 2007).

- *Capacidad de Maniobra*

Al hablar de capacidad de maniobra, Fish R, Weakland J. y Segal L. (2003)⁶⁸, se refieren a la libertad que posee el terapeuta para actuar en la forma en que considere adecuada. Existen diferentes medios para aumentar dicha capacidad, mismos que son descritos a continuación:

1. *Oportunidad y ritmo*: Implica ir avanzando poco a poco conforme se va evaluando.
2. *El tiempo necesario*: No actuar bajo presión; por ejemplo ampliar más sobre un tema, no responder a la insistencia de una respuesta, no permitir que el terapeuta tome el tiempo conveniente, o incluso el tener que dar por terminada la sesión hasta completar el tiempo, pudiendo tal vez diluir el efecto de una intervención.
3. *Lenguaje condicional*: Se emplea cuando se desea efectuar una intervención específica pero existe la duda de si funcionará; para ello, se deja en manos del paciente el éxito de la intervención.
4. *El cliente debe concretar*: Hay que ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas.
5. *Actitud igualitaria*: Manejarnos de forma horizontal por la rareza de encontrar pacientes que responden cómodamente en una posición inferior, además de establecer desde el principio la actitud en la cuál nos manejaremos.
6. *Sesiones individuales y conjuntas*: En el enfoque sistémico se parte de que el cambio en un miembro de la familia provocará cambios en los demás. Algo primordial es indagar quién es el miembro de la familia más afectado por el problema e interesado en que se resuelva (cliente). Ahora bien, dependiendo de la problemática, habrá situaciones en las que convenga tener sesiones con solo una persona, con el fin de no obstaculizar la capacidad de maniobra, por ejemplo en disputas conyugales, problemas entre padres e hijo adolescente, etc.

⁶⁸ Fish, R., Weakland, J y Segal, L. (2003) La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. España: Herder

- *Tipos de Pacientes*

Existen dos *tipos de pacientes* renuentes mismos que amenazan con que la terapia inicie, estos son 1) “*el comprador fingido*” quien inicia el tratamiento por coacción y ante quienes el elaborar un nuevo contrato es la mejor opción y 2) “*el paciente restrictivo*” quienes ponen restricciones inaceptables a la terapia mediante el silencio, la intimidación y/o la agresión física.

- *La Entrevista Inicial*

En la primera entrevista, es importante recoger la información necesaria con el fin de entender cuál es el problema por el que la familia acude, además de poder orientarnos hacia las técnicas de tratamiento idóneas. Existen aspectos importantes que debemos revelar, los cuáles son:

1. *¿Cuál es el problema?*
2. *¿Quién hace que esto sea un problema? ¿Para quién esto constituye un problema?*
3. *¿Cómo se convierte esto en un problema?*
4. *¿En qué forma le puedo ayudar a afrontar este problema?*
5. *¿Por qué han buscado ayuda en este momento y no antes o después?*
6. *¿Qué han estado haciendo para solucionar el problema?*
7. *¿Qué es lo que usted consideraría como una primera señal de que ha ocurrido un cambio, aunque sea pequeño?*

- *Postura del Paciente*

Es la inclinación de éste hacia las directrices de la terapia; contempla valores, creencias, prioridades y compromiso hacia la misma. Al determinarla, se traza el camino sobre el cual podemos encuadrar una sugerencia.

En general el cliente suele asumir dos posturas: 1) el problema es doloroso y el cambio es urgente o 2) el problema no es incomodo en exceso por lo que no necesita un cambio (por coacción).

En lo que se refiere a la terapia, el número de posturas se eleva a 3: 1) se convierte en receptor pasivo de la sabiduría del terapeuta, 2) toma a su cargo activamente en el tratamiento o 3) busca ayuda y responsabilidad recíproca entre cliente y terapeuta. Ésta última se acompaña de que el problema se resolverá por la vía racional o el sentido común, mientras que en las otras por cuestiones mágicas o sorprendidas.

Pese a la descripción anterior, la postura de mayor interés es si éste se define como cliente o paciente; el primero, es quien está buscando activamente la ayuda mientras que el paciente es aquel a quien el cliente define como persona desviada o perturbada.

Ya lograda la identificación del tipo de postura, ésta servirá para evitar resistencias y estimular la colaboración del paciente.

- *Planificación del Caso*

Dentro de este enfoque, se requiere planear y precisar tanto los objetivos, las estrategias de tratamiento e intervenciones, pero estas pueden ser modificadas según se requiera. Planear implica tomar en cuenta los siguientes aspectos:

1. *Establecer el problema del cliente*
2. *Establecer la solución intentada por el cliente*
3. *Decidir qué se debe evitar*
4. *Formular un enfoque estratégico con un giro de 180° a lo ya intentado*
5. *Formular tácticas concretas*
6. *Encuadrar la sugerencia en un contexto= “vender la tarea”*
7. *Formular objetivos y evaluar el resultado.*

- *Intervenciones*

Existen dos grandes categorías de intervención; las intervenciones principales se emplean tras haber recabado información suficiente e integrada dentro de un plan de trabajo. Por otro lado, las intervenciones generales pueden emplearse en

cualquier momento de la terapia y ante una basta cantidad de problemas; pueden ya sea preparar el terreno para una intervención principal o ser por sí mismas suficientes para resolver el problema.

Intervenciones Principales

1. *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo:* Dicha técnica se emplea en problemas de funcionamiento corporal regidos por el sistema nervioso periférico. En estos casos, el paciente define las fluctuaciones como un problema y habla de ciertas medidas que ha empleado para corregirlas o evitarlas. La solución llega cuando se le solicita al paciente que renuncie a sus intentos de coacción y deje de esforzarse demasiado. La estrategia global consiste en invertir el intento del paciente y se le dan razones y directrices que lo lleven a fracasar. Estas razones son de dos tipos: a) Planificar deliberadamente la aparición, vendiendo la tarea al explicarle que es necesario conocer detalles más precisos sobre el problema y b) debe provocarse la aparición del síntoma para iniciar el control definitivo.
2. *El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo:* Los casos en los cuales se emplea son ante estados de terror o ansiedad como lo son las fobias, bloqueos para hablar en público o al ser visto, timidez, miedos, etc. La diferencia con los casos anteriores reside en que los estados de terror y ansiedad surgen sin la necesidad de que alguien más intervenga. La tarea a efectuar implica cierto riesgo para el paciente; en ésta suele especularse sobre él viviendo la situación problemática bajo la feliz idea del “qué pasaría si...” El intento básico de solución consiste en prepararse para el acontecimiento temido para que pueda ser superado con antelación. El hilo conductor es llevarlo a la tarea temida al mismo tiempo que se le impide termine con éxito.
3. *El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición:* Esta solución se da en casos con conflictos interpersonales basados en temas que requieran mutua colaboración, por ejemplo en problemas matrimoniales, de padres e

hijos, entre los hermanos, disputas entre compañeros de trabajo, etc. La solución intentada ha sido exigir al otro que realice cierta actividad, manejándose desde una relación complementaria en posición superior; en dado caso se les puede ofrecer una técnica mágica que consiste en consecuencias imprevistas conocida como “sabotaje benévolo”.

4. *El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación:* Esta intervención está dirigida cuando se realiza una petición paradójica del tipo “me gustaría que hicieras.., pero todavía más me gustaría que quisieras hacerlo”. El hilo conductor es que la persona intenta obtener sumisión al mismo tiempo que niega estarla pidiendo. La estrategia global consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.
5. *La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa:* Se emplea en situaciones donde A acusa a B, éste se defiende y responde, mismo que A utiliza para confirmar sus sospechas y continuar con las acusaciones. Es el típico caso de “juego del acusador y del defensor”. Tras establecerse un círculo vicioso, éste puede romperse cuando uno deje de jugar su papel repetitivo. Esto sucede cuando 1) acepta las acusaciones del otro y tiene que movilizar el sistema ó 2) mediante la “interferencia” donde los intercambios verbales son inútiles y no hay modo de saber si realmente se refieren a los hechos.

Intervenciones Generales

1. *No apresurarse:* En esta táctica se describe a un terapeuta que no obliga al paciente a que cambie provocando en el paciente la necesidad de colaborar ante cualquier consejo o sugerencia: evita la sensación de urgencia. La forma de hacerlo es variada, y va desde pedirle que no haga nada que provoque un avance, espaciar las sesiones, hasta sugerirle que un cambio del 100% no es lo adecuado para su caso, sino uno menor.

2. *Los peligros de una mejoría:* Esta intervención va muy ligada a la anterior; en este caso, se le pregunta si conoce los riesgos que corre tras lograr el cambio (importante dar por hecho tanto el cambio como el riesgo). Se puede emplear para dos fines: 1) ampliar la postura del no apresurarse o 2) imprimir mayor motivación para el cambio.
3. *Un cambio de dirección:* Es necesario cuando el terapeuta se ha enfrascado en una discusión con el cliente, cuando se ha ofrecido alguna tarea que inicialmente acepta el cliente pero que más tarde no suele dar frutos o cuando alguno se siente frustrado por los cambios obtenidos. Este cambio de 180° puede ser argumentando que tras reflexionar en el caso, se ha tomado un camino equivocado mismo que hay que enmendar, o rescatar una conversación con un terapeuta “más experimentado”.
4. *Cómo empeorar el problema:* Esta maniobra es útil en dos casos especiales 1) con pacientes ambiguos o 2) al final de la terapia para reforzar el cambio. En el primer caso, se trata de pacientes renuentes por lo que lejos de continuar sugiriendo acciones útiles, se le menciona que al hacer lo que se le indicará, agravara el problema. En este caso, se enumeran todas aquellas soluciones intentadas, de tal forma que éste se vuelve más consciente de lo que puede suceder si continúa como hasta ahora. En el segundo caso, implica el preguntar qué cree que pudiera hacer para que vuelva al mismo estado como en el que llegó, haciendo evidente qué cosas eran las que reforzaban el problema.

- *Fin del tratamiento*

El tratamiento termina cuando el paciente y el terapeuta consideran que se han generado cambios y el o los problemas se han eliminado y/o transformado por lo que ya no son una molestia. El terapeuta debe corroborar en qué medida se cumplieron los cambios deseables, así como la reacción del cliente acerca del fin del tratamiento.

2.2.5 Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS)

El enfoque centrado en soluciones sigue la línea de pensamiento de la terapia breve, surgiendo en 1978 en el Centro de Terapia Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin. Deriva de la filiación con el Mental Research Institute (MRI) y la tradición estratégica. El BFTC se conformaba por de Shazer, Wiener, Nunally, Lipchick, Molnar e Insoo Kim Berger. Tiempo después se incorporan John Walter y Michael Wiener-Davis. Se distinguen Steve de Shazer y William O´Hanlon como los principales representantes del modelo (Espinoza, 2004).

La TBCS ya no usa el modelo sistémico como modelo principal, pues consideran que el único que puede actuar y reaccionar ante las circunstancias es el individuo. Se prefiere usar el término *interaccional* a la palabra *sistémico*, en tanto que el primero lleva a considerar procesos repetitivos y potencialmente observables en los cuales la persona responde secuencial y recíprocamente. Mientras que lo sistémico es considerado estático y carente de especificidad (Cade y O´Hanlon, 1995).

Se atiene a la Segunda Cibernética, por lo que la familia influye en el equipo y el equipo en la familia en una interacción recurrente. Esta concepción del funcionamiento de la terapia condiciona la forma de trabajar del equipo, cuya posición terapéutica se resume en tres claves:

1. Postura acrítica del equipo ante los objetivos y la cosmovisión de la familia. La pausa entre la sesión y la prescripción marca una inflexión sobre lo que se va a comunicar; una reflexión y un distanciamiento que implementan la prescripción.
2. La familia tiene una visión plana de su realidad y el acoplamiento equipo-familia produce una visión binocular. Se consigue cuando el Equipo devuelve a la familia una descripción de sí misma similar a la que tiene, pero desde un ángulo diferente.
3. La modalidad de realizar una tarea de una familia dada es su forma particular de colaborar. La tarea del equipo es detectar la forma de cooperar

con la familia, y adaptarse a dicha modalidad; no existe el concepto de resistencia. (Espina, J y Cáceres, J, 1998)⁶⁹.

La terapia implica intentos deliberados de producir un cambio que lleve a la solución. En este caso saber el “por qué” de la naturaleza y el origen del problema no necesariamente produce un cambio. En la terapia breve existen 3 objetivos que se buscan cubrir 1) cambiar la forma de actuar, 2) cambiar la forma de ver y 3) evocar recursos, soluciones y capacidades que puedan aplicarse a la situación problemática.

Los terapeutas mantienen presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta; fortaleciendo a los clientes, se logran resultados más eficaces. Las *premisas* se centran en recursos y posibilidades.

- a) Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, el terapeuta les ayuda a acceder a ellos y lograr que sean utilizadas.
- b) Aceptar que el cambio es constante por lo que no hay forma de evitarlo.
- c) El cometido del terapeuta es ampliar y marcar el cambio; tras identificar la diferencia y lo que funciona, se marca y se le rescata connotándolo como algo valioso.
- d) Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- e) No es necesario conocer la queja o la función de esta para resolverla: el modelo no comparte la creencia de que los síntomas cumplan determinadas funciones, incluso si así fuera, no diría lo que podemos hacer sino el porqué la familia se ha mantenido estática.
- f) Solo es necesario un cambio pequeño, un cambio en una parte del sistema puede producir cambios en otra parte del mismo. El cambio es contagioso, por tanto, se crea una onda expansiva en todos los miembros de la familia y en diversas áreas de la vida.

⁶⁹ Espina J. & Cáceres P. (1999) Una psicoterapia breve centrada en soluciones. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, XIX 69, pp. 23-38

- g) Los clientes definen los objetivos; la relación es horizontal.
- h) La terapia es breve, más no rápida: la duración media de la terapia es de 10 sesiones. De acuerdo a los postulados básicos, se logra que incluso desde la primera sesión se logre una visión más optimista de la situación por la que acuden.
- i) No hay una forma correcta de ver las cosas; puntos de vista diferentes son válidos y se ajustan a los hechos.
- j) Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse en un periodo de tiempo razonable, no en lo intratable (O'Hanlon y Wiener-Davis, 1990)⁷⁰.

- *Técnicas*

En este modelo, se considera el proceso de la entrevista misma como una intervención, en la que mediante diversas técnicas, los clientes experimentan importantes cambios. Antes que nada cabe aclarar que cada cliente es único, por lo que las intervenciones están formuladas para ese caso en particular. A continuación se describen las intervenciones básicas de la primera sesión.

1. *Preguntas presuposicionales.*
2. *Unión*
3. *Breve descripción del problema sin marcar la existencia de un problema.*
4. *Excepciones al problema* que pueden recabarse con las siguientes preguntas:
 - a) ¿Qué es diferente en las ocasiones en que ___(Excepción)___?
(*identificar*)
 - b) ¿Cómo conseguiste que sucediera? (*acciones*)
 - c) ¿De qué manera el que ___(Excepción)___ hace que las cosas vayan de otra manera? (*otras áreas de la vida*)

⁷⁰ O'Hanlon, W y Wiener-Davis, M (1990) En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Paidós

- d) ¿Quién más advirtió que_____? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, qué hizo o qué dijo? (*ampliar la visión*)
- e) ¿Cómo conseguiste que dejara de__(problema)___? (*conexión entre acciones y el problema*)
- f) ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace_____? (*nuevos recursos*)
- g) ¿Qué haces para divertirte, qué te interesa?
- h) ¿Haz tenido alguna vez esa dificultad anteriormente? ¿Cómo lo resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para lograr que eso vuelva a suceder?

5. *Normalizar y despatologizar*: el considerar la situación como algo familiar, común y cotidiano ayuda a los clientes a pensar que las cosas no son tan malas como las habían pensado.
6. *Definir objetivos concretos, observables y alcanzables*.
7. *Pausas*
8. *Elogios* para localizar y marcar cambios positivos.
9. *Preguntas orientadas al futuro*: Se puede emplear la *pregunta del milagro* misma que De Shazer atribuye a Milton Erickson y su empleo de la pseudorientación en el tiempo como técnica hipnótica (Cade, et. al, 1995).
10. *Preguntar sobre el problema* cuando les es difícil encontrar excepciones y verse en un futuro.
11. *Recursos y soluciones "más de lo mismo*.

- *Prescripciones para el cambio*

Una vez que el terapeuta ha reunido información de base sensorial sobre la pauta y la gama de elementos, inicia junto con el cliente la búsqueda de maneras para ayudarlo a modificarla. O'Hanlon ha señalado la siguiente lista de los principales modos de intervenir en una pauta:

1. *Cambiar la frecuencia o tasa*
2. *Cambiar el tiempo de ejecución*
3. *Cambiar la duración*
4. *Cambiar el lugar en que se produce*
5. *Añadir algún elemento nuevo al patrón*
6. *Cambiar la secuencia*
7. *Descomponer el patrón en elementos más pequeños*
8. *Unir la realización de la queja con alguna actividad más gravosa*

- *Prescripciones de Soluciones*

1. *Tarea de fórmula de la primera sesión:* Básicamente la secuencia de la tarea es la siguiente “*desde ahora y hasta la próxima sesión, nos gustaría que observaras y nos describas lo que ocurre en tu_____, que quisieras continúe ocurriendo*”.
2. *Tarea de la sorpresa:* En esta la tarea que se les pide es “*cada uno de ustedes hará algo por el otro que lo sorprenda pero sin que le comente de que se trata. En la próxima sesión, veremos lo que cada uno detectó en el otro así como aquello que logró observar y lo que no*”.
3. *Tarea genérica:* consiste en notar qué de lo que hacen los lleva a sentirse como desean o a estar en la situación donde el problema no exista.

Finalmente, cabe señalar que este modelo se aparta de las explicaciones, problemas y patologías, y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades.

2.2.6 Terapia Narrativa

Este modelo está ubicado dentro del Construccinismo Social, según el cual, la fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros mismos y a los demás y que representan la visión que tenemos del mundo y nuestras relaciones. Se basa en un relato,

historia y/o metáfora con el cual las personas dan sentido a su vida, incluyendo a las personas y acontecimientos en ella. Como sabemos, nacemos en las narrativas dominantes o discursos de nuestra cultura, las cuales son creadas por los agentes del poder de la cultura. Estos discursos dominantes afectan a las palabras que usamos y el conocimiento que tenemos, convirtiéndose en verdades interiorizadas.

Desde esta perspectiva, los discursos culturales dominantes y las instituciones influyen en las historias del problema que la gente trae a terapia, teniendo efectos en las identidades. Los problemas persisten porque se encuentran saturados de historias dominantes que los validan, fijan y perpetúan.

La vida de las personas está modificada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y del lenguaje del yo y de su relación.

Michael White⁷¹ argumenta que la pregunta ¿quiénes somos en realidad? no tiene sentido puesto que los seres humanos no poseen una esencia interna universal o independiente de las circunstancias culturales. Propone que la pregunta debiera ser ¿cómo moldean nuestro pensamiento y nuestra vida las prácticas y los saberes culturales? Esto significa que la idea que tenemos de una naturaleza esencial inhibe nuestro desarrollo y actualización y genera enfermedad llevando a la frustración de necesidades y deseos más auténticos.

La propuesta de la terapia es ayudar a las personas a oponerse a los efectos de las relaciones de poder visibles o encubiertas que las constriñen. Para ello se vale de distintas intervenciones, mismas que son descritas a continuación:

- *Intervenciones*

1. La *deconstrucción* tiene que ver con procedimientos que invierten realidades y prácticas que se dan por descontadas. Un terapeuta hace

⁷¹ White, M (1994) Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.

preguntas para deconstruir la historia del problema, explorar su contexto-y para revelar las prácticas sociales dominantes, culturales y políticas que han ayudado a crear y mantener el problema.

2. *Bautizar el problema*: implica poner un nombre a éste de tal manera que lo describa. En ocasiones las personas no logran nombrarle, ante esto el terapeuta puede sugerir opciones entre las cuales el cliente elegirá. Al hacer esto, la persona adquiere control de éste a la vez que puede verlo fuera de sí.
3. *Externalización*: significa mantener la actitud de que las dificultades son algo que afectan a las personas y no que son parte de ellas. Entre otras cosas: 1) reduce conflictos inútiles en torno a quién es el responsable, 2) socava la sensación de fracaso ante la permanencia del mismo pese a las acciones empleadas, 3) favorece la cooperación entre las personas en una lucha común, 4) abre posibilidades para arrebatar sus vidas del problema, 5) permite tomar una actitud más flexible y efectiva y 6) tiende al diálogo más que al monólogo sobre el problema (Payne, M, 2002)⁷².
4. *Preguntas de influencia relativa*: incitan a los miembros a realizar 2 tipos de descripciones: 1) descripción que el problema tiene en la vida y las relaciones y 2) descripciones de la influencia de las relaciones y los miembros de la familia en la persistencia del problema. Este punto requiere hacer preguntas en torno a logros aislados, mismos que contradicen la descripción previa dada por la familia. Esto provoca nuevas perspectivas y por tanto, nuevas respuestas. Pueden clasificarse 4 tipos diferentes de preguntas:
 - a) Selección directa de logros aislados
 - b) Selección indirecta de logros aislados, especulando y guiándose por los códigos de terceros

⁷² Payne, M (2002) *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona, Paidós.

- c) Encaminadas a revisar y reevaluar la relación que tiene uno consigo mismo
 - d) Revisar y reevaluar la relación de uno con los demás.
5. *Preguntas sobre panoramas duales*: estos panoramas son a) *panorama de conciencia* (interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y las del autor cuando penetra a raíz de la invitación del primero) y b) *panorama de acción* (hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas específicas).
6. *Ceremonias de definición*: proceso en el que los miembros de la audiencia actúan como testigos en varias formas: en conversaciones entre terapeuta, equipo y quienes van a terapia. A los miembros reclutados para ser parte de la audiencia se les conoce como *testigos externos* (2 o más personas que puedan o no conocer al cliente). Esta se realiza en 4 etapas:
- I. Conversación inicial de re-autoría (familia y terapeuta)
 - II. El grupo de testigos externos re-narran lo oído (testigos)
 - III. Respuesta de la familia ante lo relatado por el grupo (familia y terapeuta)
 - IV. Discusión de la terapia entre familia, terapeuta y testigos (Espinoza, 2010)⁷³.
7. *Documentos*: Un terapeuta o equipo escribe cartas o cualquier otro documento (reconocimiento, diploma, acta de independencia, etc.) como otra manera de participar en la historia de un cliente y crear resultados únicos. Las letras son más a menudo por escrito y enviadas a un cliente después de una sesión de terapia o al final de un ciclo de tratamiento. Las

⁷³ Espinoza, M (2010) Esquema sobre grupos de testigos externos y ceremonias de definición. Seminario de terapias postmodernas. México, UNAM.

cartas se utilizan para mostrar el reconocimiento de los terapeutas de la situación del cliente y para ayudar a apoyar y sostener el cambio en el curso de la terapia (White, M y Epston, D. 1993)⁷⁴.

2.2.7 Equipos Reflexivos

Se fija el año de 1974 como punto de partida de los equipos reflexivos aunque Andersen reconoce que para entonces ya contaban con ideas y experiencias acumuladas. Tom y su equipo se volvieron seguidores de Minuchin, Haley y Watzlawick, despertando un exquisito interés en sus formas de trabajo. El nombramiento de Andersen como profesor en la Universidad de Tromsø, contribuyó a la formación de un equipo de trabajo (Blesvik, Eliassen, Hertzberg, Skorpen, Hanzen, Nilssen y Andersen) cuyos objetivos eran impedir la internación de pacientes psiquiátricos y formar un programa educacional de dos años en “terapia familiar de orientación sistémica”⁷⁵.

De dicha experiencia aprendieron que el pensamiento sistémico tiene que incluir también a los terapeutas y su relación con otros profesionales de la salud.

Como resultado del programa educacional, entablaron contacto con Hoffman, Cade, Boscolo, Cecchin y Selligman, acercándolos al enfoque milanés y alejándolos de los estilos estructurales y estratégicos adoptados hasta entonces. Fue gracias al enfoque de Milán que el equipo adquirió mayor conciencia de las preguntas realizadas. Sin embargo, notaron la dificultad de congeniar el equipo entero en aplicar una intervención específica.

Tras el trabajo con una familia y la dificultad del terapeuta de poder llevar el mensaje tras un par de ocasiones, el equipo nota el equipamiento de la sala. Deciden el hacerle saber a la familia la posibilidad de manifestar el mensaje en la propia voz del resto de los terapeutas, por lo que tras el cambio de luces y la conexión de sonido, el equipo habló. Al término, según palabras de Andersen,

⁷⁴ White, M y Epston, D. (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.

⁷⁵ Andersen, T. (1994) El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos. Barcelona: Gedisa.

experimentaron esto a lo que Bateson señalaba como “*la diferencia de la diferencia*”. Este incidente, dio origen a los *equipos reflexivos*⁷⁶.

Desde este enfoque, las conversaciones son una fuente importante para el intercambio de descripciones y explicaciones, definiciones y significados diferentes. El que describe a otra persona, a través de su participación en el sistema de observación, influye en lo que puede ser observado y descrito. Al hacerlo, se hacen distinciones especiales dejando fuera otras posibles. Desde este punto, ninguna versión será igual o podrá coincidir enteramente con algo, sino que en algún punto diferirán (*multiversos*⁷⁷). Esto dentro del trabajo clínico implica, aceptar y buscar todas las descripciones y explicaciones posibles de una situación⁷⁸.

Para Andersen, los consultantes crean todo un sistema de significados respecto de cómo comprender y resolver el problema. En el trabajo clínico, si los significados manejados son *adecuadamente diferentes*, las conversaciones quizá creen nuevos y más útiles significados; pero si estos son demasiado diferentes, es probable que estos cesen (Friedman, 2005)⁷⁹.

Por tanto, la estructura del equipo reflexivo ofrece a los consultantes la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas. Tom Andersen (2004)⁸⁰ sugiere lo siguiente:

1. Los miembros del equipo reflexivo pueden estar detrás de un espejo o bien en el mismo espacio que los clientes y la terapeuta (sistema de entrevista).

⁷⁶ ídem

⁷⁷ Un fenómeno puede describirse y comprenderse desde diferentes maneras; por ejemplo, un problema.

⁷⁸ La “realidad” existe por tanto, solo como la “realidad” de quien la percibe; es decir, existen tantas “realidades” como visiones posibles, siendo todas igualmente “reales” y válidas.

⁷⁹ Friedman, S (2005) Procesos de reflexión. Actos informativos y formativos. En: Terapia Familiar con equipos de reflexión. Argentina: Amorrortu

⁸⁰ En: Anderson, H. (SA). Similitudes y diferencias con otras aproximaciones

2. Durante la entrevista, los miembros del equipo escuchan en absoluto silencio, sin hacer comentarios entre ellos. El equipo nunca interrumpe la entrevista para ofrecer consejos ni hacer preguntas.
3. Después de un rato de entrevista, el terapeuta puede solicitar la participación del equipo, o el equipo puede indicar que tiene ideas que quiere compartir.
4. Si el equipo está detrás del espejo, puede intercambiar puestos con la familia y la terapeuta para ofrecer sus reflexiones.
5. Al hablar, los miembros del equipo se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes
6. Los miembros del equipo ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (*no sé, tal vez, podría ser, se me ocurre que,...*)
7. Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó durante la entrevista
8. La participación del equipo generalmente toma de 5 a 10 minutos. Tras escuchar al equipo, los clientes y el terapeuta comentan sobre lo que oyeron.

A veces es más fácil definir al equipo reflexivo por lo que NO se hace:

1. No comenta sobre cosas que pertenecen a otros contextos (fuera de la entrevista)
2. No da connotaciones negativas
3. No interpreta
4. No juzga

Es importante señalar que el equipo reflexivo permite a los consultantes mantener un diálogo interno a medida que escuchan las versiones presentadas. Después de esto, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. Andersen no manifiesta un número de cambios entre el equipo reflexivo y el sistema de entrevista necesarios;

sin embargo, si existe una regla respecto a quien da la última palabra, la cual será siempre del sistema de entrevista.

Desde este punto, Anderson concuerda con Maturana acerca de que la interacción instructiva es imposible; tal como señala, solo podemos ofrecer una oportunidad para una combinación estructural transicional de interés mutuo y los intercambios de ideas que le siguen (Andersen, 1994).

El futuro de las relaciones del sistema, es discutido al final de la sesión e incluye la fecha de la siguiente sesión y los asistentes. Las sesiones cesan cuando la familia tiende a necesitar menos al equipo reflexivo.

Durante los dos años de la residencia, se pudo poner en práctica el uso del equipo reflexivo con una amplia variedad de pacientes y problemáticas. Son destacables los cambios producidos tras esta intervención, mismos que reflejaban importantes avances al revisar los nuevos diálogos en la sesión siguiente. De igual manera, mientras el equipo se llevaba a cabo, la familia comunicaba esas nuevas preguntas y visiones de su problema; a veces, mediante gestos, posición corporal, miradas, etc.; y otras pudimos observar la genuina curiosidad de la familia por compartir con el equipo las ideas o dudas surgidas tras escuchar.

2.2.8 Terapia Colaborativa

Este abordaje terapéutico tiene su origen en los años 70 en Galveston, Texas (EUA) con un equipo interdisciplinario dirigido por el Dr. Harry Goolishian trabajaba de manera intensiva con adolescentes en crisis, su familias y otros profesionistas involucrados en el caso. En esa época estaban muy interesados en las ideas del grupo del M.R.I. en Palo Alto, particularmente por la importancia que éste le daba al lenguaje y a que los terapeutas hablaran el lenguaje de los clientes. Tarragona M (2006)⁸¹, reporta que originalmente el equipo de Galveston quería entender el lenguaje de los clientes para poder diseñar mejores estrategias terapéuticas, pero que se enfrascaban tanto en lo que los clientes les contaban que se les olvidaba

⁸¹ Tarragona, M (2006) Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14:3. Pp 511-532.

planear una intervención. Con el tiempo se dieron cuenta de que la conversación misma tenía un impacto en los clientes. De ahí surgió una forma de trabajar que concibe a la terapia ante todo como un proceso conversacional y dialógico.

Este enfoque se organiza en torno a la definición de los sistemas humanos como sistemas lingüísticos, generadores de lenguaje y significado, organizadores y desintegradores de problemas. La propuesta por parte de Anderson y Harold Goolishian consiste en una serie de intercambios colaborativos con doble dirección dentro de una conversación.

Esta postura se basa en ocho ejes principales marcados⁸²:

1. Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido. Un sistema sociocultural es el producto de la comunicación social. Todos los sistemas son sistemas humanos lingüísticos y quienes mejor pueden describirlo son los individuos que participan en ellos, no los observadores externos y “objetivos”. *El sistema terapéutico es uno de los sistemas lingüísticos.*
2. El sistema y la comprensión se construyen socialmente. No accedemos al significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa, es decir, si no nos comprometemos en un discurso o diálogo generador de significado dentro del sistema para el que la comunicación tiene relevancia. *Un sistema terapéutico es un sistema dentro de la comunicación, tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.*
3. En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto “problema”. Este sistema tratará de desarrollar un lenguaje y un significado específico del sistema, específicos de sus organizaciones y específico de su disolución alrededor del problema. El sistema terapéutico se distingue más bien por el significado co-creado en desarrollo, “el problema”, que por

⁸² Anderson, H y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: Mc Namee, S. y Gergen, K (Comp.). La terapia como construcción social. México: Paidós.

una estructura social arbitraria, como una familia. *El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema.*

4. La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de los que llamamos “conversación terapéutica”. Esta es una búsqueda y una exploración mutua, a través del diálogo, un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la “disolución” de los problemas, es decir, hacia la disolución del sistema terapéutico y, por ende, del *sistema de di-solución del problema y de organización del problema.*
5. El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación mismo que se tiene que empeñar en crear un espacio que facilite la conversación dialogal. *El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.*
6. El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales o terapéuticas. La pregunta terapéutica es el principal instrumento para facilitar el desarrollo del espacio conversacional y del proceso dialogal. Para lograrlo, *el terapeuta ejercita una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de “ignorancia”, en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.*
7. *Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.*
8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de una nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación. El poder transformador de la narración descansa en su capacidad para re-relatar o re-relacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente. *Vivimos en y a través de las identidades narrativas que desarrollamos en la conversación.*

En este proceso de coparticipación, cada persona habla “con el otro”; tanto el terapeuta como el cliente desarrollan nuevos significados, realidades y narraciones. Desde este punto, el *papel del terapeuta* consiste en favorecer un espacio conversacional libre y facilitar un proceso dialógico donde lo nuevo se produzca.

