



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

“LOS LÍMITES Y EL CAMBIO EN LA FAMILIA”

**REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA
NORMA LILIANA PAREDES REYES**

**DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
JURADO DE EXAMEN: DRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
MTRA. JAQUELINE FORTES BESPROSVANY**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han contribuido para que hoy sea quien soy y esté donde estoy: mi familia, amigos, compañeros, pacientes, docentes, etc.

Si tuviera que escribir el nombre de cada una de esas personas, requeriría varias páginas y probablemente omitiría a más de uno.

Sin embargo, cada una de ustedes sabe lo importante que es para mí, aún sin ver escrito aquí su nombre.

Muchas gracias a tod@s por acompañarme en esta y muchas otras facetas de mi vida, enriqueciéndola con la suya.

Lili

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN | |
| 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR | 1 |
| 1.1. Características del campo psicosocial | 1 |
| 1.2. Principales problemas que presentan las familias | 4 |
| 1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa de abordaje | 13 |
| 2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO | 14 |
| 2.1. Descripción y análisis sistémico de los escenarios | 14 |
| 2.1.1. Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” | 14 |
| 2.1.2. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” | 17 |
| 2.1.3. Centro Comunitario “San Lorenzo” | 20 |
| 2.1.4. Centro Comunitario “Los Volcanes” | 21 |
| 2.1.5. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” | 23 |
| 2.2. Trabajo y secuencia de participación en los escenarios de trabajo clínico | 25 |
| II. ANÁLISIS DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA | |
| 1. HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR | 27 |
| 1.1 La terapia familiar en México | 29 |
| 2. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DE LOS FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR | 30 |
| 2.1 Teoría de los sistemas | 30 |
| 2.2 Cibernética | 32 |
| 2.3 Teoría de la comunicación humana | 34 |
| 2.4 Constructivismo y Construccinismo Social | 37 |
| 2.4.1 Constructivismo | 37 |
| 2.4.2 Construccinismo social | 38 |
| 3. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR | 40 |
| 3.1 Modelo estructural | 40 |
| 3.1.1 Antecedentes y principales representantes | 40 |
| 3.1.2 Principios básicos | 41 |
| 3.1.3 Estrategias de intervención | 45 |
| 3.1.4 Conclusiones | 51 |
| 3.2 Modelo estratégico | 51 |
| 3.2.1 Antecedentes y principales representantes | 51 |
| 3.2.2 Principios básicos | 52 |
| 3.2.3 Estrategias de intervención | 54 |
| 3.2.4 Conclusiones | 59 |

| | Pág. |
|--|-------------|
| 3.3 Modelo de terapia breve centrada en los problemas | 60 |
| 3.3.1 Antecedentes y principales representantes | 60 |
| 3.3.2 Principios básicos | 60 |
| 3.3.3 Estrategias de intervención | 61 |
| 3.3.4 Conclusiones | 64 |
| 3.4 Modelo de terapia breve centrada en las soluciones | 65 |
| 3.4.1 Antecedentes y principales representantes | 65 |
| 3.4.2 Principios básicos | 65 |
| 3.4.3 Estrategias de intervención | 67 |
| 3.4.4 Conclusiones | 68 |
| 3.5 Modelo de Milán | 69 |
| 3.5.1 Antecedentes y principales representantes | 69 |
| 3.5.2 Principios básicos | 71 |
| 3.5.3 Estrategias de intervención | 73 |
| 3.5.4 Conclusiones | 75 |
| 3.6 Modelos derivados del posmodernismo | 76 |
| 3.6.1 Narrativa | 76 |
| 3.6.1.1 Antecedentes y principales representantes | 76 |
| 3.6.1.2 Principios básicos | 77 |
| 3.6.1.3 Forma de trabajo | 77 |
| 3.6.2 Equipos reflexivos | 80 |
| 3.6.2.1 Antecedentes y principales representantes | 80 |
| 3.6.2.2 Principios básicos | 81 |
| 3.6.2.3 Forma de trabajo | 81 |
| 3.6.3 Enfoque colaborativo | 82 |
| 3.6.3.1 Antecedentes y principales representantes | 82 |
| 3.6.3.2 Principios básicos | 82 |
| 3.6.3.3 Forma de trabajo | 84 |
| 3.6.4 Conclusiones | 85 |
| III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES | |
| 1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS | 87 |
| 1.1. Integración de casos | 89 |
| 1.1.1. Caso 1 “Una casa en construcción” | 89 |
| 1.1.2. Caso 2 “La chica que quería crecer” | 95 |
| 1.2. Análisis teórico–metodológico de casos “Los límites y el cambio en la familia” | 101 |
| 1.3. Análisis del sistema terapéutico total | 108 |