Algunas características de la postura colaborativa son las siguientes⁸³:

- *Compañeros de conversación*: El terapeuta y el cliente se convierten en socios de conversación donde se realizan *conversaciones dialógicas* y *relaciones de colaboración*; esto es la investigación compartida en la que la gente habla *con* el otro en lugar de *al* otro. Invitar a este tipo de asociación exige que la historia del cliente sea el centro de atención. Se requiere que el terapeuta constantemente aprenda escuchando y trate de entender al cliente desde la perspectiva de este.
- *Sentido de pertenencia*: Dentro de esta conversación, el terapeuta invita a la participación y responsabilidad compartida.
- *El cliente como experto*: El terapeuta respeta y honra la historia del cliente, no espera que la historia se desarrolle de alguna forma específica ni espera respuestas ciertas o juzga si una respuesta es directa, indirecta, buena o mala. Es decir, se escucha lo que dice el cliente más que darle sentido a lo que dice.
- *Postura de no saber*: Se refiere a la forma en que el terapeuta piensa en sí mismo y la posición adoptada con sus conocimientos y experiencia. Él no cree que tiene un conocimiento superior o tienen el monopolio de la verdad, solo ofrece lo que sabe y permanece dispuesto a cuestionar, ignorar y cambiar sus conocimientos.

⁸³ Anderson, H. (sa). Postmodern social construction therapies. En: <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderntherapieschapter.htm>

- *Ser público*: Esto significa que sus pensamientos son visibles y accesibles al cliente. Esto minimiza el riesgo de caer dentro de una conversación monológica.
- *Transformación mutua*: El terapeuta no es un agente de cambio, mas bien al estar dentro de este espacio facilitador de conversaciones dialógicas ante una relaciones de colaboración, tanto en el cliente como el terapeuta se transforman y reformulan a medida que trabajan juntos.
- *Incertidumbre*: No hay manera de saber con seguridad la dirección en que la historia se desarrollará o el resultado de la terapia cuando se involucren en un proceso generativo de la conversación dialógica y relación de colaboración.

No existe tal cosa como un problema objetivo, los problemas al contrario coevolucionan de acuerdo al sentido dado dentro de la conversación⁸⁴. Los clientes y los problemas no se clasifican como un reto o dificultad. Los terapeutas colaborativos creen que cada cliente presenta un dilema ordinario de la vida diaria.

Anderson op.cit considera que los problemas son parte de la vida diaria, por tanto se les concibe como un conjunto único de hechos y experiencias que solo tiene sentido en el contexto en el cual ocurre. Con el tiempo, los problemas se disuelven; este carácter transformador del lenguaje invita a reconocer las potencialidades de cada persona.

A diferencia de otros enfoques, en este no se busca resolver problemas o lograr cambios, mas bien se busca lograr una conversación “diferente”. No existen técnicas ni habilidades terapéuticas; la posición es única para cada terapeuta y para cada cliente dentro de la situación en la que se encuentren. La terapia llega a su fin cuando la conversación deje de ser necesaria.

⁸⁴ Desde este abordaje, no se considera al individuo con problemas como patológico o integrante de alguna familia disfuncional.

2.3 Similitudes y diferencias de los modelos sistémicos y posmodernos

Una vez descritos los modelos sistémicos, considero necesario incorporar los siguientes cuadros comparativos. Con el objetivo de simplificar su lectura, he decidido separar los diferentes modelos entre modernos y postmodernos. En estos, se buscan representar similitudes y diferencias.

MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA					
Modelos Modernos <i>El sistema crea el problema. Apoyados en el constructivismo, modelo médico, realidad relativa, Teoría de la comunicación, conceptos de sistemas y cibernética.</i>					
	Estructural	Estratégico	Milán	Breve Centrada en Problemas	Breve Centrada en Soluciones⁸⁵
Representantes	Salvador Minuchin y Charles Fishman	Jay Haley y Cloe Madanes	Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gian Franco Cecchin y Giuliana Prata	Richard Fish, John Weakland, Paul Watzlawick, Don Jackson y Lynn Segal	William O'Hanlon y Steve de Schazer
Ubicación	Philadelphia, Child Guidance Clinic	Washington, Instituto de la Familia	Milán, Centro de Estudio de la Familia	Palo Alto California, Mental Research Institute	Milwaukee, Brief Family Therapy Center
Objetivo	Centrada en las interacciones de los integrantes de la familia así como en su estructura (homeostasis/cambio).	Ayudar a las personas a resolver las crisis. Se busca impedir la repetición del problema en términos de secuencias de interacción.	Interacciones y el juego familiar. Escuela interesada en la investigación.	Centrada en el problema, su evolución, patrones de interacción y los intentos de solución.	Cambiar la forma de ver y actuar. Evocar recursos, soluciones y capacidades que puedan aplicarse al problema.

⁸⁵ Es importante señalar que este modelo es considerado modelo puente entre los modelos modernos y postmodernos.

Función del Terapeuta	Coordinador y director. Remarca el cambio en la danza familiar.	Asume la responsabilidad de planear estrategias a fin de resolver el problema y establece objetivos	Organizar al sistema y ayudarlo a cambiar las reglas del juego familiar.	Planear las estrategias de tratamiento e intervenciones (giro de 180°) mismas que pueden ser modificadas cuando se requiera	Preguntas enfocadas a buscar la excepción, empoderamiento y obtención de los recursos.
Visión del paciente	El problema del paciente se ubica entre el sujeto y sus contextos más que en éste. Determinar la meta junto con el terapeuta	El paciente debe elaborar su demanda concreta, se permite dirigir y aporta información. No es rotulado, más bien visto como alguien que presenta un problema debido a la situación que vive	Se buscaba el significado del síntoma del paciente identificado en la familia	Hay 2 tipos de pacientes, el comprador fingido y el paciente restrictivo. A su vez existe el cliente y el paciente	No hay postura del cliente. Cada cliente es único y todos poseen recursos intrínsecos y lados fuertes
Conceptos básicos	Reglas, límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, geografía y territorio	Metáforas, proceso, estructura, interacción y jerarquía	Juego familiar, paradoja y contraparadoja, connotación positiva, hipotetización, neutralidad, circularidad, prescripción invariable, rituales	Cambio, problema, tipo de cliente, postura del paciente, mas de lo mismo	Lenguaje enfocado al futuro, soluciones, recursos, lados fuertes
Directividad	Directivo, postura jerárquica	El terapeuta es directivo (directa e indirecta), empático y estratégico. Postura jerárquica	Directivo, postura jerárquica	Postura jerárquica, aunque el terapeuta no se maneja como experto. Directividad indirecta	Postura heterárquica. El terapeuta no es directivo.

Fin de la terapia	No define tiempo o número de sesiones. El fin se da una vez que la organización familiar ha cambiado	No define tiempo o número de sesiones. El fin se da una vez que la organización familiar ha cambiado	10 sesiones, una por mes. Se puede reelaborar el contrato si el problema persiste. El fin depende de que la familia no se defina a si misma como patológica tras el cambio de reglas	Cuando el paciente y el terapeuta determinan que ha habido cambios o se resolvió el problema. Alrededor de 10 sesiones	La terapia es breve, no rápida. Suele durar menos de 10 sesiones
Temporalidad	Centrado en el aquí y ahora	Centrado en el aquí y ahora	Movimiento en el pasado, presente y futuro	Centrado en el aquí y ahora. Redefinir la realidad del paciente sobre el problema	No puede cambiarse el pasado pero si la forma de ver el recuerdo. Perspectiva centrada en el presente y orientada hacia el futuro

Las terapias sistémicas, si bien comparten características epistemológicas como la Teoría de Sistemas, la TCH, la Teoría Cibernética; a su vez muestran diversas ópticas sobre el abordaje terapéutico. Cada una de las diferentes escuelas se centra en problemas específicos por lo que conocer las particularidades de estos es necesario con el fin de elegir el modelo idóneo para la familia. Existen diversos focos de atención, ya sea en la estructura de la familia, las interacciones, el juego o en las soluciones a los problemas. Sin embargo pese a ello, todos comparten el trabajo sistémico, independientemente de si trabajamos con la familia completa o con solo un miembro.

En cuanto a la directividad, en todas ellas es responsabilidad del terapeuta ir trazando el camino de la terapia y ayudar a la familia a encontrar la solución a su problema. Provocará que el sistema se desestabilice con el fin de lograr el

cambio, ideará la técnica necesaria para ello, cuestionará al sistema, redefinirá las reglas de interacción y generará nuevas realidades.

Sobre las diferencias encontramos el cómo hacer terapia de acuerdo a los objetivos planteados. Existe una gran variedad de técnicas y estrategias terapéuticas que parecieran caminar en ocasiones en sentidos opuestos, como en el caso de continuar haciendo más de lo mismo llevando la conducta hasta el absurdo o buscar una respuesta que de un giro de 180°. Comparten en este caso la visión hacia la familia, cliente o consultante desde la postura de etiquetarles o catalogarles según sus respuestas.

Difieren a su vez en cuanto al manejo del tiempo en la terapia; en el caso de la terapia estructural, estratégica y TBCP suelen enfocarse en lo que está sucediendo en el momento actual. El modelo de Milán, tiene a su vez la bondad de lograr transitar entre el pasado-presente-futuro de modo recursivo, mientras que la TBCS si bien se centra en el presente, suele orientarse hacia el futuro.

Sobre el fin de la terapia, depende de haber resuelto un problema concreto; el fin último es responder y cubrir la demanda de la familia. Como pudo verse en el cuadro, en algunos existe un total de número de sesiones delimitado a 10 aunque con la flexibilidad de poder disponer de más sesiones en caso de ser necesario.

Dentro de la práctica clínica, los modelos sistémicos fueron los más empleados dentro del equipo terapéutico al cual pertencí. La experiencia me permitió experimentar las respuestas de la familia ante ciertos modelos y bajo técnicas específicas y a su vez sentir mayor afinidad con unos sobre otros. Rescato las posibilidades que se abrían al emplear la TBCS, el conocimiento de las familias mediante la Terapia Estructural o la claridad ante la TBCP.

Corresponde ahora dar turno a las terapias posmodernas, mismas que son expuestas en el siguiente cuadro.

Modelos Postmodernos			
<i>El problema conforma el sistema. Apoyado en el construccionismo social, el enfoque ecosistémico y la postura de no saber. La identidad se conforma socialmente; el papel de las historias significativas conforma nuestra identidad.</i>			
	Narrativo	Equipos reflexivos	Colaborativo
Representantes	Michael White y David Epston	Tom Andersen	Harlene Anderson y Harold Goolishian
Ubicación	Australia y Nueva Zelanda	Noruega	Galveston, Houston
Objetivo	Deconstrucción de la historia dominante permitiendo la construcción de alternativas en base a los hechos significativos	El consultante escuchará su problema desde diversas voces, generando nuevas preguntas y distinciones	Hablar con el otro desarrollando nuevos significados, narraciones y realidades (conversación "diferente"). No existen problemas objetivos
Función del Terapeuta	Propiciar el diálogo que lleve a la reflexión y la toma de decisiones	Los miembros del equipo reflexivo emiten comentarios sobre la conversación terapéutica. Se busca que estos sean adecuadamente diferentes. Estos no juzgan, interpretan, connotan negativamente ni comentan sobre otros contextos	Favorecer un espacio conversacional libre y facilitar un proceso dialógico donde lo nuevo se produzca
Visión del paciente	El otro es experto en su vida	El otro es experto en su vida	Conocidos como consultantes. El otro es experto en su vida
Conceptos básicos	Historias dominantes, alternativas, identidad, ceremonias de	Multiverso, multirrelatos, interés mutuo, curiosidad	No conocer, ser público, incertidumbre, identidad

	definición, documentos, deconstrucción, pasaje de acción y conciencia.		
Directividad	Relación heterárquica	Relación heterárquica	Relación heterárquica. Compañeros de conversación
Fin de la terapia	Al facilitar la expresión de eventos bajo una nueva descripción. El terapeuta va siendo desplazado de la posición central hasta que es despedido	El futuro de las relaciones del sistema se discute al final. El final se da cuando notan que la familia tiende a necesitar menos las conversaciones	Cuando la conversación ya no sea necesaria.
Temporalidad	Pasado, presente, futuro	Pasado, presente, futuro	Pasado, presente, futuro

Como parte de la perspectiva construccionista, estos modelos trabajan desde una perspectiva despatologizante, evitando culpar, etiquetar o clasificar a los individuos o las familias. No es viable ni ético desde esta postura retomar etiquetas como “familia caótica” o “paciente identificado” entre otros. Importante me parece es la postura heterárquica mantenida durante la terapia, honrando y validando la historia del consultante, a su vez que se le permite reflexionar sobre ella y deconstruir las narrativas.

Los tres modelos terapéuticos presentados (podríamos añadir también a la TBCS), lejos de enfocarse en problemáticas específicas o contenidos, se centran en los procesos. Dejan de especializarse en solo ciertas familias con problemas específicos, para poder abarcar otras realidades cuyos contenidos dependerán de las circunstancias específicas de los clientes. El terapeuta ya no requiere de la postura de experto y manejar lenguaje especializado pues se vale del lenguaje cotidiano para acceder a las familias.

Los objetivos que cada uno de los enfoques persigue suele variar desde la deconstrucción de la historia dominante o preferida, reflexionar sobre el problema mismo a través de escuchar multiversos y multirrealidades hasta conversar de modo diferente sobre el problema, permitiendo a la persona y al terapeuta resignificar y re-narrar la “realidad” hacia la construcción de una nueva identidad.

Aunque comparten una postura y un conjunto de ideas teóricas (*el por qué y para qué*), las terapias posmodernas/postestructuralistas se pueden diferenciar claramente en el *cómo* aplican estas ideas. Cada una de ellas posee particularidades que la hacen única. Tan solo en el caso de la terapia narrativa, podemos encontrar una serie de técnicas aplicables para trabajar en terapia mismas que Andersen y Anderson no contemplaron en sus modelos.

White comparte cierta estructura al establecer una manera de proceder en terapia al igual que Tom Andersen; existen pasos a seguir, hay una pauta; no así, dentro de la Terapia Colaborativa, misma que puede ser incluso criticada por lo “laxo” de su proceder.

Respecto al cuando la terapia llega a su fin, en los tres enfoques puede notarse que se da de común acuerdo, ya sea por el desplazamiento del terapeuta (enfoque australiano), la innecesaridad de las conversaciones (enfoque noruego) o simplemente cuando la conversación difiere lo suficiente (enfoque estadounidense). Todo lo anteriormente señalado, ha dado pie a poder emplear estos enfoques con amplio éxito dentro de la terapia clínica bajo una amplia gama de problemáticas.

Dentro de la práctica en la residencia, los abordajes posmodernos fueron empleados en diversas ocasiones, especialmente durante el último semestre. Notoria era la cercanía establecida con la familia al emplearlos; los consultantes manifestaban sentirse escuchados y comprendidos por todos los miembros del

equipo. En ocasiones, ellos mismos solían preguntar durante las sesiones si hablaría nuevamente el equipo o llegaban a solicitarlo (esto una vez realizados los equipos reflexivos). De igual manera, de forma espontánea buscaban compartir información con el equipo y en ocasiones cuestionar el por qué de algún comentario. En la mayoría de los casos se obtuvieron resultados óptimos.

A manera de cierre, me parece idóneo rescatar la siguiente cita de Harlene Anderson (2003), quien dice que la pregunta fundamental de las terapias posmodernas es *¿Cómo podemos los terapeutas y clientes crear los tipos de relaciones y de conversaciones que permitan a todos los participantes acceder su creatividad y desarrollar posibilidades donde éstas no parecían existir?* La pregunta contiene los elementos fundamentales de este tipo de trabajo: *relaciones, conversaciones, creatividad y desarrollo de posibilidades*⁸⁶.

⁸⁶ Cita rescatada de Tarragona, op.cit.

CAPÍTULO 3

Miradas ante la pérdida y el duelo

*La elaboración del duelo significa
ponerse en contacto con el vacío
que ha dejado la pérdida de lo que no está,
valorar su importancia y soportar
el sufrimiento y la frustración
que comporta su ausencia.
Jorge Bucay*

A lo largo de la vida existen diversos eventos que afrontar en familia, pero no cabe duda de que la muerte de un familiar representa uno de los momentos más difíciles y dolorosos que afrontar llegando a afectar no solo a un individuo sino a todo el sistema familiar.

Tal como se había señalado en el primer capítulo, una de cada 3 consultas en atención primaria tienen orígenes psicológicos, de las cuales una cuarta parte se identifican como el resultado de algún tipo de pérdida. En orden de frecuencia, estas pérdidas incluyen separaciones de seres queridos, incapacitación, duelos, migración, cambios de domicilio, pérdida de empleo, nacimiento de hijos y jubilaciones. Tal como González e Ibáñez (1998) comunican, en los centros de salud o no detectan las reacciones relacionadas con las pérdidas, o de hacerlo, la mayor parte, las derivan al equipo de salud mental. Pese a los aportes de la medicina paliativa en el desarrollo sobre este tema, el número de interconsultas en relación a duelos, pérdidas, manejo de pacientes moribundos o comunicar las malas noticias van en aumento, y el manejo de estas reacciones no ha calado ni en la formación ni en la deontología.

El presente capítulo se ha propuesto diversos aspectos por abordar, estos son:

- a. Comparación de los diversos acercamientos al estudio del duelo desde diversas corrientes psicológicas.
- b. Estudio sobre la pérdida y los tipos de ésta

- c. Manifestaciones en los individuos del sistema familiar ante la muerte o pérdida.

3.4 Duelo

La muerte es el fin último de cada ser vivo y representa verdades, significados, experiencias asociadas y realidades diversas. Hablar sobre ésta y sus implicaciones en el proceso de duelo, implica retomar aspectos sociohistóricos, además de considerar elementos filosóficos, ritos y creencias ubicados en un espacio-tiempo específico. Por ello, se puede partir de que el concepto de muerte es resultado de una serie de creencias transmitidas entre generaciones como parte de una herencia, de la cual nos adueñamos y reelaboramos constantemente de acuerdo a los propios constructos ideológicos basados en experiencias personales dentro de un contexto.

Dentro del pensamiento clásico, el sentimiento asociado al duelo fue reconocido como una reacción tras la pérdida del ser amado o una abstracción equivalente, sea ésta un ideal, un lugar, un valor, la disminución de alguna función o capacidad de la persona, etcétera. Hay duelo porque algo ya no está, o no está más cerca y propiamente la expresión señala la muerte de ese vínculo. De acuerdo con la Real Academia de la Lengua, la palabra duelo proviene del latín *dolus* que significa dolor y de *duellum* cuyo significado es la guerra o el combate. En sí mismo, el significado de la palabra misma implica el superar el proceso doloroso ante la pérdida de algo o alguien, sin embargo, muchas veces el solo lograrlo implica un esfuerzo en ocasiones considerado por quienes lo viven sobrehumano.

El duelo en si mismo ha sido abordado desde diversas ópticas; ya en el primer capítulo veíamos que puede ser vivido según tradiciones culturales, históricas o ritos y rituales religiosos. Sin embargo, la comunidad científica ha volteado a ver este hecho natural y ha estudiado y clasificado lo que ocurre en el mismo. Tan solo en el siguiente cuadro, se muestran las diferentes definiciones que se han dado sobre duelo⁸⁷.

⁸⁷ Cuadro realizado por Del Pino, García y Beviá (2008).

Tabla 3.1 Definiciones de duelo	
Autor	Definición de duelo
S. FREUD (1915) Psicoanálisis	Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente: la patria, la libertad, el ideal, etc.
BOWLBY (1980) Psicoanálisis	Proceso que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de los miembros de la familia
ZISOOK (1983) Psicoanálisis	Proceso disfórico autolimitado en el tiempo tras la pérdida de una persona significativa
H. KAPLAN y B. SADOCK (1989) Psiquiatría	Tristeza apropiada a una pérdida real
A. AGUIRRE BAZTÁN (1994) Sociólogo	Conjunto de representaciones mentales que acompañan a un objeto (persona, estado, cosa) amado [y que conlleva]...una depresión ligada a sentimientos de culpabilidad.
A. P. A. (1994) DSM IV~TR	Reacción a la muerte de una persona querida cuando es objeto de atención clínica.
M. BOURGEOIS (1996)	Experiencia natural y normal de la vida que causa dolor y distorsión del entorno pero mejora espontáneamente en la mayoría de los casos y puede aumentar la creatividad y favorecer el crecimiento personal.
R. A. NEIMEYER (2002) Psicoanálisis	Es un proceso personal [...] que nosotros mismos hacemos, no que se nos viene hecho, [y cuyo desafío fundamental]...es el intento de reconstruir el propio mundo de significados.
FRANCO y ANTEQUERA (2002) M. biopsico- sociales	Respuesta biopsicosocial, universal y compleja que experimenta un individuo ante pérdidas significativas.
BARRETO (2008) Sistémico	Proceso psicológico que se produce a partir de la pérdida por la muerte de una persona querida y conduce a la necesidad de adaptación a una nueva situación.

La multiplicidad de definiciones deja en ocasiones más preguntas que respuestas. Por ejemplo, extraña la definición otorgada por Kaplan y Sadock; ¿cómo podemos determinar que la tristeza que alguna persona llegue a sentir ante la muerte o

pérdida es adecuada o no?, ¿adecuada bajo qué términos? A su vez, la imposición de sentimientos de culpabilidad que resaltan Aguirre y Baztán es de llamar la atención, complicando a mi parecer el proceso más que ayudando a la persona misma a superar y aprender a vivir con la pérdida.

Si bien se intenta dar una definición, el proceso es en si mismo complejo y personal como para poder sintetizarlo en una frase universal. Pese a ello, pueden rescatarse de estas definiciones aspectos importantes. Tal es el caso de ubicar que el duelo ocurre no solo ante la muerte de algún ser querido, sino ante cualquier pérdida (Freud), implica un proceso (Bowlby), reconocer el papel que juegan las representaciones o significados (Aguirre y Baztán), las respuestas experimentadas (Franco y Antequera), el reconocimiento del proceso de cada individuo (Neimayer), así como las cualidades positivas que pueden obtenerse (Bourgeois) y la capacidad de adaptación y afrontamiento (Barreto).

Como podemos ver, existen tantas definiciones de duelo como abordajes teóricos y aproximaciones sobre el tema. Ante la dificultad incluso de poder llegar a un consenso sobre lo que el duelo implica, existen asimismo prácticas diversas sobre cómo este proceso debe ser llevado a cabo y si requiere o no de ser abordado terapéuticamente.

3.1.1 Estudio del duelo

Las pérdidas suelen ser un tema difícil de abordar desde cualquier perspectiva, es por ello que la atención a ésta suele ser escasa teniendo que esperar hasta los 90´ para que comiencen las investigaciones sobre duelo y familia, aunque más en revistas sobre mortalidad que en revistas sistémicas (Pereira, 2002)⁸⁸.

Si bien es cierto que en los últimos años se ha prestado mayor atención al tema, también lo es que se siga considerándole un tema del cual no se habla. Como Caycedo (2007)⁸⁹ señala, la revolución cultural es un medio propicio para cultivar la aceptación de la muerte. Esta tiene como objetivo fundamental reconstruir los

⁸⁸ Op.Cit

⁸⁹ Op.Cit

comportamientos de las expresiones que traducen una concepción del mundo; es decir, debemos reinventar la experiencia de la muerte.

El estudio del duelo es fundamentalmente de carácter multidisciplinario y por tanto, está siendo abordado bajo diferentes filosofías, enfoques teóricos y metodológicos. Pueden encontrarse aproximaciones desde la psicología, medicina, enfermería, sociología, antropología, entre otras. Según el Reporte de Investigaciones sobre el Luto y el Duelo (2003), estas disciplinas difieren en cuanto a las preguntas de investigación, hipótesis, los métodos para recoger datos y analizar la información, así como en aspectos éticos. Pese a la variedad, se reconoce un común denominador, el deseo de definir y dar forma al constructo del duelo al servicio de la reducción del dolor y sufrimiento humano.

López, J (2008) rescata los temas y tendencias de investigación en torno al tema, los cuales son:

1. La diversificación teórica para explicar el fenómeno.
2. La falta de definición clara de un curso y proceso individual de manifestaciones del duelo.
3. El debate entre lo que se consideran las diferencias entre el duelo patológico y normal.
4. Las preguntas respecto al lugar del duelo como problema médico vs evento individual y social con implicaciones médicas potenciales.
5. El cuestionamiento acerca del beneficio o no de dar terapia de duelo.
6. El tema de identificación, medicación y entendimiento de los efectos biológicos del duelo.
7. La posibilidad de la aparición de emociones positivas en algunos sujetos después de haber sufrido una pérdida.
8. La aparente ausencia de síntomas y signos de sufrimiento que muestran algunas personas después de la pérdida.
9. El cuestionamiento acerca del mantenimiento de ligas emocionales con el difunto como síntoma de salud vs síntoma patológico.

10. La preocupación por la necesidad de llevar al campo de la práctica los hallazgos de la investigación.

En este caso, este trabajo realizará análisis de casos bajo el enfoque sistémico. Si bien no pertenece a alguna de las categorías previas de forma exclusiva, se permite abordar diversos cuestionamientos previos. Por ejemplo, se discutirá sobre la viabilidad de realizar terapia de duelo o no así como si el duelo es meramente un problema médico o requiere ser visto desde la mirada social y/o psicológica con implicaciones médicas. Esto será abordado a mayor amplitud en el cuarto capítulo.

Retomando los tipos de investigación, Parkes (1998), citado en Pereira 2002, a su vez lejos de centrarse en las tendencias de las investigaciones y los principales hallazgos de éstas, distingue 3 modelos que buscan describir y categorizar el fenómeno aunque sin llegar a explicarlo:

- 1) **El modelo de las fases:** Lindeman⁹⁰ se convierte en el primer autor en describir fases de duelo. Años más tarde, Bowlby y Parkes amplían este trabajo y dividen este proceso en cuatro y cinco fases respectivamente; sin embargo, han sido las etapas de Kübler Ross las que han alcanzado mayor difusión.

Así como existen estas clasificaciones, otros autores como Worden y Neimayer han establecido su propio modelo con variaciones, en especial al comenzar a hablar de tareas y desafíos en lugar de etapas, pues consideraron esto solo colocaba a la persona en un papel pasivo frente al proceso.

La siguiente tabla⁹¹, muestra algunas clasificaciones del proceso de duelo por etapas.

⁹⁰ Propone la idea del “trabajo del duelo” con tareas específicas como la disolución de los vínculos emocionales con el fallecido, el reajuste con el medio y el establecimiento de nuevas relaciones.

⁹¹ Cuadro recuperado de Del Pino y cols.

Tabla 3.2 Etapas del proceso de duelo					
Lindeman (1944)	Kübler Ross (1969)	Bowlby (1969)	Parkes (1972)	Worden (1991)	Neimayer (2002)
Conmoción/ Incredulidad	Negación	Aturdimiento/ protesta	Alarma	“Aceptar la realidad de la pérdida”	Evitación
			Aturdimiento		
Dolor agudo	Rabia	Anhelos / búsqueda de la figura paterna	Languidez/ búsqueda	Trabajar las emociones y el dolor	Asimilación
	Resignación	Desorganiza- ción / Desesperación	Depresión	Adaptarse al medio sin la pérdida	
	Depresión				
Resolución	Aceptación	Reorganiza- ción / separación	Recuperación/ reorganización	Situar de nuevo al fallecido y seguir	Acomodación

Cabe señalar que de acuerdo al cómo se encuentra elaborado el cuadro, podemos clasificar 3 grandes etapas o procesos comunes: 1) referente al momento del impacto donde se reconoce la pérdida a nivel cognitivo y emocional, 2) expresión de la pérdida ante la muerte donde se expresa el dolor, se experimenta y confronta la pérdida y 3) resolución del proceso en el que los familiares se readaptan a la nueva situación y se resignifican los afectos con el fallecido; a su vez, se han modificado las relaciones entre quienes aún viven y de estos con el ausente.

Puede resaltarse que todos comparten la visión descriptiva del proceso individual, dejando de lado que no todos los seres humanos atraviesan por dichas etapas ni en orden secuencial. Por otro lado, dichos autores parten de observar el proceso del duelo del individuo separado del contexto social en el que vive, las particularidades culturales, históricas, creencias religiosas, así como de las relaciones interpersonales que éste mismo establece.

Se puede afirmar que no existe el modo correcto de llevar un duelo, tampoco la emoción adecuada o aceptada. El rango de emociones puede incluir la tristeza, el dolor, la ira, miedo, la culpa o incluso la sensación de alivio. Todas estas no tienen porque ser expresadas en orden cronológico ni tampoco son mutuamente excluyentes.

Como ya lo había expresado previamente, el reto básico que enfrenta la familia ante la muerte es la reorganización del sistema con el fin de preservar su existencia. Esto implica que cumpla con una serie de retos o tareas de desarrollo, pues la adaptación implica cambio y por lo tanto crecimiento o desarrollo. Esto nos habla de un proceso activo que no puede ser “superado” única y exclusivamente con el pasar del tiempo o “dejando que el tiempo borre las heridas”.

Conviene aquí rescatar que dentro del enfoque sistémico, existe una clasificación por etapas sobre el duelo familiar. A diferencia de los modelos anteriores, en este lejos de solo centrarse en las respuestas emocionales y cognitivas, resalta las acciones que son llevadas a cabo. Asimismo, presta atención a lo ocurrido en el grupo entero y no solo en cada individuo.

Pereira (2002), divide el proceso de duelo familiar en 4 etapas, las cuales son:

- a) *Aceptación familiar de la pérdida, permitiendo y favoreciendo la expresión de la aflicción de todos los miembros de la familia:* En esta primera etapa, los rituales juegan un papel importante. Los funerales, el sepelio, las visitas de familiares, amigos y conocidos anuncian la pérdida, favorecen su aceptación, y crean un contexto adecuado para la expresión emocional.

- b) *Reagrupamiento y encastillamiento de la familia para permitir la reorganización familiar; redistribución de la comunicación interna y de los roles familiares:* Los sistemas de comunicación se organizan en cada sistema familiar según patrones propios, jugando cada uno de los miembros papeles distintos en la transmisión de la información, dentro del sistema y

con el medio externo. La supresión de uno de los canales por los que transcurre la comunicación supone la necesidad de establecer otros alternativos que permitan una relación adecuada, así como del mantenimiento de canales adecuados con el medio externo. Quiero hacer notar que lo ideal es que la comunicación sea abierta y directa; donde todos los miembros de la familia puedan ser incluidos, aún aquellos considerados muy sensibles o vulnerables.

La redistribución de los roles que ejercía el fallecido o el ausente requieren de un nuevo actor; por ejemplo, ante la muerte de la madre, es una tía quien decide encargarse de los hijos y proveerles casa, educación, alimento y satisfacer sus necesidades afectivas. En el caso de familias con escasas relaciones interpersonales, esta tarea puede resultar más complicada aún.

- c) *Reorganización de la relación con el medio externo:* una vez que los canales de comunicación se han modificado y restablecido, es necesario continuar las relaciones interpersonales y actividades⁹².
- d) *Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar que emerge del antiguo, y aceptación del comienzo de una nueva etapa familiar:* Familias rígidamente homeostáticas tendrán grandes dificultades para esta adaptación que implica construir un nuevo sistema sobre los cimientos del anterior y continuar la vida pese a la pérdida. El final de la etapa de Duelo Familiar está marcada por la aceptación de sus miembros de una nueva estructura familiar, nacida de la antigua, pero organizada de una manera distinta. Las alianzas y coaliciones suelen modificarse tras la búsqueda de nuevo apoyo. Esto no significa olvidarse del muerto o del miembro faltante, sino resituarle emocionalmente de manera adecuada⁹³.

⁹² Recordando los conceptos básicos de la teoría de sistemas, un aspecto que puede verse claramente en este modelo es la referente a la recursividad, la cual nos permite entender como el sistema familiar se vincula verticalmente tanto con los suprasistemas, como con los subsistemas.

⁹³ Igualmente queda representado el concepto de morfogénesis, resaltando la capacidad de todo sistema de cambiar y crecer. Igualmente recordemos aquí la capacidad de adaptación.

Como podemos observar, se comparte la descripción y secuencia de los modelos anteriores, sin embargo la atención se centra tanto en la familia como en el medio que le rodea. Sobresale la importancia de la comunicación, redes de apoyo, y las fortalezas de la familia basadas en la organización previa.