| | Pág. |
|---|-------------|
| 2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN | 110 |
| 2.1 Reporte de investigación cuantitativa “Escala Expectativas Acerca del Matrimonio” | 110 |
| 2.2 Reporte de investigación cualitativa “Atención a Parejas Prematrimoniales desde la Terapia Familiar en México” | 118 |
| 3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA | 133 |
| 3.1 Productos tecnológicos | 133 |
| 3.2 Reporte del programa de intervención comunitaria “¿Qué onda con mi vida?” | 134 |
| 3.3 Participación en foros académicos como asistente | 135 |
| 3.4 Participación en foros académicos como ponente | 135 |
| 4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL | 136 |
| 4.1 Discusión e integración de consideraciones éticas | 136 |
| IV. CONSIDERACIONES FINALES | |
| 1. RESUMEN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS | 139 |
| 1.1. Habilidades teórico conceptuales | 139 |
| 1.2. Habilidades clínicas | 139 |
| 1.3. Habilidades de investigación y enseñanza | 141 |
| 1.4. Habilidades hacia la prevención | 142 |
| 1.5. Ética y compromiso social | 143 |
| 1.6. A manera de conclusión | 144 |
| 2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL | 145 |
| 3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA | 146 |
| 4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA | 150 |
| REFERENCIAS | 152 |
| ANEXOS | 159 |

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

En este capítulo se abordan aspectos referentes a la familia, tomando en cuenta que esta constituye un objeto de estudio de gran riqueza, para la observación y comprensión de los fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos (INEGI, 1998).

Posteriormente se presenta una revisión sobre las principales características y problemáticas de las familias mexicanas en la actualidad. A continuación se toca lo referente al papel de la terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa de intervención. Finalmente, se presenta una descripción y análisis de los escenarios en los que se llevó a cabo la práctica clínica que forma parte del programa de Residencia en Terapia Familiar.

1.1. Características del campo psicosocial

En la familia se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos (Moctezuma y Desatnik, 2001).

El Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010) señala que el término hogar aporta criterios operativos para analizar la dinámica sociodemográfica de las familias, ya que hace referencia al conjunto de individuos que comparten «un mismo techo y un mismo fuego», lo que en la práctica permite incluir a los individuos co-residentes, es decir, aquellos que sin tener un vínculo consanguíneo o legal viven en el mismo lugar, compartiendo alimentos, gastos y el consumo dentro del ámbito doméstico. Cabe mencionar que este organismo utiliza indistintamente los términos *hogar* y *familia*.

La convivencia e interacción familiar se organiza en torno a espacios hogareños donde tiene lugar la socialización primaria de hombres y mujeres. En los hogares se despliegan fuertes lazos de afecto y solidaridad; se transmiten los valores que nutren y enriquecen la vida de las personas; se reúnen y asignan los recursos dirigidos a satisfacer las necesidades de sus miembros; se configura la división del trabajo con arreglo a las normas culturales y de acuerdo con la edad, el sexo y el parentesco de sus integrantes; y se toman las decisiones relativas a los eventos vitales de relevancia en el ámbito demográfico que

estructuran y marcan la trayectoria de vida de las personas. Sin embargo, también en la familia se construyen relaciones de poder y autoridad, y a menudo la violencia ejercida en contra de alguno de sus miembros permanece oculta al interior del hogar.

En México, los hogares familiares predominan en el conjunto de las unidades domésticas, uno de los más frecuentes son los conformados por un padre, una madre y al menos un hijo producto de esa unión. Tanto la universalidad como la permanencia en el tiempo de esos hogares han dado lugar a un arquetipo de familia que está presente en nuestra cultura: la familia nuclear, que asigna a cada uno de los cónyuges papeles claramente diferenciados. En este tipo de hogares, tradicionalmente, se espera que el hombre asuma la jefatura del hogar y sea el encargado de proveer la subsistencia diaria de la familia; a la mujer, por su parte, se le asigna el rol de cuidadora de los hijos y el marido, así como la responsabilidad de las actividades domésticas (Eguiluz, 2007).

Sin embargo, en las últimas décadas, la familia se ha ido transformando debido a una serie de cambios demográficos, económicos y sociales, entre otros, el descenso de la fecundidad, la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral; el mayor nivel de instrucción de las generaciones jóvenes; el retraso en la edad para contraer nupcias; el aumento de la disolución matrimonial; la baja constante en el ingreso familiar, que obliga a las familias a incorporar más miembros al mercado laboral para obtener mayores ingresos (INEGI, 2002).

Según el CONAPO, en 2005 sólo 50% de los hogares mexicanos estaban compuestos por una pareja con hijos. El resto son otro tipo de hogares: parejas sin hijos, unipersonales, jefe o jefa de familia con hijos o, entre otros, co-residentes (es decir, hogares formados por personas que no tienen relación consanguínea o legal). Un dato interesante, sobre los hogares conformados por personas sin parentesco, es que alrededor del 7.8% de los hogares que hay en el país son de este tipo (Cuenca, 2006).

De acuerdo con las proyecciones sobre composición de hogares, se calcula que actualmente menos del 50% de los hogares está conformado por matrimonios con hijos y que en los próximos años esa tendencia se incrementará, ya que los hogares mexicanos continuarán diversificando su composición interna. Por lo tanto, aseguran especialistas, los debates públicos y las investigaciones de las ciencias sociales deberían tener en cuenta que el concepto de “la familia” está desapareciendo ante una nueva realidad, dinámica y evolutiva, que revela la convivencia de diversos modelos familiares.

En marzo de 2010, el CONAPO dio a conocer algunas estadísticas sobre la conformación actual de las familias mexicanas, en las que prevalece un incremento en el número de hogares comandados por mujeres y de aquellos en donde vive una sola persona, mientras que el tamaño promedio va a la baja.

De acuerdo con el CONAPO (2010), en el año 2000, la cifra de hogares encabezados por mujeres alcanzaba 16% y en 2008 llegó a 22%, encontrándose que en la actualidad prácticamente uno de cada cuatro hogares tiene una jefatura femenina.

Entre las principales tendencias demográficas que explican este fenómeno destacan la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres; el aumento de la separación y el divorcio; el incremento en la proporción de madres solteras; y los patrones migratorios de hombres y mujeres, particularmente el desplazamiento de mujeres jóvenes a áreas urbanas.

En lo que se refiere al divorcio, las estadísticas muestran una marcada tendencia a la alza. Así, en 1980, por cada 100 matrimonios había cuatro divorcios; en el 2000, esta cifra se elevó a siete divorcios y para 2008 llegó a casi 14 divorcios por cada 100 matrimonios (INEGI, 2008). Situación que se acentuó con las reformas realizadas en octubre de 2008 al Código Civil del Distrito Federal, eliminando las causales para divorciarse y estableciendo que después de un año de matrimonio, basta con que uno de los dos cónyuges ya no quiera continuar con la unión para que se autorice el divorcio, posibilitando de esta manera el llamado “divorcio exprés”. Cabe mencionar que si bien en los días posteriores a la entrada en vigor de dichas reformas, se observó un incremento en el número de solicitudes de divorcio, según fuentes del Tribunal Superior de Justicia del D.F., tres meses después, dicho número había vuelto a los niveles habituales (Notimex, 2009). No obstante, lo que sí parecía mantenerse es una proporción mayor de demandas de divorcio promovidas por mujeres (alrededor del 60% de los casos).