Las etapas del duelo familiar son una guía del proceso de cambio e indican las acciones o tareas que tienen que llevar a cabo los miembros de la misma para salir adelante preservando al sistema.

El duelo entonces conduce al establecimiento de nuevas relaciones afectivas, la realización de nuevas metas personales y familiares. Implica cambios en las relaciones, los roles, jerarquías, alianzas, etc. Estos pueden ser considerados aquellos grandes retos que la familia tiene que seguir, en qué tiempo, eso varía según las características específicas de la misma.

Regresando a los tipos de investigación que rescata Parkes op.cit, el segundo tipo es:

2. **El modelo médico:** manejaba al duelo inicialmente como una enfermedad manifestada mediante síntomas físicos (insomnio, falta de apetito, fenómenos inhibitorios, alucinatorios, compulsivos, cefaleas, taquicardias, dolor general entre otros) y psicológicos (soledad, desvalimiento, debilidad, dependencia, resentimiento, cólera, culpabilidad y/o alivio, desesperanza, temores o incluso ideación suicida).

Actualmente, se tiende a categorizar a los individuos según la severidad del proceso en 2 grandes grupos; 1) duelo sano y 2) duelo patológico. Las diferencias entre un duelo sano y uno patológico puede estar determinado por aspectos cuantitativos como la duración excesiva (más de un año= duelos crónicos) o mayor intensidad (duelos exagerados). Acaso existe un tiempo normal de duelo, un tiempo sano. Según la ciencia si, son seis meses pero según los dolientes, esto no es así. Lo que considero en esto, es que cada persona tiene su propio ritmo y su tiempo adecuado para vivir, sufrir y superar su duelo.

En cuanto a determinantes cualitativos se han encontrado aspectos como “tipos de culpa especiales”, “síntomas depresivos diferenciados”, “particular afrontamiento cognitivo de la pérdida”, etc (Del Pino, Pérez y Ortega, 2008).

De acuerdo con el DSM IV-TR, las personas en proceso de duelo tienen una morbimortalidad superior a la población general. Se ha mostrado que tras una pérdida mayor, dos terceras partes de las personas evolucionan favorablemente mientras que el resto padece alteraciones en su salud física y/o psicológica, además de aumentar el riesgo de enfermedades psicosomáticas, cardiovasculares y de suicidio. Se estima que alrededor del 20% de los dolientes suelen presentar un duelo complicado o no resuelto presentando alteraciones en el curso e intensidad o bien por defecto (ausencia de manifestaciones). Por otro lado, otro 9% de los dolientes presentan un duelo crónico, es decir, el individuo continúa con su vida al igual que antes de la pérdida pero suelen aparecer afectaciones psicológicas o fisiológicas repentinas. Esto puede extenderse por años o persistir por el resto de la vida (Barreto, et al 2008).

Resulta necesario aquí aclarar que existen diversas clasificaciones para determinar si el duelo es sano o patológico. En esta segunda categoría, se pueden ubicar en la literatura etiquetas como duelo crónico, retardado o congelado, no resuelto, reprimido, dramatizado, exagerado, enmascarado, complicado, actuado, reactivado, psiquiatrizado, maligno, paranoide y psicótico. Desde mi punto de vista, muchos de estos pertenecen a realidades que pueden superponerse y no son más que resultado de las múltiples respuestas que puede una persona dar en ese momento.

Todas estas etiquetas hablan de exploraciones de los psiquiatras hacia la sintomatología de los pacientes con el fin de definir nuevos síndromes. El resultado me parece no es más que una mayor confusión conceptual y de definiciones asentada de por sí en errores metateóricos.

Una forma de ejemplificar como estos síntomas contribuyen a la creación de patologías se encuentra en el DSM IV~TR⁹⁴, donde se ha reservado un lugar para el proceso de duelo dentro del apartado sobre problemas que pueden requerir atención clínica. Enfatizan que los síntomas pueden ser característicos de un episodio depresivo mayor. Cabe aclarar que antes de diagnosticar depresión, hay que cerciorarse de que estos síntomas no se deban a un proceso de duelo.

Tabla 3.3 Síntomas del Cuadro Depresivo y Duelo

Depresión	Duelo
<ul style="list-style-type: none"> • Presentar por lo menos 5 de los siguientes síntomas en los últimos 2 meses, incluyendo el 1 o 2. • 1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día • 2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades • 3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso • 4. Insomnio o hipersomnia • 5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día • 6. Fatiga o pérdida de energía • 7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados • 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión • 9. Pensamientos recurrentes de muerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa por las cosas más que por las acciones, recibidas o no del sobreviviente en el momento de morir la persona querida. • Pensamientos de muerte sobre los de vida; querer haber muerto junto con el fallecido • Preocupación mórbida con sentimiento de inutilidad • Enlentecimiento psicomotor • Deterioro funcional acusado y prolongado • Experiencias alucinatorias distintas de las de escuchar la voz o ver la imagen fugaz de la persona fallecida.

Por otro lado, se han identificado aspectos relacionados con la muerte que funcionan como indicadores de que el proceso de duelo puede ser patológico. Como podrá verse, cualquier aspecto puede ser considerado como un detonante de padecer o no un duelo patológico. Los distintos indicadores son:

⁹⁴ DSM-IV-TR Breviario. Criterios Diagnósticos. Barcelona, Elsevier Masson. Publicado en el 2002. El duelo forma parte del apartado denominado "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica" junto con el Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad, Problema académico, Problema laboral, Problema de identidad, Problema religioso o espiritual, Problema de aculturación y Problema biográfico, entre otros.

Tabla 3.4: Factores de riesgo para el duelo patológico⁹⁵

Particularidades del acontecimiento	Particularidades del difunto y del vínculo	Particularidades del doliente
<ul style="list-style-type: none"> • Súbito o de ocurrencia inesperada • Implicación/ participación del doliente • De naturaleza absurda o vivida como injusta • Posibilidad de ver/ despedirse • Acumulación de pérdidas • Circunstancias extraordinarias concurrentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Tipo de vínculo: parentesco, rol, límites, jerarquía • Intensidad del vínculo: instigador, existencia de ambivalencia... • Momento de la relación 	<ul style="list-style-type: none"> • Biografía personal: pérdidas previas, trastornos... • Momento del ciclo vital familiar y personal • Situación de crisis simultáneas: enfermedades... • Apoyo social y entorno cultural • Educación, valores y creencias religiosas • Situación económica

Si bien la clasificación contribuye al estudio del duelo, a mí parecer deja más interrogantes que respuestas ya que de acuerdo con este cuadro, cualquier aspecto puede o no ser considerado detonante de un duelo complicado o patológico; en general no define particularidades exclusivas.

Además de estos aspectos, Mateo (2009) identifica que otro aspecto a considerar son los factores de riesgo sociales que abarcan la ausencia de redes de apoyo social/familiar o conflictos de relación con estas, recursos socio-económicos escasos y la responsabilidad de hijos pequeños.

Lo habitual es que cuando existe una pérdida, ésta no la sufra solo una persona aislada, sino que trastoca a más personas que también han perdido ese algo o alguien. Si es así, ¿por qué solo considerarlo y abordarlo como un fenómeno individual como lo hace la mayoría de los enfoques?, ¿es necesario seguir aislando a los dolientes lejos de permitir que se establezcan redes de apoyo?, ¿acaso esto no contribuye a la imagen patologizante del duelo? Si bien es cierto

⁹⁵ En Del Pino y cols, op.cit.

que una forma de estudiar el fenómeno implica la fragmentación del problema, también lo es que al hacerlo dejamos de lado muchos aspectos importantes como lo son el papel que juegan otros sistemas.

Si bien, dentro de una perspectiva sistémica se prefiere tener una concepción menos patologizante del duelo, es inevitable que en ocasiones la familia reaccione a la muerte en modos insatisfactorios para sus miembros; ya sea la excesiva dependencia de sus miembros, independencia y alejamiento o combinación de estilos entre sus integrantes.

Conviene aquí traer un concepto teórico básico; *“la onda de choque emocional”*, definida como “una maraña espesa de contragolpes subterráneos constituidos por hechos de vital gravedad que se pueden producir en cualquier parte del sistema familiar extenso durante los meses o años que siguen a un acontecimiento de grave importancia emocional”⁹⁶.

Esta onda no es más que la manifestación de los roles y dependencias del sistema familiar⁹⁷. Los efectos de la onda de choque emocional, serán vistos en aquellas familias que mantengan a largo plazo una relación disfuncional ante la muerte. Son familias que como sostiene Mc Goldrick⁹⁸, parecen detenidas en el tiempo (*rigidez*), aferradas a viejos patrones de interacción, mantienen sin cambios las emociones surgidas en el momento de la muerte, no establecen nuevas relaciones y tienen problemas con otras transiciones; viven bajo una contradicción.

Por otro lado, así como existen aspectos que posibilitan un duelo complicado, podríamos mencionar otros que contribuyen a que este se desarrolle de forma sana. Respecto a aquellos factores de protección, destacan el papel de las creencias religiosas y el apoyo social, factores resilientes⁹⁹ como buena salud,

⁹⁶ Bowen (1991). En Ibarra, op.cit.

⁹⁷ Del Pino, op.cit.

⁹⁸ En Ibarra, op.cit.

⁹⁹ Se conoce como resiliencia a la propiedad de un objeto, de recuperar su estado original luego de haber sido sometido a diversas situaciones traumáticas. En este caso hablaríamos de la capacidad de una persona de reponerse de severos derrumbes emocionales, y aún así, poder seguir proyectando su vida hacia el futuro. La Resiliencia Familiar se refiere a las características, dimensiones y propiedades de las familias que

visión positiva hacia el mundo, tener un rasgo de personalidad fuerte, el autoengrandecimiento, afrontamiento represivo, experimentar emociones positivas como la risa, la aceptación a la muerte, creer en un mundo justo y el apoyo instrumental.

A nivel familiar, se ha encontrado que el tipo de reacción que la familia tenga ante la pérdida está relacionada con la estructura previa al suceso, incluso se ha pensado que entre mayor sea la disfunción de la familia, más disfuncional será su reacción y viceversa¹⁰⁰. Sin embargo, otra postura se centra en procesos y cambios, no en categorías fijas, por lo que puede hablarse de la capacidad de movimiento y flexibilidad de la familia en función de las demandas que enfrenta el sistema¹⁰¹.

Centrándonos en la flexibilidad que posea la familia, existen dos momentos básicos en los que se requiere un cambio. El primero se da en el periodo inmediato a la ocurrencia de la muerte y requiere una organización dirigida al presente, es decir, que provea de una base emocional, al mismo tiempo que permita cubrir los requerimientos funcionales. El segundo momento, se encuentra orientado hacia el futuro que implica desprenderse de interacciones creadas en el momento inmediato y que puedan impedir cumplir futuras demandas¹⁰².

Finalmente el último aspecto de Parkes en torno a las investigaciones sobre duelo es:

- 3. El modelo del trabajo del duelo:** Este planteamiento proviene de la visión psicoanalítica y propone el trabajo que debe realizar un individuo para adaptarse a una nueva realidad en la cual haya perdido el objeto amado. A

las ayudan a resistir la perturbación ante el cambio y adaptarse ante las situaciones de crisis. Implica integrar la totalidad de la experiencia en la trama de la identidad individual y familiar (McCubbin y McCubbin, 1988).

¹⁰⁰ Ibarra, (1998). Muerte y construcción de la realidad familiar. México, UNAM FES Iztacala. Tesis de Licenciatura

¹⁰¹ Hoffman, L (1987) Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México, Fondo de Cultura Económica.

¹⁰² Ibarra, op.cit.

diferencia de los dos modelos anteriores, en este queda manifiesto que se requiere la participación activa del individuo, deja de ser solo cuestión de tiempo y espera el lograr superar el proceso de duelo y continuar con la vida pese a la pérdida.

Podemos en este punto abarcar todas las técnicas y estrategias empleadas en el trabajo terapéutico. A manera de resumen, incorporo la siguiente tabla que expone algunas de estas técnicas:

Tabla 3. 5: Técnicas terapéuticas utilizadas comúnmente en la terapia de duelo		
Técnicas cognitivo-conductuales	Individuales Grupales	Counselling Terapia conductual
Técnicas sistémicas	Familiares Familiares unipersonales	
Técnicas psicoanalíticas	Individuales Familiares Grupales	Counselling Terapia individual clásica
Técnicas mixtas	Psicoterapia interpersonal Técnicas psicoanalíticas con elementos técnicos cognitivo-conductuales y sistémicos	

En el caso de la terapia sistémica, existen diversos modelos que nos guían ante una situación de duelo o pérdida. Pueden rescatarse en este punto diversos autores y sus prácticas.

Bajo un enfoque estratégico del Pino, García y Beviá (2008)¹⁰⁴, proponen abordar terapéuticamente tanto el duelo (*duellum*) como el dolor (*dolos*) del mismo. La meta principal es *legitimar los sentimientos* que presenta la persona favoreciendo

¹⁰³ Tizón, J (2004)

¹⁰⁴ Del Pino, J., García, J y Beviá F. (2008) Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica. Recuperado el 12 de octubre del 2009, de: http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf

la expresión de los mismos (llanto, rabia, desesperación, etc.). Afirman que la *prescripción del síntoma* alumbró su presencia y transmite al doliente la percepción de estar haciendo lo adecuado. El *reencuadre* de que al inicio todas las pérdidas provocan una conmoción similar le permite a la persona seguir un ritmo adecuado a sus circunstancias.

A la vez que se reconoce el sufrimiento se interviene sobre el duelo. Por esto *amplían el reencuadre* anterior. Se les informa que existen *dos tipos de relaciones*: las inadecuadas, que sólo provocan felicidad mientras la relación existía en la realidad externa (durante) y las adecuadas, cuyo valor se pone de manifiesto también a posteriori (durante y después). Avisan: a) desconocemos qué tipo de relación era la suya, b) lo averiguaremos viendo su evolución y c) más adelante le comunicaremos nuestra opinión. Los autores retoman la importancia de generar una identidad nueva, admitida por el sistema familiar, con ciertos rasgos positivos del desaparecido.

Una propuesta de los autores es el empleo de *metáforas o historias* al igual que lo hacía Bateson, siempre que éstas sean personalizadas y adecuadas a los dolientes. Por ejemplo, para facilitar la expresión de sentimientos e introducir la idea de los buenos recuerdos olvidados que aparecerán luego hablar del “tesoro sumergido”: hay que “vaciar” el mar de lágrimas, es necesario un tiempo previo para alcanzarlo, está profundo, etc.

Otros aspectos importantes de la terapia son *facilitar la unión*, para que la familia conceda autoridad al terapeuta y lograr éxito en las intervenciones. El éxito de la terapia depende de ser *flexibles* en la aplicación de la técnica, eligiendo la ocasión y el estilo apropiados, y siempre desde una posición de respeto y humanitarismo hacia todos los integrantes del duelo, sean difuntos o dolientes.

Siguiendo el trabajo de Selvini Palazzoli es como Onno van der Hart y Frits Goossens (1991)¹⁰⁵, deciden elaborar *rituales*¹⁰⁶ de “despedida” para trabajar con personas en proceso de duelo o pérdida. Estos rituales comprenden 3 fases:

1. **Preparatoria:** donde el terapeuta explica a los dolientes cómo la realización de un ritual puede ayudar a despedirse. Durante esta fase, se puede estimular a los miembros de la familia a que hablen entre sí sobre la pérdida, quizá con la guía del terapeuta. Esta fase termina con un contrato definitivo, que especifica los acuerdos del terapeuta y cliente sobre el ritual de despedida y la naturaleza de su trabajo conjunto.
2. **Reorganización:** en esta fase, el cliente lleva a cabo ciertas tareas. Por ejemplo, se le puede pedir elija objetos significativos de su relación con el difunto o lo perdido; después, se pide al cliente que se relacione con los objetos de forma diferente por ejemplo, colocándolos en un lugar más importante (literal y metafóricamente) como cuando se enmarca una fotografía de un álbum y se le pone en un aparador. El tratar de manera distinta estos símbolos implica un cambio en la experiencia consciente. Otra tarea puede ser escribir diariamente una "carta continua" sobre temas no tratados con el ausente.
3. **Finalización:** se divide en a) ceremonia de despedida, en la que el cliente se despide solemnemente de los símbolos creados. En ocasiones puede aprovecharse para limpiar armarios, regalar objetos, etc. 2) Un rito de purificación como el ducharse marcando el éxito de la fase de transición y 3) un ritual de reunión que puede ser una comida con familiares y amigos,

¹⁰⁵ Onno van der Hart y Grossens, F. (1991) Rituales de despedida en la terapia de duelo. En: Cuadernos de Terapia Familiar. Primavera-Verano. 17, 35-44.

¹⁰⁶ Los rituales se emplean para resolver problemas y eliminar síntomas así como la habituación a la transición. Cabe mencionar que todo ritual debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades de los pacientes.

que expresa simbólicamente cuáles son las relaciones más importante del cliente en una nueva etapa de la vida.

De igual manera Rivas, González y Arredondo (2008), emplean rituales en casos de duelo; para esto, los autores rescatan la importancia de obtener información importante antes de presentarle un ritual a la familia, como evaluar la situación familiar de forma concreta además de la etapa del ciclo vital en que se encuentra e indagar sobre el tipo y estructura de los rituales de intensificación que la familia ya ha adoptado. Los autores demuestran en un estudio de caso que al emplear esta técnica, se logran resultados favorables expresados por todos los miembros de la familia consiguiendo que el sistema incorpore a su realidad que la persona fallecida o ausente forme parte de la identidad de cada miembro y facilite la homeostasis del sistema.

Como sabemos, en el campo sistémico, se trabaja cuando menos en una relación diádica (paciente-terapeuta); no obstante, puede subrayarse siempre la presencia de terceros que intervienen activamente en el triángulo relacional o aparecen como espectadores oficialmente pasivos pero cuya presencia es indispensable. Goldbeter (2003) crea el modelo del “*tercero pesante*” siendo este la persona cuya presencia física o evocada es cuasi indispensable para equilibrar “bien” las relaciones dentro de un sistema. Si por el contrario, esta función puede ser reemplazada por varias personas diferentes según el momento y sin que el papel atribuido sea de manera fija, se hablará de un “*tercero ligero*”. Este se inscribe dentro de la perspectiva de segundo orden; lo que el terapeuta vive en el seno del sistema terapéutico, en particular en lo concerniente al sentimiento de ver que se le ofrece una función por y en la familia, está ligado a la amplificación de zonas de sensibilidad comunes al terapeuta y a la familia. De igual forma, esta postura puede situarse dentro de la perspectiva transgeneracional.

Las particularidades del modelo dependen de la concepción del papel del “tercero pesante” y de la organización de las familias en torno a él, aportando claridad sobre el cómo se viven las separaciones y duelos en el seno de los sistemas humanos. Cabe aclarar que desde esta perspectiva, se introduce la dimensión

triangular como unidad relacional y no como una característica disfuncional de la relación.

Cuando una persona muere, quien sobrevive experimenta una ruptura en la narrativa que guía sus acciones y su visión de la realidad, se requiere de la construcción de nuevas historias para adaptarse a esta. Desde la perspectiva narrativa Ramos (2002), esclarece que no existe una “narrativa del duelo” sino *narraciones*; ésta a diferencia de la narrativa es siempre un acto, algo que ocurre en el presente, cuya idoneidad y eficacia expresiva depende del interlocutor y del contexto. Describe que dentro de su trabajo con estas familias, busca antes que nada, 1) que todos los miembros de la familia tengan un sitio, 2) cada vez que se de un paso en la elaboración del duelo preguntar a qué otro miembro de la familia le alegraría o consolaría saber que lo hemos conseguido, 3) ante dificultades, preguntar quién podría decir o hacer algo respecto a esa dificultad que ayuden a que al paciente le sea menos difícil y más soportable, 4) saber pedir ayuda e invitar a los familiares. Finalmente, el autor deja claro que lo que menos podemos reflejar es empatía esto porque el relato es autojustificativo del cómo se ha llegado a estar “así” y por qué se tiene el privilegio de estar “aquí” contándolo.

En ningún caso, las historias se mantienen estáticas como tampoco ocurre con la imagen familiar o individual. Toda muerte pone en marcha un proceso de transformación que puede ser descrito como una reflexión, cuestionarse y responder a estas preguntas con historias. Desde este punto, todo aquello considerado como verdades universales son puestas en duda; se trata de un momento de flexibilidad ante creaciones y conexiones no contempladas¹⁰⁷.

3.1.2 Duelo Familiar

Tal como mencionaba en el modelo de las fases, muchas veces los estudios sobre el proceso de duelo se centran en lo que ocurre en el individuo aislado. Es por ello que es necesario prestar atención a cómo se da este proceso dentro del

¹⁰⁷ Ibarra, A. (1998) Identidad, narrativa y muerte. En: Psicoterapia y familia. Vol. 11, no.2

sistema familiar, qué mecanismos son puestos en marcha, cómo afecta esto a sus miembros, etc.

Se conoce como “*duelo familiar*” al proceso que se pone en marcha en la familia ante la pérdida de uno de sus miembros. Dicho proceso está plagado de constantes transformaciones y actitudes a su vez defensivas para mantener el sistema familiar. De acuerdo con Pereira op.cit, éstas son:

1. *Reagrupamiento de la familia nuclear*: los lazos en la familia se vuelven más estrechos, aumenta la frecuencia y calidad del contacto mutuo.¹⁰⁸
2. *Intensificación del contacto con la familia extensa o con personas cercanas afectivamente*: dentro de nuestra cultura, parte del ritual hacia la muerte incluye el contacto con las redes cercanas. Suele ocurrir que eventos trágicos como la muerte, movilizan el sistema más amplio, representado con acercamientos con la familia extensa, muestras de cariño, solidaridad, apoyo, visitas constantes, etc.¹⁰⁹.
3. *Disminución de la comunicación con el medio externo*: pese a la cercanía de familiares y amigos, existen actividades que suelen restringirse como parte del luto, como puede ser asistir a festividades o realizar actividades de esparcimiento. Estas prácticas aunque aún suelen seguirse, no existen lineamientos claros del tiempo que debe guardarse luto, provocando en ocasiones discusiones familiares. Por otro lado Aguiluz (2009), expone que en el duelo se experimentaría poco interés por los entornos sociales que no incitasen la memoria del objeto perdido, o bien, que no dieran cierta pauta para sustituirlo.

Estas tres formas de defensa pueden ser ubicadas principalmente dentro de las primeras 2 etapas del proceso de duelo de Pereira expuestas previamente

¹⁰⁸ Sobre esto, se afirma que las familias pueden oscilar dentro de un continuo que incluye diversas maneras de organización familiar. En un extremo, se puede encontrar la organización centrípeta caracterizada por una alta cercanía y dependencia entre los miembros y un alejamiento respecto al exterior del sistema.

¹⁰⁹ En el otro extremo, se encuentra la organización centrífuga o en la que la cercanía e interacción con el medio exterior es mayor, mientras que la cercanía entre sus miembros es mucho menor.

(*Aceptación familiar de la pérdida y Reagrupamiento*), pues es en estas donde se requiere reorganizar al sistema.

Por otro lado, estos tipos de respuesta anteriores pueden clasificarse como un intento por formar sistemas cerrados. En ocasiones, las barreras son puestas entre la familia y el exterior o entre los individuos. El intento por crear estas barreras puede obstaculizar la reorganización orientada al futuro, aún cuando pudiese ser adecuada para una adaptación inmediata; si la familia no logra desprenderse de esas interacciones, el riesgo de disfunción en un futuro aumenta¹¹⁰.

4. *Apoyo sociocultural a la continuidad de la familia*: como sabemos la familia es la base para la organización social, por ello existe interés en que esta siga existiendo pese a la pérdida de uno de sus miembros. Instituciones gubernamentales en este caso intervienen con el fin de preservar la salud integral de la familia; ejemplos de esto en nuestro país son las becas de estudio, seguros escolares, pensiones, casas cuna, orfanatorios, apoyo económico a madres solteras, Instituciones como el DIF, entre otros.
5. *Exigencia de tregua en los conflictos familiares*: ya sea de manera implícita o explícita, puede existir una pausa en viejas rencillas familiares o incluso sea ante esta situación que puedan darse reconciliaciones.
A su vez la cuarta y quinta defensa pueden ser ubicadas principalmente en las últimas dos etapas de duelo (*Reorganización y Reafirmación al nuevo sistema*) donde se restablece la comunicación con el medio externo y se comienza con una nueva vida pese al ausente.
6. *Conductas con frecuencia de debilidad reclamantes de protección*: El dolor ante la pérdida suele ser respetado y entendido a partir del dolor propio. Quienes lo afrontan reflejan compasión, necesidad, debilidad y apoyo mismos que son brindados por la red cercana a la familia.

¹¹⁰ Ibarra op.cit.

Hasta ahora se ha abordado el proceso de duelo referente a la muerte de algún miembro de la familia, sin embargo, existen otras pérdidas que nos llevan a experimentar este proceso. Hablaré de esto en el siguiente apartado.

3.2 Pérdida

Se conoce como pérdida a la carencia o privación de lo que se poseía. Existen diversos tipos de pérdida que ponen en marcha el proceso de duelo con una variedad de efectos. Con el fin de entenderlas mejor, la pérdida ha sido clasificada por Tizón (2004) en 4 grandes grupos:

- a) *Pérdidas relacionales*: podemos encontrar en este grupo pérdidas de personas amadas u odiadas ya sea por el fallecimiento de ésta o por el fin de una relación como en el caso de un divorcio, la migración, abandono, como resultado de un abuso sexual, privaciones afectivas o incluso la pérdida en la interacción a causa de alguna enfermedad.
- b) *Pérdidas materiales*: abarcan todo tipo de posesiones, objetos con alto valor simbólico, “tesoros”, pérdida en la estabilidad económica a causa del desempleo, del hogar provocado por catástrofes naturales, etc.
- c) *Pérdidas interpersonales*: incluyen por ejemplo la pérdida de la seguridad tras un asalto, de la confianza hacia los otros o hacia sí mismo, de la autoestima, en la belleza o fortaleza física, sexual, mental, capacidades profesionales, intelectuales, en el lenguaje, etc.
- d) *Pérdidas evolutivas*: son aquellas derivadas por el ciclo vital como ocurre en la menopausia, andropausia, jubilación o en cada transición psicosocial considerada importante para el individuo.

Sin embargo, así como encontramos pérdidas definidas, existen otras que por la ambigüedad de la misma requieren un análisis diferente. Experimentar una pérdida ambigua ocasiona estrés y confusión, es probablemente la peor de las pérdidas pues permanece la duda interminable; se acompaña del absurdo de no estar seguros de si alguien está o no presente. Origina síntomas que en ocasiones pueden pasar desapercibidos e igualmente ocasionar problemas

familiares y personales por situaciones que permanecen fuera del control que cada persona desea tener. Cuanto mayor sea la ambigüedad que rodea a una pérdida, más difícil resulta dominarla y mayores son la depresión, la ansiedad y el conflicto familiar. Boss (2001) distingue dos tipos básicos de pérdida ambigua:

1. *Ausencia física y presencia psicológica*: Existen muchas despedidas poco claras como es el caso de divorcios, la adopción, migración y el compromiso excesivo con el trabajo. Cualquiera que sea la causa de la pérdida no resuelta, esa pérdida puede tener síntomas estresantes y develar conflictos familiares ante la inadaptación a ella. Lo ausente cuando no tiene un tipo de cierre, permanece presente.
2. *Ausencia psicológica y presencia física*: Este es el caso en el que la persona se encuentra presente mas no su mente, por ejemplo ante el Alzheimer, la drogadicción, traumatismos craneoencefálicos graves, enfermos mentales crónicos o tras despertar de un coma. El dolor sin resolver puede aumentar cuando no es validado en terapia. Muchas veces cuesta entender las pérdidas parciales por lo que resulta más confuso para quienes las sufren.

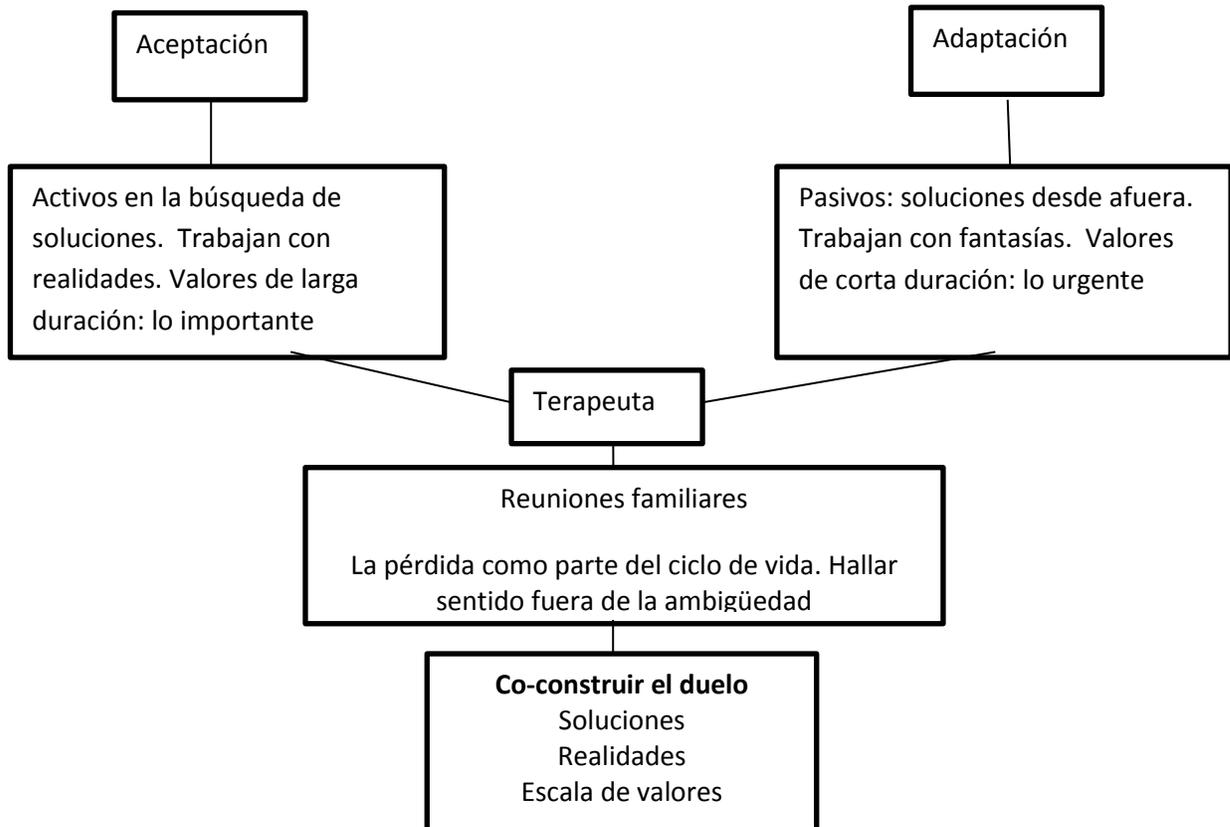
Las personas y las familias atrapadas por la ambigüedad están seguras de que la única verdad es la de la incertidumbre. Almagro¹¹¹ distingue en general 2 sistemas con rasgos básicos que acceden a terapia psicológica tras sufrir una pérdida.

1. En aquellos donde se nota una conducta activa en la búsqueda de soluciones y sus evaluaciones parten de realidades, el proceso de Aceptación está en marcha. Cuando se indaga por la gradación de valores hay una manifiesta tendencia a colocar por delante los que tienen que ver con el porvenir de la familia.
2. Un sistema en proceso de Adaptación se muestra pasiva ante el impacto, en espera de que las soluciones provengan desde afuera, y sus juicios pasan por lo que quisieran que fuera y no lo que es, por lo que fue o pudo

¹¹¹ Almagro, F. (2003) La familia ante la pérdida ambigua: adaptación o cambio. Interpsiquis.

ser o será, nunca por lo que están viviendo o pudieran vivir según la realidad del presente; sus movimientos dependen de lo que vaya apareciendo. Estos aspectos son esquematizados en la siguiente imagen:

Figura 3. 1 Construyendo el Duelo



En estos casos, el terapeuta o facilitador debe:

1. Identificar la pérdida como algo confuso y paralizante, es decir en su ambigüedad intrínseca.
2. Favorecer el conversar sobre historias alternativas y cómo pudieran estas hacerse reales al cambiar rituales y costumbres vinculadas de forma inconsciente al evento.
3. Qué está y qué no está perdido para la pareja o la familia.
4. Corporeizar las almas que flotan en el Limbo Familiar o Re-animar (insuflar ánima) a los cuerpos desalmados por enfermedad o circunstancias.