La incorporación de la mujer a la actividad económica ha crecido de manera sostenida durante las últimas décadas. Los datos evidencian que más mujeres concilian su maternidad con actividades laborales, observándose que la tasa de participación económica se ha incrementado de 12.7 en 1970 a 40.4 en 2006. No obstante, se observa que altas descendencias son incompatibles con la participación laboral, así, la tasa de participación económica de las progenitoras se encuentra asociada con el número de hijos: de las madres que tienen uno o dos hijos, 47.4% de ellas trabaja, mientras que aquellas que tienen tres o más hijos, 35% se encuentran en una actividad económica (CONAPO, 2009).

En cuanto a los hogares unipersonales, los datos de ese organismo confirman que de 1990 a 2009 el número de hogares unipersonales aumentó de 4.9 a 9.7%.

Por otro lado, mientras que en 2000 las familias nucleares se componían por 4.4 miembros, en 2008 la cifra era de 4.08 miembros en promedio.

Ante la creciente dificultad que representa fundar y mantener una familia, en México se ha observado un crecimiento en el número de hogares de estructura extensa, es decir, con familiares en segundo grado del jefe de la familia. Así, en uno de cada diez hogares

ampliados los jefes de la unidad doméstica viven con sus padres; en 28% con los yernos o nueras del jefe y, finalmente, en casi 60% los jefes del hogar dicen vivir con sus nietos.

Con cifras de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares, el CONAPO (2010) establece que entre los años 2000 y 2008 las familias ampliadas aumentaron su participación en 22%. Tendencia, que según el mismo organismo podría asociarse a las dificultades para organizar la vida independiente en hogares distintos a la familia de origen o al envejecimiento de la población y los arreglos familiares entre las familias.

Otra categoría que se observa, aunque con una proporción todavía muy baja, es la denominada DINK (por sus siglas en inglés) o “Doble Ingreso sin Hijos”, esto es, parejas donde ambos trabajan y no quieren tener hijos. Aunque la encuesta reconoce que es difícil 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 un 3%.

1.2. Principales problemas que presentan las familias

Como se puede ver, en las últimas décadas se han dado cambios importantes en el tamaño y estructura de la unidad familiar, dando lugar a diversas configuraciones familiares. Sin embargo, estos cambios también han ocurrido en familias consideradas como tradicionales, particularmente a causa de cambios en la vida laboral (Fishman, 1994).

Estos cambios repercuten en todos los niveles sociales y grupos étnicos. Existe un lazo recursivo entre la economía y la estructura social de la familia. Así, por ejemplo, las presiones económicas desestabilizan el matrimonio, y el divorcio impone más presiones económicas a la familia (Fishman, 1994).

Todos estos cambios han aumentado las tensiones en las familias y han dificultado la convivencia. Además, la investigación ha revelado que la aptitud de la familia para dominar la tensión y producir transiciones evolutivas con las crisis consiguientes parece conectada con los modos en que la familia se relaciona con el contexto social más amplio dentro del cual existe (Fishman, 1994).

En el caso de México (INEGI, 1998), la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles. Frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las familias han tenido que absorber distintos costos económicos y sociales. Estas estrategias de adaptación involucran tanto a la organización interna del grupo familiar, como al reforzamiento de los vínculos de parentesco que dan cuenta de la existencia de una red de comunicación y apoyo entre familias emparentadas, más allá de los muros de la vivienda. Estas transformaciones se manifiestan, hasta cierto punto, en la estructura, ciclo de vida y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares familiares, y permiten apreciar la flexibilidad

de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales.

Al mismo tiempo, cada vez hay más familias en condiciones vulnerables y las fuentes de tensión y desintegración familiar se amplían. La ruptura de los vínculos familiares ha tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden abandonados a sus propios medios, además de que dejan de asistir a la escuela, viven en condiciones muy desfavorables y se exponen, cada vez más, a riesgos como la drogadicción, la explotación laboral, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. El estado emocional de las personas está asociado a situaciones de conflicto cotidianas en el entorno social, incluyendo el ámbito familiar.

En México, como en muchos otros países en vías de desarrollo, el adecuado desempeño de las funciones de la familia a menudo se ve obstaculizado por diversas vulnerabilidades de origen social, lo que deja a sus miembros en condiciones severas de indefensión e inseguridad, al tiempo que constituye un factor decisivo en la trasmisión intergeneracional de la pobreza u otros problemas.

Actualmente en nuestro país existen múltiples problemáticas, que abarcan ámbitos tan diversos como la salud, la educación, la economía, etc. Situación que se ve reflejada, en aspectos más concretos como el incremento de casos de adicción a las drogas, enfermedades crónico-degenerativas, deserción escolar, desempleo, desintegración familiar, violencia contra la mujer y violencia intrafamiliar, entre otros. A continuación se hace una breve revisión de algunas de las principales dificultades que enfrentan las familias mexicanas.

a) Disminución de la fecundidad, aumento en la esperanza de vida y envejecimiento de la población

Hace más de 40 años, en México la tasa de fecundidad era de alrededor de 6 hijos por mujer. Tasa que muestra una tendencia a la baja, pasando de un promedio de 6.8 hijos por mujer en 1970 a 2.1 hijos por mujer en 2008, cifra que según datos del INEGI (2010) se mantiene hasta el momento. Esto se relaciona de manera importante con el porcentaje de mujeres en edad fértil que utiliza algún tipo de método de anticoncepción, cifra que aumentó de 30.2 % en 1976 a 70.9 en 2006.

Al contrario de lo que sucede con la tasa de fecundidad, la esperanza de vida ha registrado un incremento considerable, hace varias décadas la esperanza promedio de vida era de 35 años, en la actualidad es de 75.4 años (INEGI, 2010).

De acuerdo con estimaciones del CONAPO (2005), el número de adultos mayores (60 años o más) que hay en el país casi se ha triplicado desde 1970 a la fecha. La tasa media anual de crecimiento de este grupo de población, se ha mantenido en ascenso desde mediados de los años setenta, con un incremento de 1.9% anual en 1976 a 3.56% en la actualidad.

De acuerdo con las condiciones de mortalidad prevalecientes en 1930, sólo 30.1% de los recién nacidos esperaba llegar a la senectud; pero debido al notable descenso del riesgo de fallecer, se estima que 48.2% llegó a la tercera edad en 1990. Más aún, entre los nacidos en ese último año, se espera que 87.7% sobreviva hasta los 60 años de edad.

Estos tres fenómenos –el descenso de la mortalidad general, el aumento de la esperanza de vida y la reducción de la natalidad– están dando lugar a un proceso conocido como envejecimiento poblacional. La conjugación de estos factores hará que la tasa de crecimiento de las personas de la tercera edad alcance niveles inéditos en la historia demográfica del país. Se estima que la proporción que representan de la población total irá también en constante ascenso: a 12.5% en 2020, 20.2% en 2035 y 28.0% en 2050, cuando sean 36.2 millones de adultos mayores (CONAPO, 2005).

Si bien es cierto que el envejecimiento de la población representa el triunfo de un proyecto de nación que vislumbró la necesidad de garantizar el derecho de las personas a gozar de una vida larga y saludable, y a decidir sobre el número y espaciamiento de la descendencia; los retos que plantea este fenómeno son de gran magnitud porque exigen una extraordinaria capacidad de adaptación de las instituciones, tanto macroeconómicas y sociales, como microsociales, asociadas a la institución familiar y a las relaciones intra e intergeneracionales.

b) Condiciones de salud

En México, desde hace décadas, se ha observado un cambio en la manera de enfermar y de morir. Hoy predominan como causas de daño a la salud las enfermedades no transmisibles y las lesiones. Estos padecimientos son más difíciles de tratar y más costosos que las infecciones comunes, los problemas reproductivos y las enfermedades relacionadas con la desnutrición, que en el siglo XX fueron las principales causas de defunción. Esta transición está íntimamente asociada al envejecimiento de la población y al reciente desarrollo de riesgos relacionados con estilos de vida poco saludables, dentro de los que destacan el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la mala nutrición, el consumo de drogas, la vialidad insegura y las prácticas sexuales de alto riesgo (Secretaría de Salud, 2007).