Vemos entonces que la desaparición o pérdida de algo o la muerte de alguien se convierten en un momento que redimensiona la completa existencia humana y social. Entendida así, la pérdida comparece como punto catastrófico; en algún espacio, en un tiempo, bajo alguna circunstancia, algo se perdió y tal ausencia en el mundo circundante es sentida como una ruptura total.

Cualquiera que sean las circunstancias de la pérdida, el efecto del duelo puede ser terriblemente doloroso y afrontado de diversos modos en los integrantes de la familia. Por ejemplo, la convicción popular de que la muerte y las enfermedades son “cosas de adultos” tiene efectos en una actitud que oscila entre la negación y protección con respecto a la información que se da a los niños. Tal como Kreuz (1993) indica, dichas expectativas influyen en lo que el “otro” tendría que hacer, sentir, pensar o decir y crean problemas de comunicación respecto a la muerte entre niños y adultos. En ocasiones se esperan reacciones inadecuadas por exceso o defecto que no concuerdan con la capacidad psíquica del niño y no son acordes a sus reacciones emocionales.

3.3 Reacciones en niños y adolescentes ante el duelo y la pérdida

Hasta este momento, se han presentado tipos de respuesta y reacciones ante el duelo de un adulto; en el caso de los niños y los adolescentes, las reacciones y cómo entienden la pérdida de un miembro de la familia suele variar. Es por ello, que considero necesario realizar un apartado sobre el cómo se viven las pérdidas en ellos.

3.3.1 Duelo en infantes

Es posible considerar que el duelo en los niños está en función de su nivel de desarrollo afectivo y cognitivo, dado que ello interfiere su comprensión y elaboración de una pérdida, sea cual sea su naturaleza. Desde este punto su proceso de duelo estará permeado por sus características de pensamiento, por su limitada capacidad para tolerar el dolor emocional, su habilidad para verbalizar

sentimientos así como por la oportunidad brindada para poder expresarse. Presento a continuación una categorización sobre cómo es vivido el duelo en los infantes de acuerdo al rango de edad en el que se encuentren.

- I. *De los 12 meses a los 3 años:* En diferentes investigaciones llevadas a cabo por Bowlby se observó que la respuesta inicial es de protesta y de imperioso esfuerzo por recuperar a la madre perdida. *“A menudo llora a gritos, sacude la cuna, se arroja de un lado a otro y se mantiene alerta a cualquier señal visual o auditiva que pudiera revelar la presencia de la madre ausente”*. Sin embargo, tarde o temprano la desesperanza se impone hasta que cesan las ruidosas e inquietas exigencias volviéndose apático y retraído. En los niños menores de tres años, no existe un concepto de muerte, debido a las limitaciones en la percepción de que falta algo o alguien. A esta edad, la muerte equivale a la separación en un sentido concreto y es vivida como un abandono y representa una amenaza a la seguridad.
- II. *De 4 a 6 años:* Al igual que los infantes, también sienten la necesidad de afecto y seguridad física y saber quién los cuidará. Están aprendiendo a expresarse verbalmente por sí mismos y lo hacen de manera afectiva a través de los juegos. Los niños que están de duelo, tienen una comprensión limitada de lo que ocurre por lo que espera que la persona muerta vuelva a la vida. Para demostrar su creciente necesidad de ser protegido, los niños en estado de duelo, pueden sufrir un retroceso de conductas que previamente dominaban, como el de mojar la cama y sentir miedo a la separación.
- III. *De 6 a 9 años:* Cuando los niños llegan a estas edades, ya han hecho grandes avances en las áreas cognitivas y del desarrollo; participan más socialmente, tanto en la familia como en el mundo exterior. Aunque un niño de 6 años perciba la muerte de una forma bastante distinta a la de uno de 9 (cuyo concepto de la muerte es muy parecido al de un adulto), ambos distinguen la fantasía de la realidad y pueden experimentar un sentimiento de culpa. Algunas de las respuestas de

ellos son la negación, idealización, culpabilidad, miedo y vulnerabilidad, ocuparse de los demás adoptando el rol del ausente y/o buscar a la persona faltante (Apraiz I, 2006).

La principal diferencia entre el duelo de un niño y un adulto es que las expresiones intensas emocionales y de comportamiento no son continuas en los niños. El dolor en ellos puede aparecer de manera intermitente y relativamente breve en comparación con los adultos, pero el proceso puede durar más tiempo¹¹². Por tanto, puede decirse que el duelo será en función del desarrollo afectivo y cognitivo que determinarán la comprensión de éste ante la pérdida. Según esto, el proceso de duelo tendría que ser analizado constantemente conforme el niño vaya creciendo ya que este reexaminará y resignificará la pérdida en los eventos importantes de su vida.

3.3.2 Duelo en adolescentes

En la vida, diariamente nos enfrentamos a situaciones difíciles que implican pérdidas materiales y espirituales, unas con más repercusiones emocionales que otras. No obstante, el adolescente se encuentra en un período de transición entre la niñez y la vida adulta; por una parte, tiene una conciencia mayor de lo que está sucediendo, más sentido de la realidad que un niño; y por otra parte, en la mayoría de los casos no tiene una madurez emocional por lo que no sabe como reaccionar, ni actuar, ni cómo se espera afrontar el duelo.

Así la pérdida de una amistad, de una relación sentimental, el mudarse de ciudad, la separación de los padres y/o la muerte de un ser querido, constituyen pérdidas que alteran el ritmo de vida e incluso pueden afectar el comportamiento del adolescente.

¹¹² Santillán, L. (2008) La narrativa, la experiencia de pérdida y el proceso de duelo en los niños. México, UNAM. Tesis de Licenciatura.

La pérdida de un ser querido produce un vacío que poco a poco resquebraja la estructura familiar e incluso pareciera que empieza a desmoronarse. Cada miembro de la familia se encuentra inmerso en su duelo particular y cada uno lo manifiesta de forma diferente. En el caso del adolescente según Grollman, E (1993)¹¹³ se torna inseguro, inestable y muchas veces rebelde. Si el varón pierde la figura paterna, puede sentir un gran peso, sobretodo cuando se le repite constantemente "ahora eres el hombre de la casa". Así el adolescente intentará demostrar fuerza, valor, reprimir sus emociones y actuar como si nada pasara. En algunos casos existen sentimientos de culpa que añadirá angustia al dolor.

Las reacciones del adolescente frente al duelo son similares a las del adulto, sin embargo, debemos darle especial atención a las siguientes:

1. *La Rabia*: Es un sentimiento agresivo generado por la pérdida física del ser querido y las otras pérdidas, es una manera de enfrentar y entender la terrible realidad de lo sucedido, el temor de no tener por ejemplo: los mismos recursos económicos que sólo produce un padre. Esta rabia puede ir dirigida contra él mismo, contra sus compañeros, con la persona que falleció o contra cualquier cosa.
2. *Culpa y auto-reproches*: El adolescente es particularmente vulnerable a sentir culpa, por ejemplo cuando mantenía discusiones con quien fallece, ya sea uno de los padres o hermanos o incluso el reprocharse a sí mismo por no haber hecho lo necesario en casos de enfermedad.
3. *Sentir enloquecer e ideas suicidas*: Algunos adolescentes no saben manejar sus sentimientos y pensamientos, llegando con ello a perder el control de sí mismos. Una forma de solucionar sus problemas es hacerse daño mental o físico, a través del abuso de drogas, alcohol, sustancias prohibidas e incluso provocarse la muerte.

¹¹³ Grollman, E. (1993) Straight talk about death for teenagers. How to cope with losing someone you love. Beacon Press. Colorado USA.

4. *Incomprensión*: El adolescente genera un cúmulo de sentimientos variados que llega el momento que tiende a confundirlos. Se siente incomprendido por las personas más allegadas, no desea hablar sobre el tema.
5. *Rebeldía*: Es un sentimiento contradictorio en el adolescente, en ocasiones quiere mostrar una actitud contraria a la deseada, no es consecuente con lo que habla o hace, quiere ser protector con su familia y autoritario¹¹⁴.

Es importante hacer notar que las emociones pueden ser parte de un estilo afectivo de responder y comunicarse en los periodos de crisis; es probable que el estilo esté en función del rol que ejerce la persona dentro de su familia. Como expresa Ibarra (1998), cuando la comunicación es expresada puede suscitar que emociones similares surjan en otros miembros de la familia. Incluso, recordando los axiomas de la comunicación, una falta de respuesta ante la emoción del otro, también representa una comunicación y un indicador de cómo serán las interacciones en el periodo de duelo.

Grollman ha identificado cómo poder ayudar a los adolescentes en situaciones de duelo o pérdida, por ejemplo:

- Legitimar sus sentimientos y emociones, mostrándoles que no es debilidad e inmadurez el sentir tristeza, miedo y el llorar.
- Explicarles y aclararles que la sensación de extrañeza es normal en este proceso.
- Brindarles el mayor apoyo posible en estas circunstancias de dolor.
- Validarles que cada quien tiene una manera diferente de reaccionar ante lo perdido.
- Reconocer que su duelo tiene ritmo diferente.
- Incentivarlos a leer libros espirituales con los cuales se identifiquen y busquen la paz interior.
- Ser honestos con las explicaciones sobre lo sucedido.

¹¹⁴ Tizón, (2004) op. Cit.

- Respetar su decisión de participar o no en el funeral, en los ritos y cambios que se generan ante la pérdida.
- Permitirles los momentos en donde deseen estar solos y tener espacios para compartir con sus compañeros.

En el caso de la asistencia a los procesos de duelo, la concepción de la familia como sistema se basa en esta perspectiva cibernética estructural de que ésta es una unidad de interacción en la que todos los miembros se influyen entre sí. Una de las principales consecuencias es que jamás será suficiente tratar a cada persona en relación con la pérdida sin trabajar con el conjunto de la familia como sistema.

Ubicándonos en el sistema familiar, tenemos que toda pérdida conlleva cambios para la estructura y la organización familiar, pues modifica las relaciones entre los miembros de la familia, al establecerse nuevas pautas de interacción que les permitan continuar con sus funciones. Es decir, que la dinámica interna al sistema en este caso, esta dada por las interacciones que se entablan entre los miembros que la componen y la propia evolución de cada uno de ellos que se encuentran continuamente interactuando y acoplándose.¹¹⁵

Así asumimos que la pérdida impacta no solo al niño, adolescente o adulto, sino a la totalidad del sistema familiar; a todos y cada uno de los miembros involucrados quienes transforman sus vínculos, debido a que conservan su interdependencia pero con un nuevo matiz.

El siguiente capítulo aborda el proceso de duelo y pérdida ejemplificando mediante casos clínicos su aplicación y análisis desde el enfoque sistémico.

¹¹⁵ Baeza (2002). En Santillán, L (2008). La narrativa, la experiencia de pérdida y el proceso de duelo en los niños. México, UNAM. Tesis de Licenciatura.

CAPÍTULO 4

Análisis sistémico del duelo y la pérdida en familias atendidas

*Todo cambio implica una pérdida,
del mismo modo que cualquier pérdida
es imposible sin el cambio.
Robert Neimayer*

Las pérdidas suelen ser un tema difícil de abordar desde cualquier perspectiva; pese a ello, la atención al tema suele ser escaso teniendo que esperar hasta los 90´ para que comiencen las investigaciones sobre duelo y familia, aunque más en revistas sobre mortalidad que en revistas sistémicas (Pereira, 2002).

Como pudimos observar en el capítulo anterior, las reacciones ante la muerte son susceptibles de ser construidas y transformadas en distintas teorías o conocimientos tanto personales como científicos. Según sea la mirada y el tipo de investigación, podremos centrarnos solo en procesos intrapsíquicos que contribuyan a la elaboración de la pérdida, aspectos netamente individuales de cómo se vive el proceso de duelo o incluso rebasar esta línea e incluir el tipo de vínculo y el nivel de apego entre la persona muerta o ausente y quien sufre las consecuencias de dicha pérdida. Incluso, puede ser que sean incluidos otros miembros significativos como las redes de apoyo, e incluso dar una visión de segundo orden si incluimos al observador en este fenómeno (Ibarra, 1998)¹¹⁶.

Dicha apertura lleva a concebir la reacción y adaptación de la pérdida como un proceso relacional; es decir, desde este punto el proceso de duelo o pérdida es un proceso activo, cambiante y que ocurre en el campo de una amplia red de relaciones (Walsh y Mc Goldrick, 1991)¹¹⁷. Se trata entonces de un proceso recursivo donde el aparente fin del proceso puede llevar a volver a comenzar, pero esta vez fortalecida y con mayores recursos resilientes.

¹¹⁶ Ibarra, A. op. cit.

¹¹⁷ Walsh, W.F. y McGoldrick, M (1991) "Loss and the family: a systemic perspective." En : Walsh, W.F. y McGoldrick, M. Living beyond loss: death in the family. W.W. Norton and Company, E.U. Referencia citada en Ibarra, op.cit.

El presente capítulo permite mostrar las diferentes habilidades y competencias clínicas adquiridas y aplicadas durante la Residencia en Terapia Familiar. Los temas a revisar son:

- Descripción de la integración de los expedientes clínicos y la forma de trabajo.
- Exposición de 2 casos en los que se hayan abordado sistémicamente trabajo de duelo o manejo de pérdidas.
- Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas.

4.1 Integración de expedientes clínicos

El trabajo terapéutico llevado a cabo en los diversos escenarios clínicos por los alumnos de la residencia, se basó en la atención otorgada a 40 familias entre los cinco miembros del equipo terapéutico¹¹⁸. Cada alumno se hizo responsable de la información escrita y videograbada de las familias atendidas.

Respecto a la información escrita (Actas de sesión), se integraron expedientes por cada familia conteniendo los documentos recopilados en el transcurso del proceso terapéutico. Entre los documentos recabados se encuentran el consentimiento informado, las actas de sesiones¹¹⁹, las fichas de pago, algunas de las tareas escritas por los consultantes e incluso materiales entregados a las familias como pueden ser reconocimientos, cartas, cuentos, reflexiones, etc.

4.1.1 Estructura de las sesiones

Las sesiones de trabajo siguieron el mismo esquema de trabajo, independientemente de la sede o la supervisora. Estas eran divididas en 5 partes, tal como el equipo de Milán lo hacía:

1. *Pre-sesión*: La duración de esta solía variar entre 5 a 15 minutos, dependiendo de la sede y los horarios establecidos para la atención a las familias. En esta etapa, se revisa la información del acta telefónica o de

¹¹⁸ Para mayor información, revise las tablas de familias atendidas que se encuentran en el primer capítulo.

¹¹⁹ Pueden revisarse el formato de consentimiento informado y del acta en el anexo 1 y 2.

alguna de las sesiones previas, atendiendo dudas y revisando los objetivos de la sesión.

2. *Sesión*: Con duración entre 30 y 45 minutos, se entrevista a la familia y se interviene de acuerdo a los objetivos previstos o en ocasiones dando un giro según la información que la familia aporta durante la misma. En el caso de que sea la primer sesión, se inicia ésta con la lectura y firma del consentimiento informado sobre la modalidad de trabajo y videograbación¹²⁰. La supervisión y la forma de intervenir presentaba diferencias según el escenario; en el caso del CCH y la FES-I, el terapeuta mantenía comunicación con el supervisor y equipo vía telefónica, no así en el ISSSTE donde la infraestructura no lo permite y en lugar de ello, se emplea un pizarrón como medio de comunicación.
3. *Discusión de la sesión*: En la mayoría de los casos, existe un corte de entre 5 y 10 minutos donde el sistema terapéutico analiza lo ocurrido en la sesión y elaboran el mensaje y/o tareas. En otros casos, se decide hacer equipo reflexivo, por lo que el corte no es viable.
4. *Mensaje de la sesión*: se devuelve un comentario a la familia o una prescripción.
5. *Elaboración del acta*: el terapeuta revisa el video y sintetiza lo ocurrido en un acta.¹²¹

4.2 Familias atendidas sobre duelo y pérdida

En este apartado se presentarán un par de casos atendidos por duelo y pérdida durante la Residencia en Terapia Familiar. Se expondrá brevemente el motivo de consulta y la evolución de estos hasta el cierre terapéutico.

Con el fin de guardar confidencialidad de las familias, se ha decidido cambiar los nombres de los integrantes así como omitir información que pudiese revelar su identidad.

¹²⁰ Ver anexo 1

¹²¹ Ver anexo 2

4.2.1 Familia AB

Supervisora: Mtra. Carolina Rodríguez González.

Sede y semestre: CCH Azcapotzalco, 2º semestre.

Miembros de la familia: Padre: José de 48 años, pensionado y presenta lesión en la columna, ceguera en el ojo derecho y adicción a la cocaína. Madre: Alma de 48 años, posee un puesto de comida y ha sido diagnosticada hace 2 años con Cáncer de mama y piel; actualmente se encuentra en etapa terminal. Laura de 17 años, estudiante del CCH Azcapotzalco. Fabián de 14 años, estudia 2º año de secundaria.

Actualmente la familia se encuentra dividida; la madre y los dos hijos viven en casa de la abuela materna junto con una hermana de Alma. Mientras tanto el padre vive en una casa compartida con tres de sus hermanos.

Asistentes a Terapia: Laura (hija) principalmente, en una ocasión Alma (madre) y otra más Sofía (tía).

Motivo de Consulta: L. asiste pues no sabe qué hacer con la enfermedad de su mamá quien padece cáncer de mama y piel desde hace dos años y quien actualmente se encuentra en fase terminal¹²². Ella menciona que no quisiera que su madre se muriera pero no sabe que hacer para que esto no pase. Aunado a ello, los problemas con su padre se han acrecentado desde la separación a causa de la drogadicción de éste. Ella ha sido designada por su madre a seguir cuidando de éste, sin embargo esta labor le resulta muy difícil de llevar a cabo, pues en ocasiones por cuidarlo y no hacer que se enoje, Laura es quien tiene que darle dinero y mantenerlo; situación que le preocupa pues muchas veces ocupa éste para seguir comprando drogas. Actualmente en la escuela le preocupan los “problemitas” que está teniendo con las materias. Se realiza trabajo de duelo anticipado

¹²² Entre las pacientes de cáncer de mama, un 75% informa que se les trata de una forma diferente; un 72% informan no sentirse comprendidas y un 50% se sienten temidas o evitadas (Navarro Góngora, op cit).

Antecedentes de tratamiento: Ninguno

Etapa del ciclo vital familiar: De acuerdo con Minuchin y Fishman, la familia se encontraba en la etapa de matrimonio con hijos en edad escolar y adolescentes.

Problemas identificados:

- Padres en malas condiciones de salud
- Adicciones del padre
- Disminución del rendimiento académico de Laura
- Respuestas de evitación y aislamiento hacia Fabián de la situación familiar
- La jerarquía familiar no se encuentra definida; ésta puede recaer en Alma, su madre o hermana
- Comunicación indirecta y doble vincular
- Control del comportamiento de la hija por parte del padre mediante chantajes
- Sentimientos de culpa
- Roles inadecuados o invertidos en los miembros de la familia de acuerdo a la edad de los integrantes; por ejemplo, el que sea Laura quien se encargue de cuidar del padre.
- Límites difusos con la familia extensa permitiendo que intervengan en los problemas del subsistema conyugal y parental creando conflictos. Esto a su vez ha llevado a percibir a la familia alejada y renuente a mostrar apoyo.
- No existe sentido de pertenencia de Laura y Fabián en el hogar
- Promesas familiares exclavizantes (cuidarás siempre de tu padre pues yo [madre] no puedo hacerlo ahora).

Hipótesis sistémica: La familia se encuentra en la etapa del ciclo vital de matrimonio con hijos en edad escolar o adolescentes. La enfermedad terminal de la madre lleva a Laura a reflexionar sobre la dinámica familiar, la cual se encuentra invertida en roles, jerarquías y muestra límites difusos al interior y exterior del sistema familiar.

La adicción del padre le permite a éste evitar afrontar la situación, a su vez que es empleada para chantajear tanto a Laura como a Alma a seguir recibiendo atención y cuidados de ellas. Fernando por su parte, ha ido aprendiendo a mantenerse alejado al igual que el padre, aspecto que es reforzado por las mujeres de la familia al sobreprotegerlo.

Laura se encuentra atrapada entre el dolor por la inminente muerte de la madre y por la tristeza y enojo que le provoca su padre. Por otro lado, comienza a vislumbrarse con la responsabilidad de cuidar de su hermano cuando la madre falte, añadiendo una nueva promesa familiar exclavizante a su corta vida.

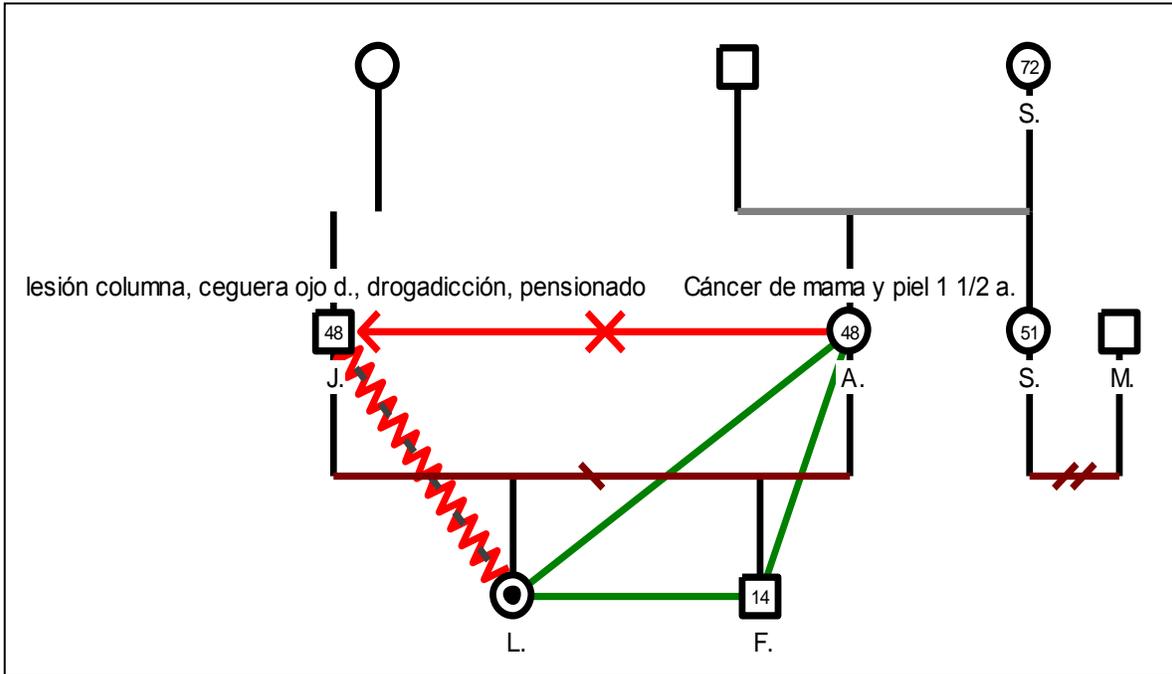
Ante la enfermedad de Alma se han develado desequilibramientos en el sistema familiar. Existen pérdidas importantes a la salud, el sentido de pertenencia, seguridad, relación con los miembros de la familia y dificultad para negociar entre la pareja (separación tras la enfermedad). Por otro lado, la familia se anticipa ante la pérdida de la madre de familia. Es por todo esto que surge la necesidad de reestructurar y lograr que prevalezca el sistema familiar, labor que recae principalmente en Laura. Sin embargo dicha reestructuración ha provocado estrés y dolor en los miembros de la familia.

Modelos terapéuticos empleados: El modelo que rigió la terapia fue el modelo estratégico de Salvador Minuchin. Se emplearon a su vez técnicas de la terapia breve centrada en soluciones y rituales.

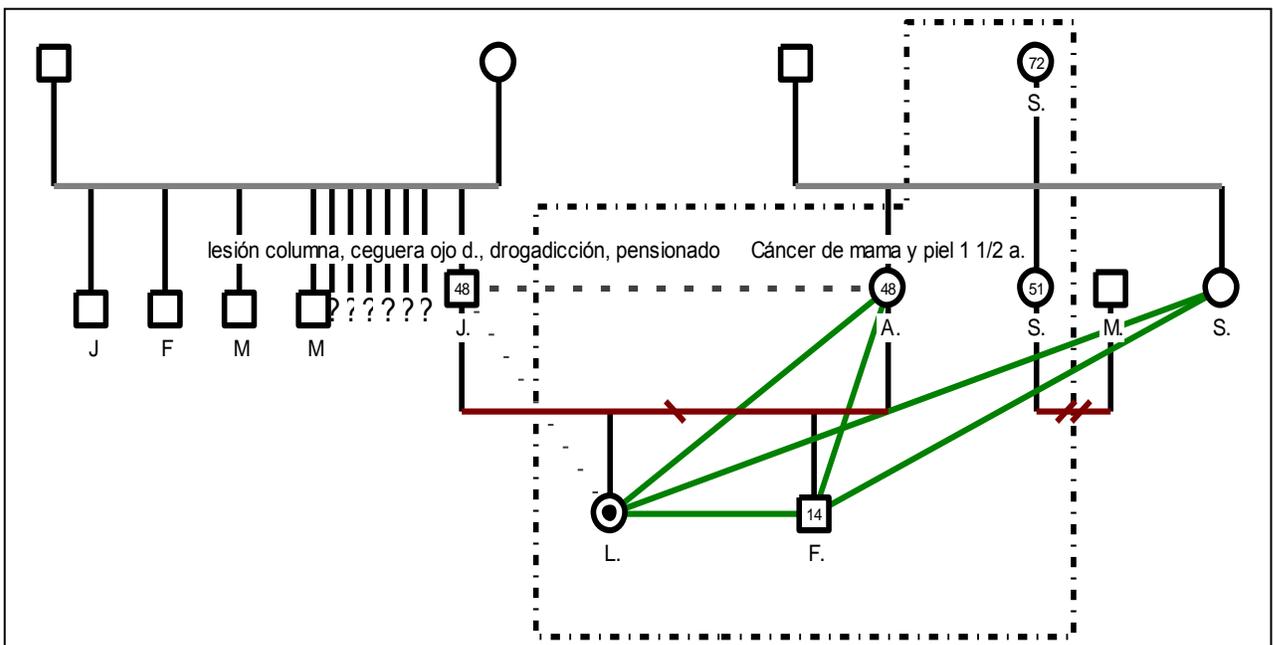
Familiogramas¹²³:

¹²³ La simbología empleada para elaborar los familiogramas de los casos expuestos, así como de las relaciones familiares han sido tomados del trabajo publicado por Mc Goldrick y Gerson (1987).

Inicio de la terapia



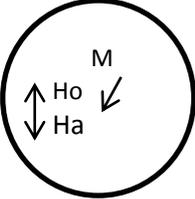
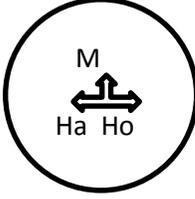
Fin de la terapia



Plan psicoterapéutico

Sesión	Objetivos	Resumen
1	<p>-Rapport y buscar alianza entre terapeuta-paciente.</p> <p>-Especificidades del motivo de consulta y las interacciones</p> <p>-Obtener información sobre las soluciones intentadas</p> <p>-Cómo se ha convertido en un problema y por qué ha acudido en este momento</p> <p>-Expectativas de la terapia e indicadores concretos de solución del problema</p> <p>- Contención ante el dolor por la pérdida de la madre y el enojo dirigido hacia el padre</p> <p>Se identificaron:</p> <p>a) Recursos resilientes personales y familiares¹²⁴</p> <p>b) Interacciones familiares</p> <p>Se realizó:</p> <p>a) Pregunta del milagro</p> <p>b) Cuestionamiento de la “hija rescatadora”</p>	<p>En la primera sesión, asiste únicamente Laura. Se obtuvo información valiosa sobre la realidad familiar y las interacciones entre sus miembros. Se le lleva a expresar la tristeza, dolor e impotencia ante la muerte de la madre. Se busca rescatar las enseñanzas de Alma hacia sus hijos y lo aprendido de ella ante las situaciones adversas. Quedo descubierto el doble vínculo y las “verdades familiares” que mantenían que el problema con el padre se mantuviera. Era necesario atacar la idea de ser “rescatadora” de familia, idea que había sido heredada a través de generaciones hacia las mujeres de esa familia. Lo aprendido había llevado a Laura a cargar con la enfermedad y adicciones del padre sintiéndose triste, impotente, con la sensación de que la vida era injusta, atrapada entre sus padres y la creencia de no poder hacer ya nada más. Se le muestra cómo al preservar esa idea y acciones fomentaba que el padre continuara la adicción, cargando un enorme saco de piedras sobre la espalda que no son de ella. Al cierre se le pide escriba una carta al padre donde pueda expresar todas las emociones contenidas y le comente que se ha dado cuenta de que ha estado ayudándolo a</p>

¹²⁴ Reordemos una de las premisas del modelos de TBCS: los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, el terapeuta les ayuda a acceder a ellos y lograr que sean utilizados.

	c) Preguntas circulares	seguir en las adicciones. Dicha carta la llevaría a la siguiente sesión.
2	<p>-Revisar la carta que le escribe al padre</p> <p>-Indagar su decisión entre ser rescatista o dejar que su padre se cuide solo</p> <p>-Indagar si se abstuvo de darle dinero durante estas dos semanas</p> <p>-Lograr el consentimiento de la madre para que L. deje el mandato familiar de encargarse del cuidado de su padre.</p> <p>-Ejercicio de “Las esculturas familiares”¹²⁵ de Virginia Satir</p>	<p>Asiste Laura sola, al indagar los cambios positivos manifiesta comenzar a relacionarse con chicos de su edad por lo que inicio actividades en el grupo de la Iglesia. Se revisa la carta escrita al padre en la que manifiesta no poder rescatarlo más. .</p> <p>Se descubre que en este par de semanas ha dejado de darle dinero al padre, decisión que incluso le notificó a éste. Manifiesta ha dejado de olvidarse de si misma y de su hermano y entender que la forma en la que él reacciona es particular por lo que no puede exigirle sea de la misma manera a la de ella. Ha dejado de ver esto como evasión¹²⁶.</p> <p>Se realiza el ejercicio de “Las esculturas familiares” junto con el equipo terapéutico con el fin de reforzar esta decisión además de obtener el permiso de la madre para no continuar rescatándolo. Se reforzó la alianza entre madre e hijos mediante el ejercicio.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>P Inicial</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>P Final</p> </div> </div>

¹²⁵ La técnica permite ubicar a los miembros de la familia según son vistos por el cliente, fue considerado un método efectivo para combinar lo cognitivo y lo experimental, permitiendo que se logre el objetivo de darle nueva forma a la familia. Permiten al cliente esculpir las posturas físicas de diversos representantes. Por ejemplo, el cliente puede pedirle a un representante que se hinque, que gire su cabeza o extienda sus brazos.

¹²⁶ No existe una forma correcta de ver las cosas, diversos puntos de vista son válidos.