La transformación de los patrones de daños a la salud impone retos importantes, ya que las etapas intermedias y terminales de las enfermedades que nos aquejan predominantemente como sociedad demandan una atención compleja, de larga duración y costosa, que precisa la participación de múltiples áreas de especialidad.

En México los daños a la salud (muerte, enfermedad y discapacidad) tienden a concentrarse de manera creciente en los adultos mayores y se deben sobre todo a padecimientos no transmisibles.

Según estimaciones de la Dirección General de Información en Salud (DGIS) de la Secretaría de Salud, 84% de las muertes en el país se deben a enfermedades no transmisibles y lesiones, y 53% se concentran en los mayores de 65 años.

Menos de 15% de las muertes en el país se deben a infecciones comunes, problemas reproductivos y padecimientos asociados a la desnutrición, que en conjunto se clasifican bajo el término de rezago epidemiológico; 11% se deben a lesiones accidentales e intencionales, y 73% a padecimientos no transmisibles, como la diabetes, los problemas cardiovasculares y el cáncer

Los cambios que se han producido en el patrón de daños a la salud en el país en las últimas décadas se deben en buena medida al desarrollo de riesgos del entorno y riesgos relacionados con estilos de vida. Dentro de los riesgos del entorno se incluyen la falta de acceso a agua potable, la falta de acceso a servicios sanitarios, la contaminación atmosférica y los riesgos laborales. Dentro de los estilos de vida poco saludables destacan la mala nutrición (alto consumo de calorías y grasas de origen animal, bajo consumo de frutas y vegetales), el sedentarismo y el consumo de sustancias adictivas; que han dado origen al surgimiento de riesgos emergentes como el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión arterial, el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el consumo de drogas ilegales, la violencia doméstica y las prácticas sexuales inseguras.

- **Sobrepeso, obesidad y enfermedades asociadas**

México ocupa el segundo lugar a nivel mundial de obesidad, el cual se ha incrementado alrededor de 167% en los últimos 11 años. En tanto que en la población infantil, nuestro país ocupa el deshonroso primer lugar a nivel mundial.

Según datos del IMSS, en México 72% de las mujeres adultas y 67% de los hombres sufren sobrepeso u obesidad. A causa de la obesidad, se corre el riesgo de que una persona sana padezca distintos tipos de enfermedades no transmisibles, como diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares. De hecho, alrededor de 4.2 millones de mexicanos padecen diabetes, 26.5% de los adultos tienen colesterol elevado, de los cuales 28.8% son mujeres y 22.7% son hombres.

- **Alcoholismo**

El consumo de alcohol se asocia a un número considerable de enfermedades y traumatismos, dentro de los que destacan la cirrosis hepática y los accidentes de tránsito. En México el alcohol es, con mucho, el principal factor de riesgo para muerte prematura en hombres; 11% de las defunciones de varones en el país están asociadas a su consumo.

Es importante señalar que cierto tipo de patrón de consumo es el que resulta particularmente riesgoso. En México una alta proporción de los bebedores consume alcohol con poca frecuencia pero en gran cantidad, patrón que se califica

como de alto riesgo. Este patrón está diferenciado por sexo; se presenta en 44% de los hombres y sólo en 9% de las mujeres bebedoras.

- **Consumo de drogas**

Nuestro país ya se ubica dentro del grupo de países de alto consumo de drogas ilegales. Se calcula que más de medio millón de mexicanos las consumen regularmente. De ellos, 280 000 son dependientes severos y entre los detenidos por diversos delitos, las consumen 9 de cada 10 personas.