<p>3</p>	<p>-Fortalecer a L. para que los avances continúen (no darle dinero al padre, no permitir que esta situación la consuma).</p> <p>-Mediante metáforas visualizar un nuevo episodio en su vida</p>	<p>Se indagan cambios entre los cuales es notable el estado anímico de Laura quien ya se muestra tranquila. Igualmente nota que su padre ha disminuido el consumo de cocaína y la relación de éste con la familia ha mejorado. Describe que ha convivido más con su hermano y su madre.</p> <p>Se retoma la metáfora del saco de piedras para ir evaluando el avance y el sentir de Laura.</p> <p>Por otro lado, percibe que la relación con la familia extensa ha mejorado; las discusiones han disminuido y puede ya sentir el apoyo de su familia ante la situación de su madre.</p> <p>Se descubren nuevos patrones en las creencias y comportamientos en la familia, por lo que junto con la supervisora y el equipo se decide indagar este aspecto dejando pendiente el tema de duelo.</p> <p>Entre las ideas que prevalecen se encuentra la intromisión a los temas familiares, rencillas con Alma por parte de sus hermanas, lealtades familiares y sale a relucir la razón por la cuál José no es bienvenido en la familia.</p>
<p>4</p>	<p>-Revisar la tarea sobre las interacciones entre su madre y hermanos a lo largo del tiempo.</p>	<p>Al iniciar la terapia, Laura comenta que han surgido conflictos con la familia extensa en las últimas semanas, esto tras la llegada de su tía a la casa a causa de la muerte de su esposo. Esto ha contribuido a que actualmente ella tenga 3 cuidadoras (madre y 2 tías), situación que la tiene enojada. Se describen situaciones ocurridas en</p>

	<p>-Indagar la historia familiar y próximos cuidadores.</p> <p>-Prever el tipo de relación entre ellos con el nuevo cuidador</p> <p>-Establecer qué papel juega el padre de L. en dicha decisión y qué papel cumplirá entonces</p> <p>-Reforzar cambios hasta ahora obtenidos y preguntas orientadas a futuro.</p>	<p>las últimas semanas que la llevaron a enojarse con sus tías.</p> <p>La muerte del tío es retomada para indagar cómo fue vivida la pérdida en la familia y conectarla con la inminente pérdida de la madre. Se descubre que tras esto, se ha realizado una junta familiar en la que expresaron emociones ante la pérdida y se permitieron hablar del futuro de la familia. Es en esta junta en la que se acordó que ante la muerte de Alma, Laura y Fabián quedarían al cuidado de Sofía (tía). Se indaga su sentir ante esta situación y cómo esta viviendo las pérdidas y las despedidas. Se abordan los distintos cambios que avecinan como el cambio de caso, de convivir con su tía, qué preservarán de las enseñanzas de su madre, etc. A su vez se le pregunta cuál es la relación que lleva con Sofía. Se manifiesta la sabiduría de la madre al elegir desde ahora el mejor futuro para sus hijos.</p> <p>Se cierra la sesión indagando los proyectos que tiene Laura a futuro y qué plan ha ideado para cumplirlos. Se refuerzan los cambios logrados y se relacionan con las habilidades y herramientas que Laura posee.</p> <p>*Se encuentran indicios de la presión de la madre porque Laura vuelva a “recatar” al padre.</p>
5	-Indagar la historia de Sofía y sus experiencias en el cuidado de terceros.	En esta ocasión, acude Laura acompañada de Sofía. Se habla sobre la decisión de Alma de que Sofía sea quien en un futuro se haga cargo de

	<p>-Obtención de habilidades resilientes en Sofía.</p> <p>-Reforzar el vínculo entre Laura. y Sofía preparándolas para la transformación de su relación.</p>	<p>Laura y Fabián. Manifiesta no asustarle la encomienda de su hermana, hecho que a Laura la mantiene tranquila y expresa reafirmar el que su tía es una persona entregada que siempre ve el bien de los demás.</p> <p>Le pido a Sofía le confíe a Laura qué puede ayudarle ante la pérdida de su madre, siendo ella quien actualmente está ante el duelo por su pareja. Se realiza un ritual de unión entre las dos con el fin de reforzar la nueva relación que se está formando. Una vez hecho esto, se trae la presencia de Fabián y se incorpora al ritual.</p>
6	<p>-Rapport con Alma.</p>	<p>En esta ocasión, se decidió cerrar el tratamiento en casa de la familia. La razón fue que la señora Alma fue invitada a todas las sesiones, sin embargo su estado de salud no le permitió asistir. Aunado a ello, había indicios de que el mandato familiar de ser “rescatistas” cobraba fuerza nuevamente, por lo que se buscó directamente el permiso de Alma.</p> <p>Se inicia la sesión conociendo a Alma y obteniendo su impresión tras saber que Laura había solicitado ayuda terapéutica. Se habla sobre el estado de salud de Alma, mismo que ha empeorado y se habla sobre vivir en un estado de paz y permitir que prevalezca la esperanza, motor que ha llevado a que Alma se sienta fuerte pese a la enfermedad.</p>

	<p>-Revisar la tarea</p> <p>-Lograr el permiso de la madre para que L. pueda alejarse de papá, de todo aquello que lo rodea que le hace daño y le duele, como puede ser el asistir a la otra casa, o seguirlo cuidando esperando rescatarlo por mandato de su madre.</p> <p>-Indagar cambios</p> <p>-Alta terapéutica.</p>	<p>Se le pide a Laura lea la carta que le fue dejada de tarea y que se encontraba dirigida a su madre. Tras expresarle el amor que siente por ella, le pide que la libere de seguir al cuidado de su padre. Mediante un ritual de liberación, se obtiene este permiso por parte de Alma.</p> <p>Entre los cambios percibidos por ambas destacan que Laura “ha vuelto a ser la de antes”, vuelve a sentirse contenta y se vive más fuerte ante la situación vivida. En cuanto al cómo fueron modificadas las relaciones, estas se muestran en el familiograma final.</p> <p>Finalmente se da cierre a la terapia quedando cita abierta en caso de ser necesario.</p>
--	--	---

Resultado Terapéutico: Alta terapéutica

Análisis y Discusión Teórica Metodológica

La enfermedad puede entenderse en términos de experiencia, de alteración biológica y como síntoma social. El enfermo y su familia construyen el significado de la enfermedad, primero a partir de normas culturales que definen cómo interpretar ciertos síntomas y cómo transmitirlos (*el síntoma como síntoma*); En este caso, Laura acude visiblemente afectada, con llanto espontáneo, mostrando desesperación, ansiedad reflejada en movimientos constantes versus inmovilidad y la pérdida de placer en aspectos que antes le eran placenteros como la escuela

o salir con amigos a divertirse, además de la confusión ante su futuro y el de su familia cuando la madre ya no esté¹²⁷. De acuerdo con Navarro Góngora, un cierto modo de ansiedad, miedo, angustia y depresión son consustanciales a la experiencia de enfermar. Estas reacciones son en estos casos consideradas normales y corresponden con el proceso de adaptación de la familia.

Segundo, a partir de las connotaciones igualmente culturales que tiñen las enfermedades como positivas o negativas; lo cultural como significado (cáncer igual a muerte). Finalmente, los patrones de aprendizaje adquiridos en el entorno más inmediato del paciente le hacen afrontar ciertas experiencias de la enfermedad (duelo por funciones perdidas, la traición del cuerpo, la vigilancia de los procesos corporales, etc.)¹²⁸.

Los pacientes y las familias que afrontan una enfermedad terminal usualmente comienzan el proceso de duelo antes de la pérdida propiamente dicha. Esto se denomina "*duelo anticipado*". Es un proceso natural que ayuda a los individuos a prepararse para el cierre emocional y físico. Es también un momento en el que tanto el paciente como la familia se preparan para el cambio.

Al hablar de duelo anticipado, igualmente estamos abordando la pérdida ambigua. La familia constantemente se encuentra entre la presencia del ser amado y acercándose a la ausencia de esta; en ocasiones de forma psicológica creando momentos angustiantes y confusos. Tal como señala Almagro¹²⁹, comprender los complejos estilos de enfrentamiento ante la pérdida cuando ésta no es una certeza o no ha sido asumida como tal. Cuando la pérdida humana se da en toda su integridad, es decir, en sus componentes psicosociológicos y físicos, los miembros de la familia o de la sociedad desarrollan el llamado duelo o proceso de elaboración de la pérdida, encaminado a su aceptación. Pero en este caso, el tomar en cuenta el tipo de pérdida por el cual transitaba la familia atendida, nos

¹²⁷ Algunos de estos síntomas, pueden ser considerados como indicadores de Depresión de acuerdo con los síntomas descritos en la Tabla 3.3. Sin embargo, no existen los síntomas requeridos por el DSM IV ~TR para diagnosticarlo.

¹²⁸ Navarro Góngora (1995) Terapia familiar con enfermos crónicos. En: Navarro Góngora, J, y Bayebach, M. Avances en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona, Paidós. Cap. 12 <http://books.google.com>

¹²⁹ Op. Cit

permitió colocarnos frente a la incapacidad de la familia para elaborar y asumir de forma constructiva la carencia del ser querido.

En el caso de la familia AB, uno de los ejes de la terapia fue preparar a la familia ante la pérdida de la madre tras el cáncer en etapa terminal que le aquejaba. El sentimiento de duelo deriva de la pérdida de la identidad como familia y de la persona sana. Ya sea que la enfermedad se controle o se torne crónica, ya nada será como antes, se pierden objetivos vitales estimados.

Como puede verse en la descripción de las sesiones, se abarcaron tareas descritas en las etapas del duelo familiar de Pereira. Hubo espacio dentro de las sesiones para expresar la aflicción ante la pérdida que se avecinaba. Por otro lado, Laura volvió a conectarse con su medio externo (amigos, familia y grupo de la iglesia), y ha iniciado la pertenencia e identificación a un nuevo sistema familiar que incorpora a Sofía. De modo espontáneo, la familia había iniciado la redistribución de roles (Laura = hija parental, cuidado de Laura y Fabián por parte de Sara y Sofía (tías maternas); ésta última incluso asumiendo el papel de cuidadora tras la muerte de Alma).

Por otro lado, Navarro Góngora¹³⁰ rescata que alrededor del 70% de las familias que se ven ante la experiencia de despedir a uno de sus miembros tras una enfermedad grave, no solo no deterioran su funcionamiento sino que, por el contrario, mejoran. En este caso, la familia ha ido adaptándose al proceso de enfermedad de Alma y fueron superando los duelos. En la familia materna se han redistribuido los roles, se imponen las fuerzas centrípetas manteniendo unida la familia AB y en constante comunicación con la familia extensa.

El abordaje terapéutico en la familia AB, siguió principalmente el modelo estructural, aunque en ocasiones fue necesario incorporar técnicas de otros modelos. Centrándonos específicamente en el modelo de Minuchin, los *cambios estructurales* en la familia antes y durante el periodo de la terapia fueron:

¹³⁰ Ídem

- Separación del subsistema conyugal (en el momento del diagnóstico de cáncer)
- Distanciamiento en el subsistema fraterno → promoción de actividades entre hermanos.
- Padre periférico (ausencia física). Se recae en un momento centrífugo manifestándose con la salida del padre del sistema familiar, forzando al resto de los miembros de la familia a mantener la fuerza centrípeta → ante el cambio en Laura en la dinámica con el padre, el comportamiento de este tiende a modificarse, acercándose este hacia el subsistema familiar y mejorando las relaciones entre sus miembros.
- Hijo presente físicamente y ausente emocionalmente ante la mirada de su hermana → permitir la expresión de sentimientos, aceptar los tiempos y diferencias en la expresión de estos.
- Inversión en los roles de hija convirtiéndose en hija parental tanto de su hermano como de su padre → retomar la posición de hija por parte de Laura, mientras que José actúa nuevamente como el padre proveedor y quien cuida.
- Redistribución de roles: En el caso de quien asume el rol de cuidadora (tía), ésta tiene que aprender cosas que antes no sabía como cuestiones afectivas, disciplinarias, manejo de una casa y compartir ésta con dos miembros más.
- Los límites difusos con la familia extensa materna se modificaron al establecerse estos mediante reuniones familiares.
- Cambios en la jerarquía. En las familias con un miembro enfermo, quien se hace cargo gana estatus mientras que el padre enfermo lo pierde. Esto mismo ocurría en esta familia; inicialmente el padre de familia pierde la autoridad al iniciar en el camino de las adicciones, quedando tanto Laura como Fabián al cuidado de la madre. Ante la enfermedad de ésta, son las tías maternas quienes asumen dicho papel. Cabe recalcar que al padre enfermo además de la pérdida de la salud se añade la pérdida de su rol social y la identidad que ésta le brindaba.

En cuanto al *modelo de soluciones*, se emplearon la pregunta del milagro, preguntas orientadas al futuro (proyecto de vida de Laura), identificar recursos personales y familiares y preguntas enfocadas a la excepción (reforzando el cambio logrado respecto a ser rescatista del padre).

Por otro lado, se incorporaron *rituales* terapéuticos al trabajo con la familia. Como sabemos, la muerte de una persona se acompaña de un ritual por sí mismo, sin embargo ante un duelo anticipado, aquellos rituales que acompañan a la muerte aún no acontecen mas los efectos de la pérdida comienzan a vivirse. En el caso terapéutico la elaboración de estos busca provocar cambios en la familia, a su vez que se evalúa continuamente el funcionamiento de ésta. Los rituales “son actos simbólicos coevolutivos que incluyen no solo los aspectos ceremoniales de la presentación real del ritual, sino también su proceso de preparación... contienen partes abiertas y cerradas que se mantienen unidas por medio de una metáfora orientadora y permite que la familia improvise” (Roberts, J. 2006 pp. 30). Los rituales se emplean para resolver problemas y eliminar síntomas así como la habituación a la transición. Cabe mencionar que todo ritual debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las necesidades de los pacientes.

Para Onno van der Hart y Goossens (1991), pueden elaborarse rituales de “despedida” mismos que comprenden 3 fases: 1) preparatoria, donde el terapeuta explica a los dolientes cómo la realización de un ritual puede ayudar a despedirse, 2) reorganización, donde el cliente lleva a cabo ciertas tareas, como escribir diariamente una "carta continua “ y 3) finalización, misma que se divide en una ceremonia de despedida, un rito de purificación, y un ritual de reunión, que expresa simbólicamente cuáles son las relaciones más importante del cliente en una nueva etapa de la vida.

De igual forma, Rivas, González y Arredondo (2008) emplean rituales en casos de duelo. Recomiendan obtener información importante antes de presentarle un ritual a la familia, como evaluar la situación familiar de forma concreta además de la etapa del ciclo vital en que se encuentra e indagar sobre el tipo y estructura de los rituales de intensificación que la familia ya ha adoptado.

En esta familia, se realizaron diversos rituales; fueron necesarios rituales de despedida (de las viejas costumbres con el padre, de la imagen de la madre sana, de la antigua familia) y también aunque pareciese paradójico, de bienvenida pese a la pérdida (la formación de una nueva familia donde algunos ya no están presentes y a su vez alguien más se incorpora). Se incorporaron dentro de los mismos, elementos gráficos como la realización de cartas dirigidas a miembros de la familia o la escenificación de los miembros no presentes en sesión.

Si bien, no se trabajó con un solo modelo terapéutico de forma pura, como equipo terapéutico logramos adaptarnos a lo sucedido sesión tras sesión con la familia AB. Tras emplear diversos elementos terapéuticos, se obtuvieron resultados favorables expresados por los miembros de la familia (específicamente, Alma, Laura y Sofía), consiguiendo que el sistema incorporara a su realidad que la persona enferma y próximamente ausente físicamente, forme parte de la identidad de cada miembro y facilite la homeostasis del sistema. El cáncer de la madre en etapa terminal, si bien no dejó de ser un aspecto doloroso, pudo ser afrontado con fortaleza.

4.2.2 Familia CD

Supervisora: Dra. Ofelia Desatnik Miechimsky

Sede y semestre: Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM; 3^{er} semestre.

Miembros de la familia: La familia nuclear se encuentra conformado por el matrimonio entre Manuel de 35 años de edad y Gloria de 25 años. Él posee un negocio de telefonía mientras que ella es estudiante de Psicología en una universidad privada y en las tardes labora en el negocio del padre de Manuel. Tienen una hija Norma de 3 años de edad quien asiste a primer año de kinder. La familia vive en la misma cuadra que los abuelos y tíos maternos.

Asistentes a Terapia: Gloria (madre), Manuel (padre) y Norma (hija).

Motivo de Consulta: Durante la entrevista telefónica, la madre de familia me comenta que han decidido buscar ayuda pues su hija de 3 años de edad le comenta que “le tocaron su colita”. Al indagar más sobre esto, me refiere que a quien ella acusa es al abuelo materno, situación que a Gloria desconcierta y quisiera saber si esto es cierto o se trata de un invento de su hija.

Antecedentes de tratamiento: Meses antes la madre de familia acudía a terapia psicológica para abordar una pérdida de un embarazo; cabe resaltar que dicho tratamiento no llegó a su fin.

Etapas del ciclo vital familiar: De acuerdo con Minuchin y Fishman, la familia se encontraba en la etapa de matrimonio con hijos en edad escolar y adolescentes.

Problemas identificados:

- Duda respecto a la existencia de un posible abuso sexual
- Explicación al fenómeno o a sucesos relacionados con razones alternas; por ejemplo, explicar el ardor en el área vaginal por mala higiene.
- Referirse a las partes del cuerpo no por su nombre

- Toma de decisiones tras un largo periodo de tiempo que ha llevado a la existencia de un segundo evento
- Escaso plan de autocuidado y prevención
- Antecedentes de abuso sexual hacia G por parte de un primo
- Comunicación indirecta o ausente
- Sentimientos de culpa, tristeza, desesperación, incertidumbre e incredulidad en la madre de familia
- N se muestra renuente a visitar la casa de la familia materna. En la escuela, no hay alteración alguna.
- Conflictos en la relación de pareja
- Disfunciones sexuales en Gloria
- Límites difusos con la familia extensa
- Triangulación entre Manuel y Alberto (abuelo materno) o familia B. hacia Gloria
- Triangulación de Manuel y Gloria hacia Norma
- Conflicto de lealtades familiares
- Presión familiar por resolver el conflicto u olvidarlo.
- Distanciamiento familiar
- Conflicto ante la nueva identidad familiar y el sentirse ajeno a la familia en Gloria
- Pérdidas relacionales (entre pareja, con los padres y hermanos) e interpersonales (seguridad, confianza hacia sí mismo y hacia otros, salud sexual, transgresión corporal)
- Duelo no resuelto ante la pérdida de un bebé meses anteriores

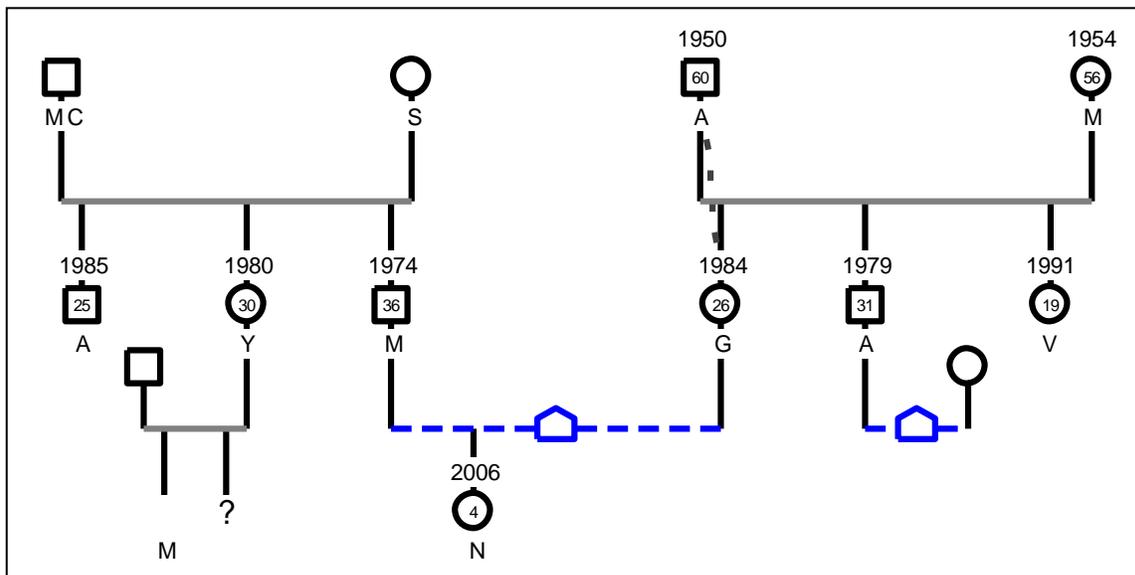
Hipótesis sistémica: Ante el abuso de N por parte de A (abuelo materno) se han develado desequilibramientos, pérdidas importantes a la seguridad, relación con los miembros de la familia y dificultad para negociar entre la pareja por sus conflictos de lealtades. Es por todo esto que surge la necesidad de reestructurar al sistema familiar, labor que recae en G y M. Sin embargo dicha reestructuración ha provocado estrés en la relación de pareja además de dejar ver las alianzas y

triangulaciones en juego y los límites difusos que han mantenido al exterior del sistema, específicamente con sus familias de origen. Es por ello que en esta etapa del ciclo vital, requieren negociar acuerdos sobre la polarización de la distancia con la familia de origen y la familia nuclear pues ahora se ha remarcado la división en el sentido de pertenencia e identidad.

Modelos terapéuticos empleados: En esta familia, los modelos rectores fueron el modelo Estructural y de Terapia breve centrada en soluciones. En alguna sesión se empleó la técnica de Coro Griego de Peggy Papp y se empleó lenguaje metafórico.

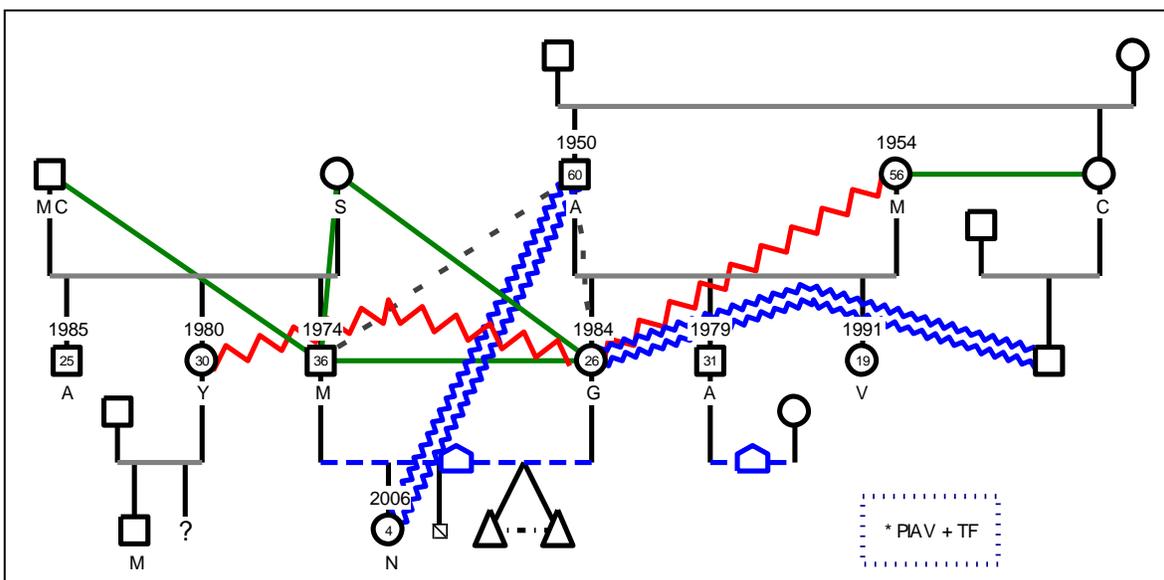
Familiogramas¹³¹:

Inicial



¹³¹ En este caso, las edades de los miembros de la familia mostrados en el familiograma muestran un año más del cual presentaban cuando fueron atendidos. Esto se debe al vaciado de datos dentro del programa Genopro, el cual actualiza estos automáticamente.

Final



Plan psicoterapéutico

Sesión	Objetivos e Intervenciones	Resumen
1	-Especificidades del motivo de consulta y las interacciones	Los padres narran nuevamente la primera ocasión en la que Norma fue tocada por Alberto (un año antes). En la segunda ocasión (3 meses antes) se obtiene que no se le realizó ningún estudio médico especializado tras el comentario de la niña, sin embargo en la escuela el médico la revisa y le señala a Gloria que existen rastros de tocamiento (en la revisión ninguno de los padres estuvo presente). Respecto al comportamiento y el desempeño en la escuela no ha habido cambios ¹³² .

¹³² El tocamiento comprende todo tipo de gestos "indescifrables" que van desde la caricia tierna hasta los tocamientos con connotaciones sexuales, enmascarados siempre por la coartada de una amable dedicación. En estas condiciones el niño que es abusado, no puede jamás clasificar las acciones de su abusador (Perrone y Bak, 2007).

	<p>-Obtener información sobre las soluciones intentadas</p> <p>-Cómo se ha convertido en un problema para cada uno de ellos, como familia nuclear y</p>	<p>En cuanto a las relaciones, Gloria y Manuel han comenzado a tener conflictos en la relación de pareja por no ponerse de acuerdo en sus funciones como padres. Norma no ha cambiado su relación con el abuelo tras el par de incidentes¹³³, sin embargo con los primos se muestra en ocasiones a la defensiva. Con los padres, la relación se mantiene igual, aunque en sesión puede notarse mayor cercanía con el padre. Respecto a Gloria con su familia de origen, la relación con el padre y hermana es buena, con la madre conflictiva y con el hermano distante. Manuel dice llevarse bien con su familia y la de su esposa pero ya no con el padre de ella.</p> <p>Las soluciones intentadas han sido observar la relación entre Norma y Antonio ante el primer episodio. Respecto al segundo, evitar que él siente a la niña en sus piernas, le meta la mano a la falda para tocar sus piernas, alejar a la niña de Alberto y hablar con la psicóloga del kínder quien les pide confronten a Antonio; sugerencia a la cual Gloria se negaba pero que finalmente decide hacer el día de la entrevista telefónica.</p> <p>Han dejado de frecuentar a la familia materna a petición de Manuel, situación que Gloria considera es extremista. Cuando llegan a ir, vigilan a Norma.</p>
--	---	---

¹³³ Cuando el niño no muestra su sufrimiento es que no ha podido vincular causalidades entre la falta, la norma y la ausencia de responsabilidad atribuible al vínculo parental. Lo que explica el hecho de no condenar al abusador y la débil adhesión al seguimiento terapéutico (op. cit).

	<p>con su familia de origen; además de por qué han acudido en este momento</p> <p>-Expectativas de la terapia e indicadores concretos de solución del problema</p>	<p>Respecto al por qué deciden acudir ahora, mencionan que es porque la abuela paterna se ha enterado y está ejerciendo presión para que tomen cartas al respecto.</p> <p>Gloria manifiesta querer saber lo que ocurre, entre ello si hubo o no abuso sexual o solo lo inventa su hija. Buscan que la relación de pareja vuelva a ser buena. En general mencionan que mientras no se toque el tema, la relación entre ellos es buena.</p>
2	<p>-Revisar los cambios desde la última sesión</p> <p>-Identificar qué necesitan saber para que ellos vean que el problema se resuelve</p> <p>-Ahondar en la relación de pareja y el cómo está afectando a N</p>	<p>Manuel menciona que sienten que es hasta ahora que pueden sentir que ya están haciendo algo al respecto. Se sienten apoyados, a gusto y tranquilos. Por otro lado, el abuelo ha mantenido distancia espontáneamente con Norma.</p> <p>Al preguntar por indicadores de que el problema se resuelve, mencionan no haber platicado de ello.</p> <p>En pareja actualmente un evento familiar los mantiene en desacuerdo, pues la decisión ha sido pasar esa fecha en casas separadas o como Gloria argumenta quedarse callada y estar juntos en casa de los padres de Manuel. Respecto al qué están dispuestos a hacer por la relación, Manuel menciona que todo, apoyar y estar con su esposa. Se obtiene que ninguno de los dos se siente escuchado por el otro pero si creen hacerlo ellos mismos. Se les comenta que existen pérdidas importantes en la seguridad, en la lejanía de la</p>

	<p>-Conocer qué han puesto en marcha para enseñar a N a cuidarse</p>	<p>familia, en la autoestima, de confianza, dejar de idealizar al padre, etc., desde que el abuso se dio. Se enfatiza que no es exclusivo de uno de ellos o sólo de los 3, sino que abarca a todos y cada uno de la familia extensa y ha ido mermando las relaciones entre ellos.</p> <p>Escenifican como enseñan a Norma a cuidarse. Se especifican preguntas como el quién la puede tocar y dónde. Esto es lo único que hacen además de nombrar a los genitales como “colita”.</p> <p>En equipo se decide emplear la técnica de Coro griego de Peggy Papp. Se les canaliza al PIAV.</p>
3	<p>-Revisar los cambios desde la última sesión</p> <p>-Revisión de tareas e identificar qué otros temas consideran vitales para el cuidado de N</p>	<p>Los cambios han sido en la relación de pareja pues ya se apoyan y han retomado las visitas con la familia materna. Manuel agrega que están embarazados de gemelos.</p> <p>En cuanto al coro griego, estuvieron separados durante la fiesta a causa de una gripa en Manuel, aunque la decisión había sido estar los 3 juntos y por ratos con las familias extensas. En cuanto a acciones preventivas y de cuidado hacia Norma mencionan: 1) ponerse de acuerdo entre ellos, 2) que ambos pudieran asistir con sus amigos de igual forma (reelaboran la tarea espontáneamente para incluir aspectos de la pareja) y 3) en cuanto a N, se pusieron de acuerdo en respetar las reglas que cada uno pone y en no descalificarse ni intervenir cuando alguien le llama la atención.</p>

	<p>-Revisión del video “El árbol de Chicoca”¹³⁴ e impresiones ante el mismo. Derivar ello en acciones de afrontamiento.</p> <p>-Saber cuál fue el resultado al que llegaron en la evaluación del PIAV¹³⁵ y su sentir ante este.</p>	<p>Se observa el video planeado para dicho día. Norma se muestra atenta aunque tras un tiempo, manifiesta no querer seguir viendo el video en el momento en el que los personajes hablan de haber sido tocados. Sobre sus impresiones, se ilumina la confianza de Norma hacia sus padres. Se retoma el tema de la prevención y cuidado y se amplía a otras áreas además de la sexualidad.</p> <p>Ya asistieron al PIAV, aunque el diagnóstico puede tardar varias sesiones. Esto los mantiene a la expectativa aunque tranquilos de que podrán conocer qué pasó.</p>
4	-Revisar los cambios desde la última sesión y tareas	En cuanto a la asistencia al PIAV, Gloria comenta aquellas situaciones que no le agradaron, desde la terapeuta hasta el consultorio. Gloria menciona que la relación con su hija es más estrecha, ya la escucha. Identifica que ahora que será madre de 3 hay cosas diferentes que esta haciendo sobre cómo cuidar a sus hijos. Respecto a las tareas, comentan no haberlas hecho. Se le da intensidad a lo necesario para el cuidado y autocuidado (comunicación, medidas de precaución, moderar la confianza hacia terceros).

¹³⁴ La película es un material pedagógico complementario para prevenir y orientar en el área de abuso sexual, dirigido a los adultos (padres o tutores) en compañía de niños o niñas, entre 5 y 12 años. Creado por María del Carmen Sánchez Ruiz.

¹³⁵ Programa Interdisciplinario para la Atención a la Violencia (PIAV). Dirigidas a personas víctimas de violencia sexual que han sufrido un ataque recientemente o que en algún momento de su vida hayan sido víctimas de ataques sexuales como son: agresiones físicas y verbales de contenido sexual, hostigamiento sexual, abuso sexual infantil, incesto, maltrato doméstico, tentativa de violación o violación. El programa brinda atención en las instalaciones de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la FES Iztacala desde 1987.

	<p>-Destinar la sesión al establecimiento de límites con la familia extensa, negociando la cercanía y distancia.</p> <p>-Saber cómo afrontó G el abuso sexual por parte de su primo y las reacciones de esto en la familia</p> <p>-Obtener información sobre conflictos en lealtades familiares y triangulaciones</p>	<p>Ahora, Gloria acepta que el abuso ocurrió y esto le ha ayudado a modificar las reglas y establecer límites con la familia extensa, aunque igualmente nota que no necesita alejar a su hija del resto de su familia. De igual manera se identifica que dichas acciones se extiendan hacia otros ambientes como el escolar, con conocidos, vecinos y amigos. Inicia mediante siembra de ideas, la diferenciación de la familia CD</p> <p>Al narrar la ocasión en la que fue abusada, se obtienen patrones importantes que se repetían como son: 1) el silencio ante el abuso, 2) sus padres tampoco le creyeron cuando ocurrió, 3) preservar las relaciones con la familia, 4) continuar visitando al abusador y a su familia, 5) intentar resolver la situación por sí mismas. Estos patrones son retomados para saber qué diferencias nota en lo que hizo su madre con ella y ahora ella con su hija.</p>
5	<p>-Revisar los cambios desde la última sesión y tareas</p>	<p>En esta ocasión, tras una plática con la psicóloga de la escuela, Gloria cree nuevamente que su hija pudo haber inventado el abuso. Agrega que es probable haya sido esto para que ella y su esposo hicieran algo como pareja. (Es importante hacer notar que en ese momento Norma se acerca a la terapeuta). Le reitero el modo de trabajo del PIAV y la importancia de escuchar y confiar en su hija. Reitera ya no estar interesada en una respuesta definitiva de si ocurrió o no, más bien lo que ahora</p>

	<p>-Continuar el proceso de diferenciación de la familia CD de sus respectivas familias de origen</p> <p>-Analizar, compartir y decidir sobre estrategias de cuidado. G y M logren establecer qué pueden permitir o no (reglas, límites, cercanía-distancia).</p>	<p>rescata es que por primera vez se están tomando acciones de prevención.</p> <p>Gloria comenta sobre la necesidad de advertir a un familiar sobre el abuso, aunque lo que la detiene es el que se sepa. Le menciono que piense de qué otra manera puede ayudar a otros a no pasar por la experiencia de un abuso.</p> <p>Ante la duda sobre la especificidad en las reglas y límites, solicito a los padres se sienten de frente y mediante la escenificación, establezcan éstas de manera detallada y de común acuerdo. Tras definir esto, salen a relucir problemas de pareja respecto a las costumbres de las familias de cada uno. A mitad del ejercicio les pido cambien de lugar y ahora hablen como el otro y como lo que creen el otro pensaba y sentía ante lo hablado. De modo espontaneo, Norma arrastra una silla y se coloca en medio de los dos; este hecho es iluminado y reencuadrado como la petición de N a ser mirada y a decirles que no están solo ellos dos, que aunque puedan tener problemas de pareja, siguen siendo padres y su hija les pide a los 2 que la vean y la cuiden.</p> <p>Finalmente cuatro miembros del equipo pasan y hablan desde la posición de expertos sobre la dificultad de colocarse en la posición del otro, sobre la certidumbre de si el abuso ocurrió o no y los lados fuertes de cada miembro de la familia y del</p>
--	---	---

		sistema familiar. Para cerrar, añaden un diagnóstico a corto plazo sobre la resolución del problema.
6	<p>-Revisar los cambios desde la última sesión</p> <p>-Indagar qué reflexionaron tras escuchar al equipo de expertos</p> <p>-Preguntas de escala</p> <p>-Preguntas a futuro</p>	<p>Esta sesión no asiste Gloria. Como cambios Manuel dice que siguen incrementándose las visitas a la familia materna.</p> <p>Las opiniones de los expertos que les llamaron la atención fueron 1) el que pueden llegar a acuerdos y 2) que lograrán superar el problema. Al pedirle ejemplos sobre dichos acuerdos y negociaciones están los referentes a la llegada de los gemelos y los cuidados postnatales. Han acordado que sea la madre de Guadalupe quien cuide de ella tras el parto.</p> <p>Respecto a la escala, llegaron en -3 y ahora están en 7 u 8. Esto lo han logrado con las retroalimentaciones, al reflexionar lo que tienen que hacer y al ver cada vez más contenta a su esposa e hija. La relación con la familia materna esta subiendo a 10. La relación de pareja va bien, ya están tranquilos, no ha vuelto a llevar trabajo a casa pues ahora ya se dedica a su familia. Un ideal sería 11. El que necesitan para subir a un 9 es tener el diagnóstico pero dejaron de ir al PIAV. Sobre lo que les compete a ellos para estar en 9 u 11, habla de mayor convivencia y seguir cuidando a N. Respecto a los cuidados, estaban en 0, pero han subido “un montón” y no solo en sexualidad o solo con el abuelo, sino que se extiende a más personas</p>

		<p>(distancia, cercanía, confianza), también en su higiene, el arreglo de su ropa, acomodar su cuarto (establecimiento de reglas), el cuidado del lenguaje y con quién.</p> <p>Se retoma el coro griego de sesiones anteriores, pero esta vez se les comenta que el equipo ya no está dividido pues ahora todos concuerdan en que saben negociar y van por buen camino para salir adelante. Se habla de la familia metafóricamente como un barco navegante.</p>
7	<p>-Revisar los cambios desde la última sesión</p> <p>-Preguntas de escala con G</p> <p>-Qué identificaron que ayuda a que el barco navegue y a que no se hunda¹³⁶</p>	<p>Manuel y Gloria han podido negociar en las últimas semanas sobre el tiempo con la familia de ambos, las festividades, la planeación de la llegada de las gemelas.</p> <p>En una escala del 0 al 10, llegaron como pareja muy mal (en 2) pensando incluso en la separación, con problemas de comunicación, tolerancia, discusiones frecuentes y ver quien puede más. Ahora, ellos se encuentran en un 9, no 10 pues no son perfectos. Lo que Gloria hizo para este avance fue 1) darse cuenta de que algo pasaba, analizarlo, darse cuenta que el abuso no era el único problema que tenían, 2) buscar ayuda terapéutica. Manuel ahora está tranquilo, ya no hay problemas, ya pueden darse cuenta cuando empiezan a discutir y lo arreglan. Ahora como padres, se han acercado más a Norma,</p>

¹³⁶ Se pueden emplear metáforas siempre que estas sean personalizadas y adecuadas. El éxito de la terapia según Del Pino y cols., depende de ser flexibles en la aplicación de la técnica, eligiendo la ocasión y el estilo apropiados, y siempre desde una posición de respeto y humanitarismo hacia todos los integrantes de la familia.

	<p>-Recomendaciones a otros que viven lo que la familia ha pasado.</p>	<p>le explican de la llegada de sus hermanas, la escuchan, le han puesto reglas sobre lo que puede o no hacer. Norma ha iniciado a expresarles que los ama, cosa que antes no hacía. Esto es reencuadrado como la manera que ella puede tener para agradecerles que ya la hayan escuchado, la cuiden y como respuesta ante la solución de diversos problemas.</p> <p>Pensar primero en tu familia, escuchar y tomar en cuenta lo que ellos expresen, saber que no pueden inventar el abuso, no seguir creyendo que “no te puede pasar”, tener cuidado y pedir ayuda. Lo que Gloria no recomendaría es no dejar que lo que represente alguien para ti (padre) influya en no creerle a tus hijos. Finalmente, Gloria agradece la confianza que como terapeuta se le brindó a la familia, la empatía y comprensión ante los momentos tan difíciles que pasaron.</p> <p><i>*En esta sesión, por primera vez Gloria no permitió que Norma se saliera de la sala para ir con los demás terapeutas a jugar, estableciendo límites y vigilancia hacia dónde se encuentra su hija.</i></p>
--	--	---

Resultado Terapéutico: Alta Terapéutica

Análisis y Discusión Teórica Metodológica

La historia moderna ha estado marcada por numerosos sucesos violentos y por demás trágicos: guerras mundiales, revoluciones, terrorismo, violaciones, torturas, entre otros. Su utilización ha sido justificada principalmente para la obtención de los fines que persigue, ya sean políticos, territoriales, nacionalistas, liberales,

sociales o étnicos; se trata de un fenómeno social omnipresente en la historia de la humanidad.

La violencia es una manifestación de poder y dominación con el fin de controlar a los otros (as) sean estos individuos, grupos o naciones. La manera más común de manifestar violencia es a través de la agresión, entendida como la conducta o acción que conlleva el dañar física o psicológicamente a otros.

En específico, la violencia sexual es una de las manifestaciones de la violencia social que puede afectar a cualquier persona sin importar edad, sexo, estado civil o posición económica. Ésta es ejercida principalmente hacia las mujeres, niñas y niños e incluye múltiples formas como: el hostigamiento sexual escolar y laboral, el maltrato doméstico, el abuso sexual de menores, el incesto, las agresiones físicas y verbales de contenido sexual en la calle y/o transporte público, y por último, la violación como su expresión más extrema (Perrone, R y BakF, 1997)¹³⁷.

Fue durante el tercer semestre que conocimos a la familia CD, quienes acuden tras la duda de si su hija de 3 años fue abusada por parte del abuelo materno. Esta situación traía consigo diversas problemáticas a las cuáles se abordó dentro del espacio terapéutico. Fue necesario brindar escucha a cada uno de los miembros de esta familia; en especial a la menor de quien su sentir había sido nulificada por parte de la madre.

Un aspecto central, fue darnos cuenta que requeríamos prestar atención a aquellas pérdidas por las cuáles la familia atravesaba. No era suficiente un diagnóstico ni canalizarlos al PIAV. En especial, Gloria requería que se le escuchara sin juzgar y fuésemos empáticos con ella y la situación por la que atravesaba. Las pérdidas por las cuáles atravesaba la familia eran:

- *Pérdidas relacionales*: la relación con la familia de origen se vio afectada tras el abuso, dejando de realizar visitas a sus padres y hermanos, además del cambio en la relación, pasando de una relación buena a distante y

¹³⁷ En Perspectivas Sistémicas. No. 46

conflictiva. Específicamente con el padre, la imagen de “ídolo” que tenía de él, se quebranta manteniendo la indecisión de cómo significarlo ahora (el abuelo que abusa o luchar por darle el “beneficio de la duda”¹³⁸).

Relación conflictiva con su esposo llevándolos a poner en riesgo la estabilidad del matrimonio. Surgimiento de dudas respecto al continuar casados o separarse.

Desconfianza y distanciamiento entre madre e hija ante la duda de si Norma inventaba el abuso con tal de llamar la atención.

- *Pérdidas interpersonales*: surgen la pérdida de la seguridad de la familia, la confianza hacia familiares y externos, de la salud sexual (en el subsistema conyugal), duda sobre las capacidades de cuidado, de ser “buena madre – buen padre”.
- *Pérdidas materiales*: en este caso, una de las consecuencias tras el descubrimiento del abuso y cuestionar al abuelo sobre la ocurrencia de éste, fue el retirar el acceso al automóvil del abuelo el cual era prestado diariamente para llevar a Norma a la escuela.
- *Pérdida ambigua*: Ante la falta de un diagnóstico que indicara si el abuso había ocurrido o no, la madre de familia dudaba constantemente sobre la ejecución de diversas medidas restrictivas entre abuelo-nieta y de ésta hacia el resto de los hombres de la familia; así como el cuestionamiento sobre la idoneidad de implementar medidas de cuidado.

Abordaje terapéutico de las pérdidas en la Familia C.D.

En este caso, si bien la familia no asiste para abordar terapéuticamente el manejo de pérdidas, estas tornaron evidentes conforme las sesiones avanzaban. Como pudo notarse, dentro de la terapia misma, se identificaron pérdidas que interferían

¹³⁸ El “beneficio de la duda” aunado a la imagen de “ídolo”, se convirtieron en el argumento principal para dudar de la existencia del abuso.

en la solución del problema o incluso contribuían a que éste se fortaleciera. Aquellas que fueron abordadas son:

1. *La pérdida ambigua*: continuamente se abordó la incertidumbre ante la ocurrencia del abuso; se le permitió a los padres de Norma expresar su sentir ante la falta de diagnóstico. Tras haber canalizado a la familia al PIAV y ante la deserción del mismo, los miembros del equipo terapéutico decidimos enfocarnos en los recursos de la familia y emplear los mismos como método de prevención de futuras ocasiones. De igual manera, empleamos dichas fortalezas para establecer límites con miembros ajenos al núcleo familiar (pertenencia y exclusión) y estrechar lazos entre la familia C.D. Al final de la terapia, el diagnóstico dejó de ser necesario; la familia reconoce que dicho abuso existió y asume la responsabilidad de “cuidar”¹³⁹ de sus hijas. A la par de esto, la relación madre-hija cambia pasando de la desconfianza hacia la protección, cuidado y escucha. Norma dejó de ser para su madre la hija que “podría mentir”.
2. *Pérdidas relacionales*: Aunado a la relación madre-hija, la pérdida de relación con la familia materna (cercanía emocional y física, convivencia y celebración), fueron abordadas y se permitió a la familia expresar su sentir sobre éstas. Los nexos familiares y la convivencia fueron reestablecidas tras discernir qué miembros habían participado en el abuso (únicamente el abuelo materno) y contrastarlo con aquellos de quienes habían decidido alejarse (familia materna completa). En especial, esto fue necesario realizarlo con Manuel quien se mostraba más renuente de compartir con la familia C. En una ocasión festiva, se empleó el “*Coro Griego*”¹⁴⁰ obteniendo que la familia había decidido compartir nuevamente las festividades. Este hecho fue iluminado, pues representaba el primer acuerdo entre la pareja además de romper la pauta adoptada (familia dividida).

¹³⁹ Los padres obtuvieron una visión más amplia de lo que les significaba “cuidar” a sus hijas, estableciendo métodos preventivos en diversas áreas como son: sexualidad, accidentes, relaciones con terceros, higiene, etc.

¹⁴⁰ Puede emplearse para 1) elogiar o apoyar ciertos aspectos familiares, 2) presentar opiniones divididas del equipo o 3) para provocar en la familia confusión o sorpresa.

Al resaltar la importancia de establecer límites, reglas, roles, marcar la importancia de negociación, se intervino en la relación parental. Apoyados en la “*escenificación*” pudo darse el giro y abordar conflictos de pareja. Tras ir dirigiendo la discusión, tanto Gloria como Manuel pudieron hablar libremente y permitirse escuchar y ponerse en el lugar del otro.

3. *Pérdidas interpersonales*: si bien no se planearon intervenciones directas hacia la pérdida de la seguridad, la confianza o las ideas de “buena madre-buen padre”, indirectamente y como efecto de “bola de nieve” se dieron cambios en estos aspectos al irse solucionando otros.
4. *Pérdidas materiales y los conflictos en la salud sexual* de la pareja no fueron abordados. El primero de ellos, por no representar un problema para la familia y el segundo pues consideramos en el equipo que dicho aspecto requeriría ser abordado bajo un nuevo contrato terapéutico.

El modelo terapéutico predominante fue la Terapia Breve Centrada en Soluciones. De éste se emplearon:

- Convencimiento de que la familia posee recursos que pueden ser puestos en marcha para solucionar el problema.
- Revisión de los cambios positivos entre sesiones.
- Cuestionamiento sobre las soluciones intentadas por la familia para resolver el problema. Al darnos cuenta de que los patrones de conducta de Gloria eran similares a los usados por la madre de ésta ante el abuso ejercido por un primo, se expuso ante la familia. Se reforzaron las conductas y pensamientos que se dirigían hacia romper dichas pautas intergeneracionales.
- Empleo de preguntas hacia el futuro del cuidado de los hijos, acuerdos y desacuerdos como padres y problemas en la pareja.
- Pregunta del milagro

Como parte de los cambios estructurales que fueron necesarios se encontró:

- Establecer límites claros entre la familia nuclear y la familia extensa.
- Otorgar identidad a la familia CD y sentido de permanencia como miembros de esta familia. La llegada de las gemelas fue utilizado para este propósito.
- Redefinición de roles del subsistema parental. Acuerdo entre Manuel y Gloria sobre las prácticas de cuidado hacia Norma y las gemelas a nivel emocional (brindar espacio para expresarse, reconocimiento de emociones), cognitivo (expresión de ideas), corporal (higiene y sexualidad), escolar e interaccional (miembros de la familia y externos).
- Modificar el tipo de relación entre los miembros de la familia. La pareja cambio de una relación conflictiva → buena relación. Entre Gloria y Norma, el distanciamiento torno en una relación cercana en la cual puedan escucharse.
- De modo espontáneo, Gloria decide compartir lo aprendido con la comunidad. Aprovechando sus estudios, decide crear folletos para orientar a otras madres de familia las medidas de cuidado hacia sus hijos.

Conclusiones

Aspectos como la muerte o la pérdida representan conceptos escasamente abordados terapéuticamente. Es posible que como investigadores, igualmente empatemos con la creencia popular de que son temas de los que no se habla o solamente se asumen. Afortunadamente, es a partir de la década de los 90 que se ha volteado la mirada hacia las familias que atraviesan un proceso de duelo.

Dentro de las familias atendidas en la residencia, se atendieron casos relacionados con la muerte o diversas pérdidas¹⁴¹. El presente capítulo los retoma permitiendo mostrar la realidad de 2 familias atravesadas por el dolor y pesar de un duelo anticipado o vivir diversos tipos de pérdidas tras un abuso. Por un lado, nos encontramos ante la pérdida definida (muerte) y a la vez ambigua (duelo anticipado) y por el otro ante la expresión del duelo bajo pérdidas humanas no físicas.

¹⁴¹ Véanse los casos descritos en el capítulo 1.

Se trabajó con 2 familias unidas por la ambigüedad, la indefinición, el dolor, pesar, fortaleza, la esperanza y comprometidas a salir adelante, y recuperarse tras lamer las heridas.

Ubicándonos en el sistema familiar, pudo verse que toda pérdida genera cambios en la estructura y organización familiar. Quedaron expuestas las modificaciones en las relaciones entre los miembros y las intervenciones sistémicas dirigidas al establecimiento de nuevas pautas de interacción que les permitieron continuar con sus funciones.

CAPÍTULO 5

Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

*Porque nadie puede saber por ti.
Nadie puede crecer por ti.
Nadie puede buscar por ti.
Nadie puede hacer por ti
lo que tu mismo debes hacer.
La existencia no admite representantes.
Jorge Bucay*

5.1 Investigación: “Comparación y evaluación de la percepción de los estilos de crianza entre madres adolescentes y adultas”.

La adolescencia es una etapa del ciclo vital que trae consigo transiciones importantes tanto en los jóvenes, como en la organización de su familia. Además de los cambios corporales, existen otras transformaciones como la reestructuración de reglas y límites dentro de su sistema familiar, hay mayor igualdad en las relaciones con los padres, se define la personalidad e interés del adolescente, entre otras. Dichos cambios representan en sí mismos una crisis para la mayoría de las familias, misma que se agudiza cuando se acompaña de un embarazo adolescente.

Existen antecedentes que destacan algunas de las características del entorno familiar de las adolescentes embarazadas describiendo distintos patrones, entre los cuales se encuentra una alta frecuencia de que la madre de familia se haya embarazado durante la adolescencia y/o haya sido madre soltera, escasa libertad de expresión y comunicación entre padre e hijos (Rionda 2007), la presencia de una estructura familiar amalgamada, con límites difusos, conflictos maritales importantes entre sus padres, niveles jerárquicos confusos, un estilo de crianza permisivo e inconsistente (Winkler, Pérez y López, 2005).

Por otra parte, el embarazo durante la etapa de la adolescencia se ha vuelto un tema central debido a su incidencia, el INEGI en el 2007 reporta que el 17.8% de todos los nacimientos en México ocurren en menores de 20 años representando

así uno de cada seis nacimientos. Actualmente, esta situación ha sido contemplada como un problema de salud, el cual se ve asociado a las dificultades a nivel fisiológico que se presentan en las adolescentes embarazadas, mismas que impiden que el embarazo llegue a buen término y que el estado de salud del recién nacido sea el óptimo (Leey Mead, en Rionda, Foucher y Villfañe, 2007).

Pero también se percibe como un problema social, por ejemplo el embarazo de las adolescentes se ha relacionado con diferentes hechos negativos que impactan tanto a la joven y a su hijo como a la familia de la cual proviene. Entre estos hechos se encuentran la deserción escolar por parte de la adolescente y la ruptura con el grupo de iguales limitando sus posibilidades de desarrollo social, educativo y económico. Además hay reportes de que los miembros de la familia, en un principio, perciben al embarazo con sorpresa y luego con frustración, que de persistir, en muchos casos, posteriormente se presenten actitudes y estados de ánimo no propicios para el adecuado desarrollo del embarazo y de los primeros días del recién nacido (León, 2002).

Un embarazo en la adolescencia produce cambios profundos en la estructura de la familia de la joven madre, como puede ser la salida de casa, inducida o no. En México se reporta que el 43.3% de las adolescentes que salen del hogar paterno es debido a que presentan un embarazo (Granados, Larios y Vengoechea, 1997). También se da con mucha frecuencia la co-residencia en casa de alguno de los abuelos, ya sea solo la chica con sus hijos o en ocasiones también con la pareja, viéndose trastocadas las jerarquías, creando conflictos relacionales entre las madres con sus hijos o con su pareja. Por lo tanto, el embarazo en esta etapa influye no sólo en el tamaño de las familias, en los arreglos familiares y la transmisión de la preferencia de la maternidad entre generaciones (León 2002), sino también en el desarrollo de la actividad materna y del tipo de relación que se establecen entre la madre adolescente y su pequeño hijo.

De acuerdo con Graham (2005) los tipos de relación entre madre e hijo se ven mediados por la cantidad de placer y gozo que la madre deriva de su experiencia con el niño, que a su vez se relaciona con los factores de estrés en la crianza de

los hijos, y esto hace que existan niveles diferenciales de actuación (Vera-Noriega, Grubits y Rodríguez, 2007). Siendo la maternidad adolescente una situación especial que genera mucho estrés, no sólo en la madre sino también en toda la familia; de ahí que se hayan realizado estudios que dan cuenta de la maternidad adolescente a diferencia de la maternidad adulta.

Watson (en López, 2000), propone que las relaciones entre madre e hijo, requieren ser evaluadas desde tres perspectivas a) prácticas específicas de la madre; b) actitudes generales; y c) patrones de conducta. Al respecto se han encontrado diferencias entre grupos de madres adolescentes y madres adultas, entre las cuales se pueden mencionar las siguientes: las madres adolescentes tienen una alta probabilidad de tener prácticas de cuidado riesgosas debido a que poseen poca o distorsionada información sobre el cuidado del infante, muestran menos interacción maternal, menor interacción verbal, de afecto, estimulación y responsabilidad con sus hijos, además de presentar actividades más punitivas o no responsivas con ellos (Galicia, 2006). Teniendo como consecuencia que los niños de estas madres estén en riesgo de presentar retrasos cognoscitivos y bajo rendimiento escolar (Leslie, 1996 y Aiello y Lancaster, 2007).

Sin embargo, existen estudios donde se han encontrado que dentro del grupo de madres adolescentes existen diferentes estilos de crianza hacia con sus hijos, por ejemplo Ortiz, Borré, Carrillo y Gutiérrez (2006), observaron que había madres adolescentes que se mostraron poco tolerantes, empáticas y comprensivas con las necesidades de sus hijos, pero también observaron que otro grupo de madres adolescentes presentaron estilos caracterizados por una alta sensibilidad respondiendo oportunamente a las necesidades de sus hijos.

Siguiendo esta misma línea, Rilley y Easterbrooks (2007), en una investigación que tuvo como objetivo identificar los patrones de juego de madres adolescentes con sus hijos; encontraron tres patrones distintos de comportamiento materno: 1) “sensible comprometido”; 2) “incongruencia de la directiva”, e 3) “intrusivo prohibitivo”. Dentro del primer patrón se observaron comportamientos más favorables durante la interacción, presentando mayor habilidad para interpretar de

manera correcta las señales de sus hijos; mientras que las madres que presentaron el patrón de “incongruencia de la directiva”, eran más propensas a presentar abruptos cambios en su comportamiento; por su parte los comportamientos relacionados al patrón “intrusivo prohibitivo” tendían a que las madres interrumpieran lo que sus hijos estaban haciendo. Además las madres de estos dos últimos grupos parecen favorecer su propio enfoque y no los intereses del niño.

Lo obtenido en estas investigaciones llevan a suponer que la edad no es el factor determinante con respecto al estilo de crianza que presentan las madres, sino que existe una compleja interacción de situaciones que intervienen en el comportamiento del ser humano, como pueden ser aspectos económicos, sociales, historia de las madres, su escolaridad, entre muchos otros, por ejemplo, una investigación que da cuenta de esto es la realizada por López en el 2007, quien al comparar los estilos de crianza de madres remuneradas versus madres no remuneradas, además de otras variables como la edad de las madres, la escolaridad y el estado civil, identificó cuatro estilos de crianza: democrático, autoritario, permisivo e indiferente. Encontrándose diferencias significativas entre las madres no remuneradas y las remuneradas, en cuanto a que las primeras aplican de manera más frecuente un estilo permisivo que las remuneradas, tendiendo a hacer demasiado condescendientes y esperando que sus hijos participen en la toma de decisiones, e incluso muchas veces no participan en las actividades de los niños, como las escolares o recreativas. Pese a lo anterior, el estilo predominante en las madres evaluadas de este estudio fue el democrático pues ejercían el control por medio de proporcionar a los hijos información acerca de sus sentimientos y acerca de la realidad de las cosas, son consistente, exigentes y respetuosos (Baumrind, 1971, en López, 2007).

De acuerdo con todos los datos anteriores, se puede suponer que los estilos de crianza son multifactoriales y que no sólo dependen de una situación, inclusive existen investigaciones que indican que las consecuencias de los estilos de crianza y sus características varían según el contexto social de las familias. Por

ejemplo Gaxiola (2006), menciona que los estilos de crianza, las prácticas y valores permean las relaciones existentes entre los padres y los hijos, demostrando que la cultura sobre la que se rigen contribuye de forma importante. Además, señala que las prácticas educativas de los padres pueden estar determinadas por una serie de factores que se dividen en tres grupos: el primero relacionado con el niño: edad, sexo, orden de nacimiento y características de la personalidad. El segundo se refiere a las características de los padres, por ejemplo la experiencia previa, nivel educativo, ideas acerca del proceso evolutivo y de la educación. Mientras que el tercero hace mención de la situación que se lleva a cabo en la interacción: características de la vivienda y contexto socio-histórico (Palacios, 1988 en Gaxiola, 2006).

En este trabajo se consideró la propuesta de estos autores y se exploró la incidencia de los factores del segundo grupo como elementos que influyen en la crianza de los hijos. De tal suerte que se considera que la manera en la cual una madre educa a sus hijos depende de su edad, pero también de la estructura familiar de la cual proviene y la manera en que la educaron o la criaron. Aquí cabe mencionar la definición de estilos de crianza que se utilizó en esta investigación entendiéndose como aquellas actividades, actitudes, creencias, costumbres y percepciones que se realizan con relación al cuidado del niño, en la vida cotidiana para responder a sus necesidades dentro de los límites de su contexto (López R., 2000).

De esta forma, la presente investigación busca analizar las diferencias en los estilos de crianza entre madres adolescentes y madres adultas considerando aspectos tanto individuales como familiares, mediante cuatro ejes de discusión, descritos en los objetivos particulares:

1. Explorar si existen diferencias entre madres adolescentes y adultas en cuanto a las capacidades y funciones relacionadas al cuidado.
2. Identificar diferencias en cuanto a la percepción del funcionamiento familiar, de madres adolescentes y adultas.

3. Explorar si existen diferencias entre madres adolescentes y adultas en la percepción estilos de crianza adoptados.
4. Indagar si existen relaciones entre la percepción de los estilos de crianza, las capacidades relacionadas al cuidado y la percepción del funcionamiento familiar, tanto en madres adolescentes y adultas.

MÉTODO

Participantes: 25 mujeres, madres de familia, divididas en dos grupos. Siendo el criterio de selección la edad en que tuvieron a su primer hijo. El grupo 1 estuvo constituido por 16 mujeres que tuvieron a su hijo durante su adolescencia (con un rango de 14 a 19 años). El grupo 2 lo conformaron 16 madres que tuvieron a su hijo siendo adultas (con una rango de 21 a 31 años). Al momento de las evaluaciones para el presente estudio, las madres que formaron el grupo 1 tenían en promedio 25 años de edad (con un rango de 17a 52 años), mientras que las madres del grupo 2 tenían en promedio 37.1 años de edad (con un rango de 26 a 60 años). Por otro lado, la edad promedio del embarazo en el grupo 1 fue de 17.12 años, mientras que en el grupo 2, la edad promedio fue de 24.37 años.

De lo anterior se destaca que se hizo un muestreo no probabilístico de selección intencional (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Instrumentos

A las madres de los dos grupos se aplicaron los tres siguientes instrumentos:

1. *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA¹⁴²).*

Mide las características que resultan relevantes para el establecimiento competente y funcional de relaciones de cuidado. Contiene 189 elementos destinados a medir las variables afectivas, cognitivas y sociales que están

¹⁴² Bermejo F, Estevez I, García M, García-Rubio, E, Lapastora M , Letamendía, P, Cruz, J, Polo, Sueiro M y Velázquez, F (2008) Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA). Barcelona: Tea Ediciones.

relacionadas con la capacidad de establecer relaciones funcionales para el cuidado de otras personas. Está integrada por los factores que se presentan en la tabla 5.1.

ESCALAS DEL CUIDA	
Escala	Definición
Altruismo.	Disposición en virtud de la cual las personas actúan a favor de sus semejantes de forma desinteresada. Tendencia a ayudar a los demás y preocuparse por el bienestar de los otros.
Apertura	Mide la conducta de las personas frente a las experiencias nuevas o extrañas e incluye elementos de imaginación activa, al gusto por la variedad, la atención a los sentimientos interiores y la curiosidad intelectual.
Asertividad	Capacidad de expresar de forma adecuada emociones tanto positivas como negativas, hacer y recibir críticas, dar y recibir cumplidos, aceptar y rechazar peticiones y mostrar desacuerdos.
Autoestima	Sentimientos favorables o desfavorables que las personas tienen hacia sí mismas como resultado de la valoración que hacen de su propio autoconcepto.
Capacidad de resolver problemas.	Habilidad para identificar un problema, estudiar las distintas alternativas, actuar de acuerdo a un plan, ser reflexivo y creativo y estar dispuesto a resolver los conflictos.
Empatía	Capacidad de reconocer y comprender los sentimientos y actitudes de los otros, así como las circunstancias que les afectan. Esta capacidad está relacionada con la madurez personal, la apertura a los puntos de vista de los otros, la confianza y la paciencia con las otras personas.
Equilibrio emocional	Capacidad de controlar los estados de tensión asociados a las experiencias emotivas y mantener el control sobre el propio comportamiento en situaciones de conflicto.
Independencia	Capacidad de prescindir de la ayuda o la protección de otras personas para realizar las actividades habituales.
Flexibilidad	Capacidad de percibir y aceptar los distintos matices que pueden presentar cada situación, y de asumir y adaptarse a aquellas circunstancias propias de cada situación.
Reflexividad	Tendencia a hablar y actuar de forma meditada.
Sociabilidad	Esta faceta de la personalidad está relacionada con la orientación hacia las personas, la facilidad con que se establecen relaciones con los otros, preferencias por la compañía, el gusto por las actividades sociales.
Tolerancia a la frustración	Capacidad de aceptar y asimilar una situación en la que una expectativa, un proyecto o una ilusión no se cumplen.
Capacidad de establecer	Capacidad humana universal de formar vínculos afectivos y constituye un requisito para el desarrollo evolutivo adecuado.

vínculos afectivos	
Capacidad de resolución del duelo.	Se refiere al proceso natural que se produce en las personas que sufren y se enfrentan a una pérdida.

Tabla 5.1: Factores que integran el instrumento CUIDA

2. Escala de estilos de crianza.

Este instrumento mide la percepción que tiene la madre sobre el método que utiliza para que su hijo haga lo que ella requiere (Ortega, 1994, citado en López 2000). La escala consta de 109 reactivos con tres opciones de respuesta tipo likert Casi siempre, A veces, y Casi nunca. Se divide en 11 dimensiones, las cuales se definen en la siguiente tabla.

ESCALAS DE ESTILOS DE CRIANZA	
Escala	Definición
Control firme	Se refiere a las normas de disciplina y establecimiento de límites que permiten reglamentar la conducta de los niños.
Falta de límites	Se presenta la ausencia o inconsistencia en la aplicación de normas de disciplina en el comportamiento del niño.
Aceptación	Es el apoyo emocional, verbal y de hecho que se puede expresar por medio de cariños, juegos y paciencia por parte de los padres en las actividades que realiza el niño.
Rechazo	Se refiere a la ausencia de demostraciones afectivas y falta de atención, por falta de los padres, éstos encuentran también defectos en el niño.
Preferencia hacia el sujeto	Se presentan demostraciones afectivas y materiales en grado mayor sólo hacia uno de los hijos.
Preferencia hacia el hermano	Se refiere a la ausencia de un tratamiento igualitario entre hermanos, se presenta preferencia hacia un(os) hermano(os).
Sobreprotección	Se refiere al cuidado excesivo hacia el niño y complacencia de todos los deseos y demandas del niño.
Fomentar Autonomía	Se refiere a fomentar conductas por parte del niño de autocuidado y permitirle libertad de elección cuando sea posible.
Ejecución orientada	Presentación al niño de situaciones de aprendizaje, también se refiere a la orientación y ayuda en las tareas del niño.
Evaluación positiva	Reforzamiento de conductas adecuadas que presenta el niño.

Castigo	Se refiere a las ocasiones donde se eliminan diversiones y juguetes, o se proporcionan golpes. También pueden existir agresiones verbales.
---------	--

Tabla 5.2 Dimensiones de la Escala de estilos de Crianza.

3. *Cuestionario de Evaluación del Funcionamiento Familiar (EEF).*

Es un instrumento que se basa en el modelo de McMaster (Atri y Zetune, R. 2006), el cual proporciona una descripción de lo que es una familia funcional *normal*) por medio de la evaluación de 6 dimensiones y consta de cuarenta reactivos:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR	
Escala	Definición
Involucramiento afectivo funcional	Percepción del grado en que la familia muestra interés y valora a cada miembro de la familia, y denota la habilidad para responder con una amplia gama de emociones, así como la capacidad de proporcionar cuidados, afecto y bienestar.
Involucramiento afectivo disfuncional	Tiene que ver con aspectos negativos del funcionamiento familiar. Implica una sobrecarga en algún miembro de la familia que lo convierte en un receptor de los aspectos negativos.
Patrones de comunicación disfuncionales	Aspectos negativos de la comunicación, tanto en el nivel verbal, como en el no verbal. Dificultad en el intercambio de información en el área afectiva.
Patrones de comunicación funcionales	Aspectos positivos de la comunicación. Intercambio de información verbal principalmente en el área instrumental.
Resolución de problemas	Percepción de la capacidad de la familia para ponerse de acuerdo y que tiene una buena organización.
Patrones de control de conducta	Se refiere a los patrones que adopta una familia para manejar el comportamiento; los patrones son razonables con posibilidad de negociación y cambio, dependiendo del contexto.

Tabla 5.3: Factores que mide el Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar.

PROCEDIMIENTO

Los instrumentos fueron aplicados tanto a estudiantes del Centro de Estudios Tecnológicos Industriales y de Servicios No. 4 (CETis) como a participantes por muestreo incidental. En ambas poblaciones se tuvieron dos sesiones de una hora cada una para la aplicación de los tres instrumentos (CUIDA, Estilos de Crianza y Funcionamiento familiar). El realizar la aplicación en dos sesiones se debió a la amplitud de los instrumentos y para evitar que el cansancio fuera un factor que influyera sobre las respuestas de los participantes. Durante la primera sesión se llevo a cabo la aplicación del CUIDA, y durante la siguiente se aplicaron los dos cuestionarios restantes. La forma de aplicación fue grupal en el caso de las estudiantes del CETis 4 y de forma individual con las otras participantes. Se leyeron las instrucciones del instrumento y se ponía un ejemplo de cómo responderlo, para que posteriormente cada participante lo fuera contestando de forma individual. Durante este tiempo los investigadores atendían las dudas que surgieron en los participantes relacionadas a los instrumentos.

Los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos fueron analizados por dos pruebas estadísticas:

1. *t de student*: con el objetivo de identificar diferencias significativas entre grupos.
2. *r de Pearson*: con el objetivo de identificar correlaciones entre las variables medidas por los instrumentos.

RESULTADOS

- **Datos demográficos.**

A continuación se describen las características demográficas de la muestra estudiada. En el grupo 1, (madres que tuvieron a su hijo en la adolescencia), presentaron una edad promedio de 17.12 años de edad cuando se embarazaron por primera vez. En lo que respecta a su estado civil, durante ese primer

embarazo 8 participantes eran solteras, 4 casadas, 3 vivían en unión libre y una más no contestó a dicha información. Actualmente el estado civil de las integrantes de este grupo presenta la misma distribución en casadas y solteras, no así en quienes viven en unión libre (2), y quienes se definen como divorciada (1) y separada (1). La escolaridad reportada de las participantes fue en 4 con nivel básico, 9 con nivel medio superior y 3 con nivel superior. En cuanto a la ocupación que desempeñaban en el momento del estudio, se reportó que 4 de 16 se laboraban, 4 eran amas de casa y las 8 restantes eran estudiantes.

Por otro lado en el grupo 2 (madres que tuvieron a su primer hijo en edad adulta) conformado por 16 participantes, presentaron una edad promedio de 24.4 años en el momento de su primer embarazo. En cuanto a su estado civil durante este momento se observa que 10 de las participantes ya eran casadas, 5 se encontraban solteras y una en unión libre. En el momento de la realización del estudio el 6 de las participantes reportaron ser casadas, mientras que 5 eran solteras, 2 vivían en unión libre, una estaba divorciada y dos más en proceso de separación. La distribución de porcentajes relacionados a la escolaridad de las participantes de este grupo fue la siguiente: 7 tenían un nivel superior, 7 más nivel medio superior y 2 reportaron tener un nivel básico. Con lo que respecta a la ocupación que realizaban las participantes, se observó que en 12 de los casos se encontraban empleadas en algún trabajo, mientras que las 4 restantes se dedicaban al hogar.

- **Análisis estadístico.**

A través del SPSS, se aplicó la t de Student y la prueba r de Pearson. En el caso de la t de Student se identificaron diferencias significativas de los grupos entre las puntuaciones obtenidas en cada uno de los instrumentos. En la tabla 5.4, se presentan los resultados obtenidos de la aplicación de esta prueba estadística a los datos arrojados en cada grupo por el instrumento CUIDA.

Escala	Media madres adolescentes	Media madres adultas	Diferencia entre medias	Significancia	T
Altruismo	32.06	30.43	1.62	.929	1.007
Apego	29.81	30.56	-.75	.120	-.523
Apertura	31.5	30.5	1.00	.356	.585
Asertividad	28.5	30.25	-1.75	.669	-1.382
Autoestima	37.75	35.25	2.5	.045*	1.698
Resolución de problemas	35.93	36.5	-.56	.664	-.331
Deseabilidad	28.62	25.93	2.68	.563	1.774
Duelo	30.56	35.81	-5.25	.407	-2.336
Empatía	34.93	35.43	-.5	.257	-.287
Equilibrio emocional	34.62	37.81	-3.18	.047*	-1.549
Flexibilidad	35.81	29.87	5.93	.052*	1.915
Independencia	27.75	26.18	1.56	.791	.976
Reflexividad	35.93	33.87	2.06	.089	.826
Sociabilidad	38.12	36.43	1.68	.942	1.115
Tolerancia a la Frustración	31.31	31.31	0.00	.791	.000

Tabla5. 4. Presenta las medias y resultados de la t de Student en cada grupo y por escala del CUIDA¹⁴³.

En la tabla anterior se observa que solamente en tres escalas del CUIDA existieron diferencias significativas (en un nivel de 0.05, lo cual significa que 95% de que los grupos en realidad difieren significativamente entre sí y 5% de posibilidad de error) en las puntuaciones obtenidas por cada grupo. La primera de estas escalas es la correspondiente al “autoestima” siendo mayor en las adolescentes ($x=37.75$) que en las adultas ($x=35.25$). Esto significa que los sentimientos que las adolescentes tienen hacia sí mismas como resultado de la valoración que hacen de su propio autoconcepto tras la maternidad es más estable.

La segunda escala significativa fue la correspondiente a la “flexibilidad”, en donde se observó que el grupo de las madres adultas obtuvo una media de 29.87,

¹⁴³ La prueba *t de Student* reporta diferencias significativas en un nivel de 0.05. En las tablas, los valores seguidos por * señalan que en esa subescala esta diferencia se presenta.

mientras que en el grupo de las madres adolescentes se observó una media de 40.88. Lo anterior indica que las integrantes de este último grupo presentan mayores capacidades para percibir y aceptar los diferentes matices que puede presentar cada situación.

La tercer y última escala que presentó diferencias significativas fue “equilibrio emocional” donde en esta ocasión fueron las madres adultas quienes puntuaron más alto ($x= 37.81$) que las madres adolescentes ($x= 34.62$), lo cual significa que las primeras tienen mayor capacidad para controlar los estados de tensión y mantener el control sobre su comportamiento ante situaciones de conflicto.

En cuanto a las demás escalas que mide este instrumento, no se encontraron diferencias significativas, además se observa que la diferencia entre las medias obtenidas en cada grupo es muy pequeña en esas escalas (tabla 5.4).

En cuanto al análisis de los datos obtenidos por medio de la aplicación del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar, las medias de cada uno de los grupos fueron muy similares en 5 de los factores que mide este instrumento, sin encontrarse diferencias significativas. Únicamente en el factor “patrones de comunicación funcional” se presentó ésta, lo cual indica que las madres adultas ($X=11.75$, $s= 1.23$) presentan mejores aspectos positivos de la comunicación y mayor intercambio de información verbal en el área instrumental en comparación con las adolescentes ($x= 11.75$, $s=2.54$). Esto se puede observar en la tabla 5.5.

Escala	Media madres adolescentes	Media madres adultas	Diferencia entre medias	Significancia	T
Patrones de control de conducta	6.56	7.06	-.50	.000*	-.631
Involucramiento afectivo funcional	68.25	70.00	-1.75	.133	-.436
Involucramiento afectivo disfuncional	26.43	26.75	-.31	.684	-.095
Patrones de comunicación	11.37	10.81	.56	.786	.629

disfuncional					
Patrones de comunicación funcional	11.75	11.75	.00	.010*	.000
Resolución de problemas	12.43	11.18	1.25	.749	1.67

Tabla 5.5: Medias de cada grupo por subescala y t de Student del instrumento sobre funcionamiento familiar.

En la tabla 5.6, se exponen las medias de las puntuaciones de cada grupo obtenidas de la Escala de estilos de crianza, en donde se observa, al igual que en el análisis de los datos de los otros dos instrumentos, que en la mayoría de las dimensiones que evalúa esta escala, no existieron diferencias significativas (8 de 11). La media respecto a las normas de disciplina y establecimiento de límites que permiten reglamentar la conducta de los niños (Control firme) fue mayor en las adolescentes ($x=16.37$) que en las adultas ($x=15.06$).

Respecto a la dimensión “falta de límites” se obtuvieron los siguientes valores: media en las madres adolescentes de 19.43, mientras que en las madres adultas fue de 19.25. Lo que significa que en las madres del primer grupo es más posible que se presente la ausencia o inconsistencia en la aplicación de normas de disciplina en el comportamiento del niño.

Finalmente, las madres adultas (11.37) obtuvieron una media mayor en la “evaluación positiva” indicando que suelen reforzar más las conductas adecuadas que presenta el niño en comparación a las madres adolescentes($x=9.87$).

Escala	Media madres adolescentes	Media madres adultas	Diferencia entre medias	Significancia	t
Control firme	16.37	15.06	1.31	.019*	.839
Falta de límites	19.43	19.25	.187	.002*	.221
Aceptación	12.18	13.87	-1.68	.225	-1.12
Rechazo	33.68	32.43	1.25	.360	1.16
Fomento a la autonomía	15.18	14.75	.437	.729	.378
Preferencia hacia el	18.93	15.50	3.43	.368	3.21

sujeto					
Preferencia al hermano	20.18	20.75	-.56	.205	-.325
Sobreprotección	22.00	23.37	-1.37	.530	-.841
Ejecución orientada	12.93	14.25	-1.31	.265	-1.17
Evaluación positiva	9.87	11.37	-1.50	.039*	-1.33
Castigo	45.56	46.06	-.50	.424	-.345

Tabla 5.6. Presenta las medias y valores "t" de cada grupo obtenidas por cada dimensión de La Escala de estilos de crianza

Conclusiones

Se puede ver que no existen diferencias importantes entre madres adolescentes y adultas en cuanto a la capacidad y funciones relacionadas al cuidado de otras personas, así como sobre la percepción de los estilos de crianza hacia sus hijos. Ya que, de 31 variables estudiadas (Escala) solo en 7 se encontraron diferencias significativas. Esto concuerda al no existir igualmente diferencias significativas entre ambos grupos al ser correlacionados.

Lo anterior significa que la competencia al educar, mostrar afecto, las prácticas y valores que permean las relaciones existentes entre madres, padres e hijos, no dependen de manera causal de la edad en que la mujer se convierte en madre, sino que existen ciertos factores de estrés en la crianza de los hijos que hace que existan niveles diferenciales de actuación, en relación con el comportamiento del niño y las expectativas de la crianza como pueden ser 1) factores relacionados con el niño, 2) lo relacionado con las características de los padres y 3) la situación en la que se lleva a cabo la interacción.

5.2 Enseñanza y Difusión del conocimiento

5.2.1 Manuales

Como parte del programa de la Residencia en Terapia Familiar, se encuentra la revisión de los fundamentos teóricos y epistemológicos de diversos modelos, mismos que han sido expuestos en el capítulo 2. Como parte de las actividades en cada seminario, se formuló un manual de trabajo por cada modelo revisado. La finalidad de estos fue exponer brevemente los antecedentes teórico-

metodológicos del modelo de intervención, sus principales exponentes, fundamentos básicos, desarrollo del modelo y finalmente las técnicas o estrategias de estos junto con ejemplos prácticos.

5.2.2 Videos

Durante los primeros tres semestres, se realizaron 4 videos representativos de los modelos teóricos revisados. En cada uno de ellos, se presentó una reseña sobre el modelo teórico y se expusieron las técnicas del mismo. Para lograr este objetivo, se trabajó en equipo y se escenificaron problemáticas clínicas con familias simuladas que fuesen abordadas terapéuticamente bajo un modelo particular. En cada caso, se presentó brevemente el motivo de consulta y la técnica idónea para resolver la misma.

Los modelos representados en video fueron:

- Modelo Estructural
- Modelo Estratégico
- Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas
- Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones

5.2.3 Libros

Durante la materia Teorías y Modelos de Intervención III, se expusieron adelantos sobre el tema elegido para realizar el trabajo de tesis. Como resultado de las presentaciones, se decidió recopilar los ensayos sobre dichos temas analizando la relevancia del mismo, planteamiento de los conceptos principales, análisis de los mismos desde una óptica sistémica y/o posmoderna e incorporar un caso representativo que pudiese ser abordado.

Es así como se conformará un libro de 8 capítulos sobre temas de relevancia social y clínica dirigido a profesionales de la salud a nivel Licenciatura y Maestría cuyo objetivo es extender el conocimiento sobre los modelos sistémicos y ser un apoyo en el proceso de enseñanza- aprendizaje en Psicología.

Los temas generales que abordará el libro son:

- Fundamentos sobre la Terapia Familiar Sistémica
- Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
- Duelo y Pérdida
- Enfermedades Psicosomáticas
- Bullying
- Resiliencia
- Empleo de metáforas en terapia
- Consideraciones Éticas

A la fecha, el libro se encuentra en proceso esperando a la brevedad pueda ser publicado.

5.2.4 Asistencia a Foros Académicos

- **III Congreso Internacional Centro Universitario de Ixtlahuaca. La psicología en el Siglo XXI: Hacia la Multidisciplinariedad**

Sede y Fecha: Ixtlahuaca, Edo de México, del 22 al 24 de abril del 2009.

Durante el congreso, se asistieron a diferentes ponencias, donde pudo obtenerse una mirada sobre las principales razones por las que acude una familia a terapia en diversos lugares de Latinoamérica, resaltando particularidades políticas y sociales, mismas que hay que tener en cuenta al dar tratamiento.

Mención especial merece la asistencia al taller “**Descubrir los sentimientos o construir una trama: un enfoque narrativo de la terapia del duelo**”, impartido por el Dr. Ricardo Ramos Gutiérrez. De acuerdo con el doctor, la terapia narrativa consiste en el esfuerzo activo del Terapeuta de construir con los clientes una narración que tenga un “buen final” y un público que le de soporte y perdurabilidad.

En este Taller se presentaron los elementos de una Terapia Narrativa del Duelo producido por la muerte de un familiar. Se dio especial importancia a la expresión de sentimientos como uno de los elementos de la terapia de duelo, enfatizando particularmente en los sentimientos negativos hacia el fallecido o hacia algún otro de los supervivientes. Se habló sobre la importancia que tiene en la terapia el manejo de los tres tipos de relato, mismos que aborda Michael White, así como los diferentes tipos de temas para conversar.

A través de ejemplos de casos que fueron atendidos por una pérdida grave se ejemplificaron estrategias para reconstruir una historia.

- **III Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología.**

Sede y fecha: FES Zaragoza, 4 y 5 de agosto del 2009

En este congreso, como parte de la mesa de la Residencia en Terapia Familiar, se realizó la ponencia *“Comparación de la percepción del funcionamiento familiar de madres adolescentes y adultas”*. En dicho evento, se expusieron resultados parciales sobre la investigación realizada, centrándonos únicamente en 1 de 3 instrumentos aplicados. Las retroalimentaciones del mismo, condujeron a nuevos interrogantes sobre el fenómeno abordado.

- **III Congreso Latinoamericano de Psicología ULAPSI 2009**

Sede y fecha: Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco del 9 al 11 de septiembre.

Nuevamente, se expusieron resultados parciales del proyecto de Investigación. En este caso los datos presentados incluían los 3 instrumentos aplicados a 2 poblaciones. La ponencia fue: *“Comparación de la Percepción y evaluación de los estilos de crianza entre madres adolescentes y adultas”*.

- **XVII Congreso Mexicano de Psicología. La psicología del siglo XXI: ciencia al servicio de una sociedad en constante transformación.**

Sede y Fecha: Acapulco Guerrero, del 14 al 16 de octubre del 2009.

En esta ocasión, se presentó el cartel titulado: *“Contrastación en la percepción y evaluación de los estilos de crianza de madres adolescentes y adultas”*. En esta ocasión, a diferencia de los trabajos anteriores, se incorporaron las correlaciones entre los 3 instrumentos evaluados.

Dicho trabajo se encuentra en el número especial de Octubre del 2009 de la Revista Mexicana de Psicología.

5.3 Acciones comunitarias

5.3.1 Comunicación No Violenta: Taller Dirigido a Estudiantes de Psicología del Instituto Politécnico Nacional

El Dr. Marshall Rosenberg es el creador del modelo de comunicación que promueve la expresión de sentimientos, necesidades, aspiraciones e intereses de manera honesta, sin críticas, culpas ni temores. Es una herramienta de comunicación que puede servir para resolver conflictos entre dos o más partes, y cuya práctica igualmente mejora las relaciones consigo mismo, y ayuda a aclarar y definir los valores y principios que rigen la propia vida. Los beneficios que aporta a cada individuo este tipo de comunicación son los siguientes:

- Crear relaciones personales más satisfactorias, basadas en el entendimiento, el respeto, la compasión y la cooperación mutuos.
- Resolver conflictos pacíficamente
- Romper con efectos de experiencias pasadas y condicionamientos culturales.
- Saber decir "no" y aceptar el "no" del otro (asertividad).
- Resolver sentimientos de culpa, miedo, vergüenza y depresión.
- Desarrollar la capacidad de escucha y comprensión de sentimientos y necesidades de clientes, pacientes, empleados, familiares, etc.

- Terminar con patrones de pensamiento que llevan a peleas, ira, emisión de juicios y depresión.

El modelo maneja que existen 2 tipos de lenguaje con el cual solemos comunicarnos:

1. *Lenguaje jirafa*: se entiende así a la forma de referirse a uno mismo y a los demás con comprensión, aceptación y cariño.
2. *Lenguaje chacal*: a su vez, se emplea para referirnos a pensamientos o palabras acusadoras, culpabilizantes y castigadoras con las que nos referimos a nosotros mismos o a los demás.

Existen diferentes componentes dentro de la CNV, estos son:

1. *Observación*
2. *Expresión de sentimientos*
3. *Reconocer necesidades*
4. *Realizar peticiones*

Siguiendo los principios generales expuestos por Marshall, se elaboró el presente taller, mismo que tenía los siguientes fines.

Objetivo general

Habilitar a los participantes con herramientas apropiadas para establecer comunicación no violenta con el propósito de que sean utilizadas deliberadamente en sus relaciones interpersonales.

Objetivos particulares

1) Brindar a los participantes información general sobre comunicación no violenta abordando los principales aspectos de la misma:

- observación sin calificar

- reconocer sentimientos
- reconocimiento de necesidades
- hacer una petición

2) Implementar dinámicas vivenciales donde los participantes lleven a cabo la información adquirida durante el primer módulo del taller.

Población: El taller se impartió a dos grupos de estudiantes de Psicología de 4° y 6° semestre del Instituto Politécnico Nacional.

Estructura del taller: Se llevó a cabo en módulos desarrollados de acuerdo a las especificidades de cada grupo, por medio de dinámicas vivenciales que faciliten el involucramiento de los participantes de manera activa. Se retroalimentó en cada una de las actividades y se empleó material didáctico (títeres y orejas de jirafa y chacal). El taller se desarrolló en dos módulos de 3 horas cada uno (Véase tabla 5.7).

Tabla 5.7: Ficha técnica del taller		
PRIMER MÓDULO		
ACTIVIDAD	TIEMPO	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD
ENCUADRE	20'	Presentación de los miembros del equipo a los participantes del taller. Presentación de los objetivos del taller.
INTRODUCCIÓN AL TEMA	25'	Dinámica ¿Qué animal serías?
PRESENTACIÓN TEÓRICA	20	Con apoyo de diapositivas, explicación de los contenidos de la Comunicación No Violenta.
OBSERVAR SIN EVALUAR	15'	Actividad del cuadernillo sobre observación. Comentarios y dudas sobre la exposición del tema.
EXPRESAR UN SENTIMIENTO	60'	Rol playing para expresar sentimientos. Actividad en el cuadernillo.
CIERRE DEL MÓDULO	20'	Comentarios finales de los participantes.
SEGUNDO MÓDULO		

<i>REALIZAR PETICIONES</i>	80'	Presentación de Diálogos
<i>EJERCICIOS DE REAFIRMACIÓN</i>	80'	Realizar ejercicios del cuadernillo de trabajo
CIERRE	30'	Dinámica “Conserva lo aprendido”

Resultados y conclusiones

Tras la aplicación del taller, se puede llegar a la conclusión de que los alumnos de psicología de segundo y cuarto semestre del Instituto Politécnico Nacional, aprehendieron las bases del modelo de Comunicación no Violenta del Dr. Marshall Rosenberg.

Cabe resaltar que dentro de las opiniones y sugerencias, se marcan el agrado del taller y la ayuda a la vida diaria con alta frecuencia. Por otro lado, es importante el recabar que hubo a quienes les llegó a “ocasionar crisis” porque constantemente nos hemos comunicado de forma violenta por lo que ha sido difícil el adoptar un nuevo modo de comunicación. Esto concuerda con lo mencionado dentro del trabajo en grupo, donde los alumnos mencionaron que se nos ha enseñado a comunicarnos mediante adjetivos, críticas, castigos y culpas; razón por la cual, es difícil aprender un nuevo estilo comunicativo, mismo que nos acerque a los otros a través de la empatía y la compasión. Rescataron situaciones en las que la inhabilidad del manejo de situaciones problemáticas pudo ser menos dolorosa y más fácil de solucionarlas mediante la expresión clara, sencilla y directa, guiados por la descripción, el reconocimiento de sentimientos, necesidades y mediante peticiones hechas de nosotros hacia nosotros, que nos permiten aclararnos y nos conduzcan a conseguirlo.

Mediante las escenificaciones y los periodos de retroalimentación, quedó manifiesto que el emplear el lenguaje jirafa, nos permite relacionarnos de manera más satisfactoria, incluso permitiéndonos solucionar conflictos de forma pacífica y asertiva.

Es importante señalar que pese a ser manejado en un contexto escolar, el conocimiento trasciende por lo que el manejo puede ser llevado en relaciones entre padres e hijos, compañeros escolares o de trabajo, jefe–empleado, paciente–terapeuta, etc. Esto pudo encontrarse en la mayoría de las sugerencias empleadas, la utilidad hacia la vida diaria y en la formación profesional.

En cuanto a la evaluación a los ponentes, los alumnos mencionaron en su mayoría resultados muy satisfactorios respecto a los contenidos del taller, la duración y el material didáctico. Por otro lado, la satisfacción total fue lograda en su mayoría en las habilidades de los ponentes para abordar los temas, las dinámicas y actividades y la forma en la que los contenidos fueron abordados.

Se sugiere que en futuras ocasiones, la duración del taller pueda ampliarse y mostrar mayor número de dinámicas y ejemplos con el fin de que los conceptos puedan ser más comprensibles y la comunicación no violenta adoptada más fácilmente.

5.3.2 Apoyo a la Comunidad de la Colonia Nextitla de la Delegación Miguel Hidalgo

La presente actividad fue presentada por Laura Edith Pérez Laborde en la materia Teorías y Modelos de Intervención III. El proyecto que fue presentado mostraba nuestra incursión en el proyecto delegacional asistiendo por parejas a recorrer las colonias de dicha demarcación. El objetivo era establecer contacto con la población y conocer sus necesidades respecto a seguridad ciudadana, siendo intermediarios entre las autoridades y la población. El proyecto no fue completado de manera satisfactoria por razones desconocidas. Sin embargo, las actividades que se realizaron en el mismo fueron: 1) realizar recorridos en la colonia acompañadas de Mirta Mejía y 2) publicitar una junta vecinal repartiendo volantes en cada casa y realizando letreros. En dicha junta, se les informarían los resultados de la Consulta de Seguridad Pública previamente realizada.

5.3.3 Taller de Educación Preescolar: vinculación de los sistemas familiar y escolar en la formación de competencias del PEP´04 en Colegio del Rio, Nicolás Romero, Edo. Mex.

El presente taller fue aplicado en las instalaciones del plantel el día 30 de Abril de 2010. Para el diseño del taller se partieron de las siguientes bases teóricas: primeramente una introducción a la teoría sistémica desde el modelo Estructural (Minuchin, 1989) para caracterizar ambos sistemas: el escolar y familiar; el Programa de Educación Preescolar 2004 (SEP, 2004) de donde explican las bases constructivistas de la educación por competencias, así como la planeación de situaciones didácticas.

La vinculación sistémica de escuela y familia se baso en la propuesta de Monroy, Contreras y Desatnik (2009) esta propuesta considera los siguientes puntos:

1. La planeación de los procesos didácticos partiendo del conocimiento del contexto político, económico, social y cultural.
2. La dimensión institucional
3. La situación del aula y de sus actores, reconociendo las necesidades de los participantes, estudiantes y docentes (estrés del profesor, situación, etc.).

Al conjuntar estas tres propuestas teóricas, permitieron llevarlas a un nivel de aplicación práctica, a través de la planeación de una situación didáctica relacionada a hábitos y valores, planteando como el sistema escolar podría involucrarse en favor del aprendizaje del niño(a) preescolar. Así mismo, se brindaron estrategias comunicacionales a los docentes desde las propuesta de la *Comunicación no violenta* y la *Teoría de la comunicación humana* para resolver aquellas problemáticas que las docentes sugirieron podrían presentarse en la estrategia de vinculación.

Objetivo general: Abordar el campo formativo personal - social del PEP´04 explicando la vinculación escuela – familia como sistemas vivos en interacción que favorece el aprendizaje del niño(a) preescolar.

Objetivos específicos:

1. Exponer las bases teórico-metodológicas de la enseñanza por competencias del PEP´04.
2. Caracterizar a los ámbitos escuela y familia como sistemas
3. Brindar herramientas que permitan a las docentes entablar comunicación con el sistema familiar para lograr colaboración en la enseñanza de hábitos y valores.
4. Implementar dinámicas y ejercicios que permitan a las docentes ensayar una planeación didáctica para la enseñanza de hábitos o valores que vincule al sistema familiar.

Población: El taller se llevo a cabo con un grupo de 8 docentes del centro escolar “Colegio del Rio” que imparte los grados de educación preescolar.

Estructura del taller: El taller se llevo a cabo en una sesión de acuerdo a la siguiente planeación (Ver tabla 5.8)

Actividad	Tiempo	Descripción de la actividad
Encuadre	10´	Presentación de los miembros del equipo a los participantes del taller. Presentación de los objetivos del taller.
Introducción al tema	20´	Visión sistémica; la familia y escuela como sistemas vivos.
Presentación teórica	20	Enseñanza por competencias, el PEP´04 y la vinculación con el sistema familiar
Ejercicios	15´	Enseñanza de hábitos y valores, planeación didáctica y como seria la vinculación deseada del sistema familiar
Recomendaciones de vinculación	20´	Estrategias comunicacionales para la vinculación de los sistemas.
Cierre del módulo	15´	Comentarios finales de los participantes.

Resultados y conclusiones:

El taller se llevo a cabo, con una participación activa de las docentes, se evaluaron los contenidos teóricos novedosos para las docentes (visión sistémica y vinculación de los sistemas escolar y familiar). 7 de 8 de las docentes participantes consideró que fue muy clara la exposición de los temas teóricos; Todas consideraron que la vinculación de estos sistemas favorecería el aprendizaje, el 6 de 8 docentes consideraron que conocer esta información le permitiría planear situaciones didácticas vinculando al sistema familiar. Después del ejercicio de planeación el 7 de 8 identificaron cómo podrían llevar a cabo la vinculación la familia. 7 de ellos expresaron que el ejercicio podría llevarse a la práctica en el aula con posibilidades de éxito.

En la evaluación de las ponentes, materiales didácticos y tiempo, todas consideraron que el dominio del tema de las ponentes fue excelente. 2 de ellas propusieron que el material didáctico fuese más extenso.

Las sugerencias giraron en torno a realizar una sesión más trabajando dudas específicas de cada docente sobre cómo abordar a los padres en situaciones particulares para hablar de los estudiantes, así como una plática que les planteara esta visión de vinculación a los padres de familia

5.3.4 Plática/Taller “El rol del viejo en la familia” ISSSTE, Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla

Efectuada el día 10 de junio del 2010 a los derechohabientes, quienes conforman el grupo de adultos mayores. El contenido de la misma fue:

- Estadísticas poblacionales
- Ciclo vital familiar y etapas del desarrollo
- Roles sociales
- Roles familiares
- Vejez y proceso de envejecimiento
- Pérdidas en la tercera edad y afrontamiento

- Vivencias de los cuidadores
- Reflexión final y video

Además de abordar estos temas, se realizaron dos dinámicas que llevaron a los participantes a reflexionar sobre su visión sobre la vejez, el cómo la viven, los cuidados que están llevando a cabo y la forma de trascender.

5.4 Consideraciones éticas

Existen diferencias respecto a las aproximaciones a la ética de acuerdo a las diferentes posturas epistemológicas. En las teorías modernistas o científicas, la ética se basa en reglas que son prescritas y forzadas en una posición vertical, incluyendo sanciones como amonestaciones o retiro de la cédula profesional. Esto ocurre en los diferentes códigos de regulación de la actividad profesional. Uno de ellos es el realizado por la Sociedad Mexicana de Psicología, el cual enmarca 4 principios generales divididos en 149 artículos; éstos son:

1. Respeto a los derechos y la dignidad de las personas
2. Cuidado responsable
3. Integridad en las relaciones
4. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad

La Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. por otro lado, establece normas divididas en 8 categorías:

1. Responsabilidad con los pacientes
2. Confidencialidad
3. Capacidad en integridad profesional
4. Responsabilidad con estudiantes supervisados y otros subordinados
5. Responsabilidad con los participantes de investigaciones
6. Responsabilidad a la profesión
7. Arreglos financieros
8. Publicidad

Por otro lado, en el caso de las terapias postmodernas, la ética se enfoca en las particularidades de las personas y de sus experiencias mostrándose escéptico respecto a la aplicabilidad de cualquier tipo de “verdad” o saber universal. White y Epston aportan algunos interrogantes respecto a la elección de modelos, teorías y prácticas; mismas que invitan a la reflexión:

1. ¿Cómo este modelo/teoría/práctica ve a las personas?
2. ¿Cómo este define tu conducta hacia la gente que pide ayuda?
3. ¿Cómo éste define tu conducta hacia ti mismo quien da la ayuda?
4. ¿Cómo se ven las personas a si mismos?
5. ¿Cómo esta persona es redefinida
6. ¿Cómo es que invita a ver a la terapia y al terapeuta? ¿cómo experto o ellos son los expertos?
7. ¿Tiende a dividir y aislar a la gente o da un sentido de comunidad y colaboración?
8. Las preguntas que se hacen ¿son generativas o normativas?
9. ¿A caso el modelo requiere que la persona adquiriera el conocimiento del terapeuta experto o el terapeuta entra al mundo del cliente?
10. ¿Cuál es la definición de profesionalismo? (Freedman, J. 1996).

Durante los 2 años de residencia, las siguientes situaciones condujeron a reflexionar sobre los posibles dilemas éticos y las soluciones posibles. Cabe señalar que los datos de las pacientes serán omitidos y se expondrán brevemente los casos con el fin de guardar la confidencialidad del caso.

- **Confidencialidad**

Muchas de las personas que acuden al servicio de terapia familiar suelen narrar situaciones que en ocasiones no han comentado con alguien más o detalles que quisieran no fuesen ventilados. Una cualidad ética recae en la prudencia de la información y la confidencialidad de la misma. En las prácticas de Terapia Familiar en las distintas sedes, este aspecto fue central. Es por ello que desde la llamada telefónica a las familias, se les comunica la modalidad de trabajo, misma que

incluye videograbaciones, y se aclara que la información que el paciente brinde será manejada con cautela, prudencia y únicamente la conocerán los miembros del equipo terapéutico.

El artículo 85 del Código Ético del Psicólogo establece:

“Cuando el psicólogo proporciona servicios a grupos, como en el caso de la terapia grupal, o la docencia, aclara debidamente los peligros de la confidencialidad de la información que se ventile al interior del grupo, y hará todo lo que esté a su alcance para protegerla (pag. 72)”

Cabe señalar que en la primera sesión, se brinda el consentimiento informado que abarca este tema y el cual es firmado por el terapeuta responsable y la familia.

El artículo 118 del Código Ético del Psicólogo establece:

“El psicólogo obtiene consentimiento informado apropiado a la terapia, investigación, u otros procedimientos, utilizando un lenguaje razonablemente entendible para los participantes... (pag. 80)”

El resguardo de los videos fue un aspecto importante, razón por la cuál se estableció la imposibilidad de compartir videos, incluso entre miembros de equipo.

El artículo 121 del Código Ético del Psicólogo establece:

“El psicólogo obtiene permiso de los (las) pacientes, clientes, sujetos de investigación, estudiantes y supervisados para el registro o grabación electrónica de sesiones o entrevistas (pag. 81)”

- **De la competencia del psicólogo en las intervenciones.**

En este apartado presentaré diversos casos. El primero de ellos corresponde a una familia a la que por actividades personales de la terapeuta, su tratamiento fue cambiado de horario (horario nocturno) y fecha. Esta situación se presentó desde la cuarta sesión, decisión no comunicada al equipo terapéutico ni a la supervisión. De igual manera en este caso, la terapeuta incorporó como miembros del equipo a

personas ajenas al equipo original, mismas que desconocían el caso. Esta situación nos llevó al resto del equipo a comunicar la situación ante la supervisión y deslindarnos de los efectos de la terapia y resultado de la misma.

Otro caso corresponde con un paciente que no recibió fin del tratamiento por parte de la terapeuta pues se aproximaban vacaciones, por lo que ya no se le llamó para concertar nueva cita. En este aspecto, se está quebrantando con el Art. 116 que manifiesta:

“El psicólogo no abandona a los (las) pacientes o clientes (pag. 80)”

Funjiendo como terapeuta me encontré con un caso en el que la consultante manifestó en la tercer sesión sentirse “como conejillo de indias, en una caja de Skinner y siendo parte de un experimento”. Esto lo comentaba pues se sentía incómoda con la presencia del equipo y con las intervenciones de este, mismas que eran interpretadas como “interrupciones pues seguro decían que lo que decía la paciente no importaba, haciéndola sentir no escuchada por ellos”. Pese a nuevamente explicarle la modalidad de trabajo, mismo que había aceptado en el Consentimiento Informado, la molestia se presentaba. Esta situación me llevo a reflexionar sobre la posibilidad de la negociación de que el equipo esté o no en sesión. Igualmente me llevo a preguntarme si la residencia permitiría y avalaría esta situación en bienestar del paciente. La situación se resolvió al comunicar estos dilemas con la supervisora y acordar nuevas formas de relación equipo-consultante permitiendo que ella no se sienta amenazada, incómoda ni parte de un experimento.

En otro caso abordado, se presentó la situación donde el equipo se planteaba la hipótesis de que el paciente se encontraba en sesión por sentimientos hacia la terapeuta. Paralelo a esto se daban recaídas en el tratamiento. Esto fue analizado escuchando los puntos de cada miembro del equipo y las razones por las cuales se llegaba a dicha hipótesis. Esta situación fue comentada con un supervisor quien nos orientó sobre las actividades que podríamos hacer al respecto, mismas que fueron llevadas a cabo. Cabe señalar que tras esto el

paciente reportó mejoría y fue dado de alta. Es importante que en situaciones en las que el paciente se encuentre enganchado con el especialista, hay que hacer una intervención realista, clara, que no rompa el contrato terapéutico y corte con las fantasías de orden afectivo. Aunque éste no es el caso, el Código de la Sociedad Mexicana de Psicología regula las relaciones afectivas del psicólogo con sus clientes.

- **Motivo de Consulta**

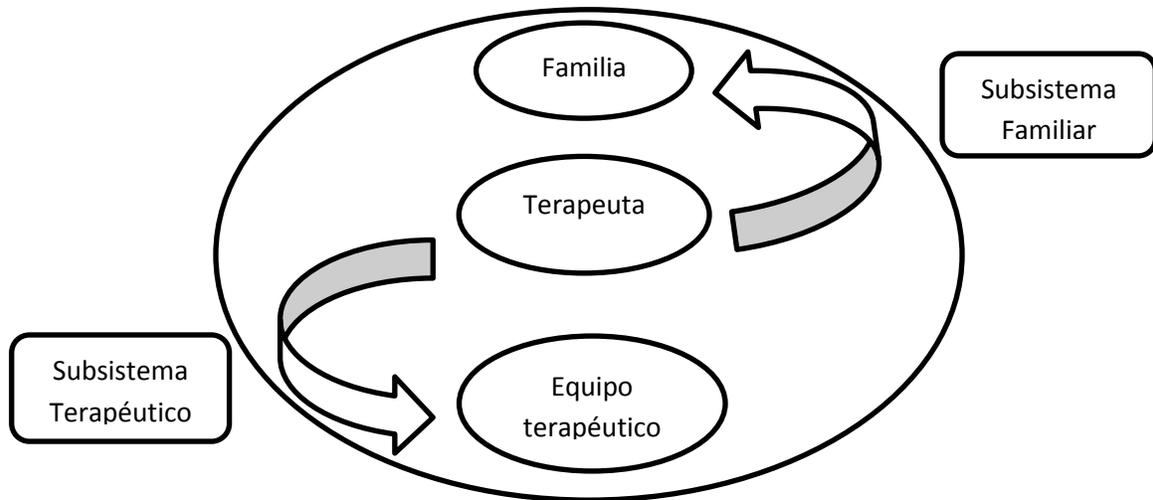
En uno de los casos revisados como observadora, la familia se encontraba inmersa en juicio legal por la custodia de los hijos tras una situación de asesinato. Se intuyó en supervisión que era probable que la familia asistía como un argumento legal a favor en el proceso, razón por la cual se expresó abiertamente con la familia que no podríamos participar si las razones fueran esas. Ante esta situación, se reelaboró un contrato terapéutico con una demanda trabajable.

Es importante señalar que el Psicólogo puede encontrarse en situaciones en las que las conversaciones con los pacientes nos coloquen en situación de complicidad de acuerdo al Código Civil. Es conveniente en estos casos realizar el reencuadre terapéutico y la imposibilidad de trabajar en casos con actos delictivos que lleguen a comprometer nuestra labor como terapeutas.

Durante el tercer semestre, se presentó el caso de una señora que acudía a solicitar el servicio pues la profesora del Jardín de Niños donde acudía su hijo le había comentado que no educaba bien a su hijo. La petición estricta fue *“dígame si lo educo bien o no”*, solicitando exclusivamente una respuesta determinante. El dilema se presentó ante la petición al terapeuta del caso, de no dejar que el paciente dejara de asistir a sesión, esto porque su aspecto físico reflejaba un grado de inmadurez. Por otro lado, también se le comentó que no dejara que se fuera pues ya era fin de semestre y no podrían calificarlo con solo 3 sesiones durante el semestre. Pese a tener que buscar a la señora en su casa, ella no regresó lo que comunica claramente que ella no era cliente y que no podemos retener a las personas con el fin de cumplir criterios institucionales.

Este mismo caso, representó a su vez otro dilema ético pues la paciente fue discriminada por parte del terapeuta por su aspecto físico. Esto mismo, influyó en el manejo de las sesiones y en dirigir la conversación hacia una alta terapéutica forzada. Una alternativa en este caso pudo haber sido derivar a la familia con otro terapeuta del equipo.

- **Sistema terapéutico total y la función del observador**



Un dilema que surgió desde mi participación como observador fue la importancia que tendría para la familia conocer al resto del equipo, mismo que no era presentado personalmente con ésta y solo mencionado. Dicha inquietud fue acrecentándose con la curiosidad que manifestaban los clientes por conocer a quienes estaban tras el espejo, a veces acercándose en demasía a éste con el fin de verlos.

Ya como terapeuta esta situación fue clara al expresar el paciente querer conocer a los que tomaban café del otro lado y quienes no sabían nada de él. Nuevamente esto lo llevo a desconfiar en ellos pues no podía verlos y descalificar sus comentarios, fue hasta una intervención en equipo reflexivo que pudo tenerlos frente y que dicha molestia terminó, incluso señalando al escucharlos “ya me di cuenta que no son unos pendejos y que si saben”. Esto me lleva a recordar la *transparencia* con la que se trabaja desde el construccionismo social.

Respecto a las observadoras que tuvimos, surgieron preguntas sobre lo que podríamos o no hacer con el fin de que las sesiones fuesen llevadas con respeto y responsabilidad. Esto ocurre ante situaciones repetidas en las que llegaban tarde (a media sesión o hasta la segunda), no atendían a la sesión por leer otros materiales, realizaban tareas o dormían. Recordando que la responsabilidad de lo que ocurre con las familias recae en el sistema terapéutico total (familia, terapeuta, supervisor, equipo y observadores) y no solo en el terapeuta al frente, se decidió comunicarlo ante la supervisión, sin embargo la situación no cambió.

- **Investigación aplicada**

En este caso, la investigación realizada cumple con aspectos éticos que implican informar previamente los objetivos de la investigación, guardar confidencialidad de los participantes, en la presentación de resultados en diferentes congresos se aclara que han existido presentaciones previas sobre la investigación y las conclusiones derivan de los resultados obtenidos.

La ética profesional incluye el sentido ético del trabajo (hacer bien lo que se hace), pero implica incluso un mayor compromiso ético y moral, ya que el profesionalista, al adoptar como su profesión (es decir, su forma de vida) un determinado trabajo, adopta libre y conscientemente el *ethos* de este quehacer, es decir, el fundamento ético que hace posible una específica forma de praxis humana.

5.5 Consideraciones finales

5.5.1 Habilidades y competencias profesionales adquiridas.

La formación promovió el desarrollo de habilidades clínicas de detección, evaluación e intervención, docencia, promoción del conocimiento, investigación cualitativa y cuantitativa, de prevención, ética y compromiso social, mismas que describiré mas detalladamente.

Respecto a las *habilidades clínicas*, se promovió el conocimiento de los fundamentos de los diversos modelos teóricos revisados, las técnicas y aplicaciones de éstos, aprendiendo a diferenciar en qué momento y ante qué

situaciones emplearlos (“ojo clínico”). Ejercicios previos sobre la aplicación de estos permitió entrenar la ejecución de técnicas.

A su vez, bajo las materias de tronco común se revisaron diversas pruebas psicométricas, mismas que fueron aplicadas.

La *docencia y promoción del conocimiento*, fue entrenada durante los diversos congresos y exposiciones, en los cuales se presentaron avances sobre la investigación de maternidad adolescente o se cubrieron los objetivos solicitados por las diferentes instituciones en los cuales se impartieron. En los espacios clínicos se dio la oportunidad de retribuir socialmente ya sea mediante talleres, pláticas e incluso el mismo servicio social.

Habilidades de *investigación*, que van desde el planteamiento del tema, obtención de información, selección del modelo y procedimiento, aplicación, análisis y discusión de resultados, conclusiones y promoción de ésta. Uno de los retos dentro de ésta fue el acceso a la población, lo que implicó negociar con instituciones educativas con el fin de permitirnos el acceso a las estudiantes que fuesen madres adolescentes. A su vez, se recurrió a personas cercanas que pudiesen colaborar con la misma.

Pese a no existir dentro del programa un espacio para revisar detenidamente las implicaciones y responsabilidad *ética*, éste fue un tema central que regía las actividades, llevándome a preguntarme constantemente si mi proceder con los pacientes era el adecuado y no atentaba contra las personas o contra mi misma como terapeuta. Como pudo observarse en apartados previos, suelen ocurrir situaciones inesperadas que nos llevan a analizar y reflexionar sobre nuestro modo de proceder en los diferentes espacios clínicos.

5.5.2 Reflexión y análisis de la experiencia

La Maestría en Terapia Familiar es parte hoy de uno de los muchos logros personales. Ahora en retrospectiva recuerdo el momento en el cual decido emprender este aventurado viaje y decido nuevamente vivirme como estudiante.

Previamente, mi proceder profesional era individual; pertenecía a una institución que brindaba atención terapéutica de rehabilitación a personas con problemas en comunicación humana, en particular a niños y adolescentes con TDAH, Síndrome de Down, retraso mental o en el desarrollo. Pese a compartir lo ocurrido en cada caso con otros colegas, no existía el trabajo en equipo.

Al ingresar, este aspecto fue uno de los más interesantes y que me ha dejado grandes gratificaciones. Formar parte de un equipo en el que te sientes apoyado, confortado, escuchado, del cual tomas parte de la responsabilidad y curso de los pacientes de todos; un equipo donde la colaboración y amistad prevalecían. Asimismo ser supervisada, guiada, comprendida, sentirme retada en muchas ocasiones a demostrar lo que sabía hacer y a descubrir aquellos recursos con los que cuento y me pueden ayudar a ser cada vez más eficaz y eficiente.

Muchas veces en equipo se vivieron situaciones desafiantes, angustiantes, tristes y nos mantuvieron a la expectativa sumidos en la incertidumbre; pero también disfrutamos entre todos las alegrías, perseverancia, los retos, los cambios positivos, el crecimiento individual y como grupo. Hoy puedo decir que se ha formado una red entre todos.

Algo que seguramente hubiese sido un gran cambio es el poder compartir incluso más entre los dos equipos que se forman en el grupo. Muchas veces las dinámicas contribuían a fragmentar lejos de integrar, lo que ya de por sí se encontraba dividido. Creo un aspecto a considerar es fomentar el trabajo entre todos y poder tener la oportunidad de ver y trabajar con todos los miembros del grupo, pues de cada uno de ellos puede aprenderse muchísimo.

A nivel teórico, fue muchas veces un reto entender a un ritmo acelerado una gran cantidad de información, poder comparar y elegir. No resultaba tan sencillo aprehender epistemologías y prácticas novedosas para mí; sin embargo, considero que una de las bondades que tiene el programa es poder llevar alternadamente la práctica, pues muchas veces poder ver en acción lo impreso en libros resultaba la mejor de las enseñanzas. En ocasiones era a través de

observar a otros y otras muchas de “aventarte al ruedo” y poner en práctica aquello que deslumbraba y encantaba.

A lo largo de dos años he estado dentro de una de las experiencias más importantes y significativas de mi vida personal y profesional. He encontrado aprendizajes que han cambiado mi visión de la vida misma y mi concepción del mundo; me he flexibilizado en cuanto a las diferentes miradas que puedo obtener sobre un evento; he aprendido que mi proceder dependerá desde la puntuación que haga y del plano en el cual me encuentre parada.

Representan un par de años en el que he crecido aceleradamente y que me han llevado a cuestionarme sobre la vida que deseo llevar y los diferentes caminos por los cuales transitar.

5.5.3 Implicaciones en la persona del terapeuta, del profesionalista y en el campo de trabajo

El cambio durante la residencia ha sido cuantioso y observable. He podido notar que mi actuar es más estructurado, dirigido, claro, he adquirido confianza y seguridad en mi misma. Me muestro curiosa, interesada, empática y más cercana a quienes buscan ayuda. Disfruto de la experiencia y de la emoción de cada sesión, de la incertidumbre del día a día, así como de la certeza del curso de algunas familias.

La alegría y satisfacción tras notar cambios, las sonrisas y agradecimientos se convierten en razones para continuar, para aprender cada día más, para seguir y reafirmar el gusto por las bondades de esta profesión.

Como terapeuta y profesionalista, puedo claramente definir mis intereses y orientación teórica, aspecto que al egresar de la licenciatura no resultaba clara. El día de hoy puedo decir que soy “TERAPEUTA SISTÉMICA”, mismo que me provee una identidad profesional y una guía en el ejercicio terapéutico.

Los retos se reelaboran, si bien esta etapa termina, se abren caminos hacia nuevos objetivos. El gusto y la necesidad por continuar en este proceso de aprendizaje personal y profesional continúa.

5.5.4. Observaciones Finales

La estructura del programa permite adquirir conocimientos teóricos a la par de poder aplicar los mismos. Considero que existen temáticas extremadamente importantes y formativas que no son abordadas a profundidad, mismas que presento en forma de listado y que considero enriquecedoras:

- Aportaciones de Erickson (como seminario)
- Ética del terapeuta sistémico
- Persona del terapeuta
- Análisis de la situación sociocultural de la población mexicana

ANEXO 1

Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MAESTRÍA EN TERAPIA FAMILIAR



La FES IZTACALA, en sus diferentes sedes, ofrece entre sus servicios, la atención a la comunidad en terapia familiar o de pareja, a través del Programa del Posgrado en Psicología. Como parte del modelo de trabajo con el que llevamos a cabo la evaluación y/o tratamiento de la problemática familiar, grabamos en audio y/o video las entrevistas realizadas con el objeto de que puedan ser estudiadas con mayor detenimiento, y en ocasiones ser utilizadas con fines didácticos. Esto es una practica común en los programas más avanzados de la terapia familiar en México y el mundo. Los videos y el material clínico que se generan son propiedad exclusiva del programa. Las personas que laboran en el respetaran la privacidad de los miembros de las familias y protegerán su anonimato.

México, D.F, a _____ de _____ del 20__.

Clientes

Terapeuta

ANEXO 2
Formato de elaboración de acta



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

Sesión

FECHA:
PACIENTE:
TERAPEUTA:
SUPERVISORA:
EQUIPO DE SUPERVISIÓN:
MOTIVO DE CONSULTA:

GENOGRAMA:

RESUMEN DE LA ENTREVISTA

CIERRE DE LA SESIÓN:

MIEMBROS QUE ASISTIRAN A LA SESIÓN:
MODELO QUE SUSTENTA EL TRABAJO:
HIPÓTESIS:
OBJETIVOS PARA LA SESION:

REFERENCIAS

- Agenda Estadística 2009. Secretaria de Salud, Gobierno del Distrito Federal. Capturada el 25 de agosto del 2010 En:
http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/media/Agenda_2009/index.html
- Aguiluz, M. (2009) Breve reflexión sobre lo social, irrecuperable, catástrofe y duelo. En: *Pluralismo Epistemológico*. La Paz, Bolivia: Clacso Coediciones.
- Aiello, R y Lancaster, S. Adolescent maternal characteristics and infant development. *Infant mental health journal*, Vol. 28(5), 496–516 (2007) En: www.interscience.wiley.com
- Almagro, F. 2003. La familia ante la pérdida ambigua: adaptación o cambio. *Interpsiquis*. En: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicologia/9438/>
- Andersen, T (1994) *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona, Gedisa.
- Anderson, H. (SA). *Postmodern social construction therapies*. En: <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderntherapieschapter.htm>
- Anderson, H. (SA). *Similitudes y diferencias con otras aproximaciones*
- Anderson, H y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: Mc Namee, S. y Gergen, K (Comp.). *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Apraiz, I, (2006). *El duelo, cómo ayudar a los niños/as a afrontarlo. 3° Curso de Psicoterapia de familia y pareja*. En: www.avntf-evntf.com/.../Apraiz,%20I.%20Tbjo.%203º%20BI%2005-06.pdf
- Arnold M. y Osorio F. (1998) *Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas*. Cinta de Moebio. Departamento de Antropología, Universidad de Chile. No. 31. En: <http://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm>

- Atri y Zetune, R. (2006) Cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EEF). En: Velasco M y Luna M. *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Editorial Pax.
- Barreto, P. Yi, P y Soler, C. (2008) Predictores de duelo complicado. *Rev. Psicooncología*. Vol 5, No. 2-3. Pp. 383-400
- Bateson, G. (2006) *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Bermejo F, Estevez I, García M, García-Rubio, E, Lapastora M , Letamendía, P, Cruz, J, Polo, Sueiro M y Velázquez, F (2008) *Cuestionario para la evaluación de adoptantes, cuidadores, tutores y mediadores (CUIDA)*. Barcelona: Tea Ediciones.
- Boscolo, L y Bertrando, P. (1993) *Los tiempos del tiempo. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona, Paidós
- Boss, P. (2001) *La pérdida ambigua. Cómo aprender a vivir con un duelo no terminado*. Barcelona, Gedisa.
- Cade y O'Hanlon, W. (1995) *Guía Breve de Terapia Breve*. Buenos Aires, Paidos.
- Castorina, J. (2000). El Constructivismo Hoy: El Enfoque Epistemológico y los Nuevos Problemas. En: Ferreiro, E. *Sistemas de Escritura, Constructivismo y Educación* (págs. 43-66). Argentina: Homo Sapiens.
- Caycedo, M. (2007) La muerte en la cultura occidental: antropología de la muerte. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. Vol 36, no 2. Pp. 332-339.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). En: www.conapo.gob.mx
- Del Pino, J. García, J y Beviá, F (2008). *Resolución de duelos complicados desde una óptica sistémica*. Recuperado el 12 de octubre del 2009, en: http://www.dip-alicante.es/hipokrates/hipokrates_I/pdf/ESP/434e.pdf

- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.
- Eguiluz, L. (2007) *La Teoría Sistémica. Alternativa para Investigar el Sistema Familiar*. Estado de México, UNAM FES Iztacala.
- El Financiero*. Registran 15 mil homicidios cada año en México. Artículo publicado el 22 de junio del 2010. En: <http://www.elfinanciero.com.mx/ElFinanciero/Portal/cfpages/contentmgr.cfm?docId=269402&docTipo=1&orderBy=docid&sortBy=ASC>
- Elkaim, M. (1996) Constructivismo, construccionismo social y narraciones. ¿en los límites de la sistémica? *Perspectivas sistémicas*, no.42.
- Erikson, E (2000) *El ciclo vital completado*. Barcelona: Paidós.
- Espina J. & Cáceres P. (1999) Una psicoterapia breve centrada en soluciones. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XIX 69, pp. 23-38.
- Espinosa, M (2004) El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En: Eguiluz, L. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Editorial Pax.
- Espinosa, M (2010) *Aspectos relevantes del construccionismo social*. Seminario de Terapias Postmodernas. México, UNAM.
- Espinosa, M (2010) *Esquema sobre grupos de testigos externos y ceremonias de definición*. Seminario de terapias postmodernas. México, UNAM.
- Espinosa, M y González, S. (1998) Terapia familiar sistémica: definición y alcances en salud mental. En: *Psicología de la familia*. México, UNAM FES Iztacala.
- Fish, R., Weakland, J y Segal, L. (2003) *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. España: Herder.

- Friedman, S (2005) Procesos de reflexión. Actos informativos y formativos. En: *Terapia Familiar con equipos de reflexión*. Argentina: Amorrortu.
- Gaceta Iztacala UNAM. *La residencia en Terapia Familiar comprometida con la sociedad*. 11a época. No. 362, Abril 10 del 2010.
- Galicia, I. (2004) Terapia Estratégica En: *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México, Pax.
- Galicia, I. J. (2006). Actitudes de madres adolescentes y adultas y su relación con la personalidad de sus hijos. *Psicología y Salud* , vol. 16, no. 2. pp. 159-169.
- Gaxiola, J. F. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e Investigación en Psicología* .
- Gergen, K. (1996). La Construcción Social: Emergencia y Potencial. En M. Pakman, *Construcciones de la Experiencia Humana* (págs. 139-179). España: Gedisa.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y Relaciones: Aproximaciones a la Construcción Social*. España: Paidós.
- Glaserfeld, V. (1996). Aspectos del Cosntructivismo Radical. En M. Pakman, *Construcciones de la Experiencia Humana* (págs. 23-49). España: Gedisa.
- Goldbeter-Merinfeld, E. (2003) El duelo complicado. Las familias y la presencia de los ausentes. Barcelona, Herder.
- González, F. e Ibañez, V. (1998) Novedades sobre el duelo. *Psiquiatría Pública*. Vol. 10. Num. 5. Septiembre-Octubre.
- Graham, M. D. (2005). Resilient young mothering: social inequalities, late modernity and the "problem" of "teenage motherhood". *Journal of Yout Studies*.

- Granados, R. L. (1997). Caracterización de las relaciones y estructura familiar al interior de las familias con hijas adolescentes embarazadas. *Investigación y Desarrollo* , 78-88.
- Grollman, E. (1993) *Straight talk about death for teenagers. How to cope with losing someone you love*. Beacon Press. Colorado USA.
- Grubits, S. R. (2007). Estimulación y Prácticas de Crianza en Infantes Terena del Brasil. *Ra Ximhai* , 49-81.
- Haley, J (2005) *Terapia para resolver problemas. Nuevas estrategias para una terapia familiar exitosa*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Haley, J (2006) *Terapia de Ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J (2007) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu
- Hernandez R, Fernández, C y Baptista, P (2006) *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hoffman, L (1987) *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1996) Una postura reflexiva para la terapia familiar. En: S. y Mc Namme. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Ibarra, A. (1998) Identidad, narrativa y muerte. En: *Psicoterapia y familia*. Vol. 11, no.2
- Ibarra, A. (1998). *Muerte y construcción de la realidad familiar*. México, UNAM FES Iztacala. Tesis de Licenciatura
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). En: www.inegi.org.mx

- Jaes, C. (2001) Migración, pérdida ambigua y rituales. *Perspectivas Sistémicas: La nueva comunicación*. Rescatado el 2 de septiembre del 2010. En: <http://www.redsistemica.com.ar/migracion.html>
- Jutoran S. (1994). El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas. En: *Revista de Sistemas Familiares*. Año 10 Num.1 Abril. En: <http://www.click.vi.it/sistemiiculture/Jutoran.html>
- Keeney, B. (1994) *Estética del Cambio*. Barcelona, Paidós.
- Kreuz, A (1993) El manejo de la pérdida y el duelo en familias con niños. En: *Mosaico. Revista de la federación española de asociaciones de terapia familiar*. No.23, pp 24-27.
- Kuhn, T. (2004). *El Proceso de las Revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- La migración a Estados Unidos. Oficina del Censo de los Estados Unidos*. En: <http://oncetv-ipn.net/migrantes/mapas/>
- León, P. M. (2002). Embarazo Adolescente. *Revista Electrónica. Universidad de Chile*, 42-50.
- Leslie, K (1996) Issues related to adolescent pregnancy and child-rearing: A literatura review. *International journal of nursing practice*; 2: 94-98.
- Liberman, D. (2007) Duelo y resiliencia. Del dolor al desafío. *Perspectivas Sistémicas*. En: <http://www.redsistemica.com.ar/liberman.htm>
- Limón, G. (2005). Del Constructivismo al Construccinismo: Una nueva Perspectiva para la Terapia Familiar. En G. Limón, *Terapias Postmodernas*. (págs. 29-45). México: Pax Editorial.
- López, J. (2008) *Resiliencia Familiar ante el duelo*. México, D.F. UNAM. Tesis de Maestría en Psicología Social Ambiental

- López, R. (2000). *Medición en la percepción en los estilos de crianza madre-hijo*. México.: UNAM, FES-Iztacala. Tesis de Maestría.
- López-Ibor A, Juan-Valdés MJM (2002) *DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Texto revisado, Barcelona, Elsevier Masson.
- Mateo, J (2009) *Duelo familiar en el paciente con hemodiálisis*. México, UNAM. Tesis en Medicina Familiar.
- McCubbin y McCubbin, (1988). En: Greeff, A. and Human B. (2004) *Resilience in Families in Which a parent has died. The american journal of family therapy*. 32:27-42.
- Mendoza, L (2009) *DINK'S toda una realidad en México*. En: <http://reformacom.typepad.com/placeresestilo/2009/03/dinks-toda-una-realidad-en-m%C3%A9xico.html>
- Minuchin, S (1998) *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós
- Minuchin, S (2001) *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S y Fishman, H. Ch. (2008) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Montalvo, J. (1999) *Psicología y Familia*. En: García, C. Muñiz, M. Montalvo J. *Conceptos de Psicología*. México: Trillas. Cap. 1
- Neimayer, R. (2007) *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar la pérdida*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W y Wiener-Davis, M (1990) *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Organización internacional del trabajo. En: <http://www.ilo.org/global/lang-es/index.htm>

- Organización Mundial de la Salud: *El suicido, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS*. En: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- Ortiz, J, Borré A, Carrillo, S y Gutiérrez, G. (2006) Relación de apego en madres adolescentes y sus bebés canguro. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38 (001) pp. 71-86.
- Oviedo, L. (2006) *Pérdida y Duelo desde una visión Constructivista-narrativa*. México, UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Papp, P. (1988) *El Proceso del Cambio*. Barcelona, Paidós.
- Payne, M (2002) *Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona, Paidós.
- Pereira, R (2002) Hacia un modelo familiar del duelo. *Mosaico. Revista de la federación española de asociaciones de terapia familiar*. No.23, pp 9-14.
- Perrone, R y Bak, F. (1997) Secuelas del abuso sexual en el desarrollo del pensamiento. En: *Perspectivas Sistémicas*. No. 46. <http://www.redsistemica.com.ar/abuso2.htm>
- Ramos, R. (2002) Reflexiones, puede que irreverentes, acerca del duelo. *Mosaico. Revista de la federación española de asociaciones de terapia familiar*. No.23, pp. 15-19.
- Riley, J y Easterbrooks, A. (2007) Young Mothers' Play with Their Toddlers: Individual Variability as a Function of Psychosocial Factors. *Infant and Child Development*. 16: 649–670.
- Rionda, L. F. (2007). La relación familiar como un factor que predice el embarazo adolescente. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción* .

- Rivas R. González, S y Arredondo, V.(2008) Duelo y *Rituales terapéuticos desde la óptica sistémica*. *Revista Electrónica de Psicología*. Vol 11, No. 4. UNAM-FESI
- Roberts, J. (2006) Encuadre: definición, funciones y tipología de los rituales. En: Imber-Black E. Roberts J. y Whiting, R. *Rituales Terapéuticos y ritos en la familia*. 2ª edición. Barcelona: Gedisa.
- Sánchez, M. (2006) *El árbol de Chicoca*. Documental de salud.
- Santillán, L. (2008) *La narrativa, la experiencia de pérdida y el proceso de duelo en los niños*. México, UNAM. Tesis de Licenciatura.
- Secretaría de Salud En: www.salud.gob.mx
- Selvini, M., Boscolo, L, Ceccin G y Pratta G (1988) *Paradoja y Contraparadoja*. Barcelona, Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1990) *Los juegos psicóticos de la familia*. Barcelona: Paidós.
- Simon F B., Stierlin H. y Winne L:C. (1988). *Vocabulario de Terapia Familiar*. Argentina. Gedisa.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007) *Código ético del psicólogo: Normas de conducta, resultados de trabajo, relaciones establecidas*. México, Trillas.
- Tarragona, M (2006) Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14:3. Pp 511-532.
- Tizón, J (2004). *Pérdida, pena, duelo. Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona, Paidós.
- Torres, D. (2006) Los rituales funerarios como estrategias simbólicas que regulan las relaciones entre las personas y las culturas. En: *Revista Universitaria de Investigación (SAPIENS)* Caracas, Dic. V.7, N.2. Recuperado de:

http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1317-58152006000200008&lng=es&nrm=iso

- Van der Hart, O. y Goossens, F. (1991) Rituales de despedida en la terapia de duelo. En: *Cuadernos de la terapia familiar*. Primavera-verano No. 17. Pp. 35-44.
- Vargas, P. (2004) Antecedentes de la Terapia Sistémica. Una Aproximación a su Tradición de Investigación Científica. En: Eguiluz, L. *Terapia Familiar. Su Uso Hoy en Día*. México, Pax.
- Watzlawick, P. (2006) *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, Patologías y Paradojas*. España, Herder.
- Watzlawick, P. Weakland, J y Fisch, R. (2007) *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. España: 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.
- Winkler, M. P.-S. (2005). ¿Embarazo deseado o no deseado?: representaciones sociales del embarazo adolescente, en adolescentes hombres y mujeres habitantes de la comuna de Talagante, región metropolitana. *Terapia Psicológica* , 19-31.