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, tres y medio millones de mexicanos de entre 12 y 65 años de edad han consumido drogas alguna vez en su vida; 77% de estos consumidores son hombres y el resto son mujeres. Existen evidencias recientes que hablan de una reducción en la edad de inicio en el consumo de sustancias adictivas, así como de un aumento en la disponibilidad de cierto tipo de drogas ilícitas entre la población estudiantil.

Los efectos de este consumo sobre la salud son enormes. Se calcula que más de 90% de los consumidores de drogas inyectadas de los grupos más vulnerables del país son positivos a hepatitis C, 84% a hepatitis B y 6% se encuentran infectados con VIH. Los adolescentes que consumen sustancias ilegales tienen cinco veces más probabilidad de presentar conductas suicidas. Además existe una importante relación entre el consumo de sustancias y la comisión de delitos. En más de la mitad de los casos de delito, hay consumo de alcohol previo. El consumo de drogas daña de muy diversas maneras la salud física y mental de los individuos, y se asocia a fenómenos sociales de prevalencia creciente, como la violencia y la desintegración familiar.

- **Prácticas sexuales inseguras**

Las prácticas sexuales sin protección aumentan la probabilidad de adquirir infecciones de transmisión sexual y los embarazos no planeados o no deseados. Estas prácticas se definen como de alto riesgo cuando se asocian a un alto número de parejas sexuales, una alta frecuencia de cambio de pareja y la falta de uso o el uso incorrecto de métodos de protección y/o anticonceptivos.

- **Discapacidad**

La Comisión Nacional de Derechos Humanos (2010), señala que, de acuerdo con cifras oficiales, en México hay un millón 937 mil personas con discapacidad severa: 813 mil tienen discapacidad motriz, 467 mil problemas visuales, 289 mil tienen discapacidad mental, 281 mil complicaciones de audición y 87 mil de lenguaje.

- **Trastornos mentales**

De acuerdo con un estudio realizado por Monroy Fonseca (2010), sobre la prevalencia y tendencia de trastornos mentales en la Ciudad de México, al analizar datos del Hospital General de México, encontró que de la población de la ciudad

de México, el 2.42% ha sido diagnosticada con depresión, 2.88% con distimia, 0.35% con trastorno de adaptación; 1.7% con trastorno de ansiedad; 0.76% con esquizofrenia paranoide; 0.67% con trastorno de la personalidad; y 0.57% con trastorno somatomorfo.

A pesar de los avances que ha habido, existen diferencias importantes en las condiciones de salud entre zonas geográficas. En general, la salud tiende a ser más precaria y el acceso a servicios de salud más limitado en los estados del sureste del país, en las regiones rurales, en las comunidades indígenas y en las zonas más marginadas.

c) Pobreza y desempleo

Según dio a conocer el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval), el 47.4% de la población mexicana se encuentra en la pobreza.

La crisis financiera internacional ha generado un fuerte aumento en el desempleo. Según datos del INEGI (2010), el desempleo en marzo de 2010 fue superior a la tasa de desempleo del mismo mes en 2009. Por otro lado, de agosto a septiembre del presente, la tasa de desempleo de México subió de 5.44% a 5.70%.

d) Violencia intrafamiliar

Si bien es cierto que las dificultades que enfrentan las familias son diversas, la violencia es un fenómeno que merece especial atención, tanto por su incidencia como por las implicaciones negativas que trae consigo, a nivel individual, familiar y social.

Según datos del INEGI (2003), en uno de cada tres hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, se registra algún tipo de violencia.

La violencia intrafamiliar incluye actos de violencia de pareja, actos de violencia en contra de los niños y actos de violencia contra adultos mayores. De estos tres tipos de violencia, la mejor documentada es la violencia de pareja (que usualmente se da en contra de las mujeres).

En México la prevalencia general de violencia de pareja se ubica entre 20 y 46%, dependiendo de la fuente y de las formas de violencia que incluya la definición. Las formas más frecuentes de violencia son la psicoemocional, física y sexual. La Encuesta Nacional de Violencia contra las Mujeres 2003 (ENVM 2003) indica que este tipo de violencia es más frecuente mientras menor es el nivel educativo de la víctima. Por su parte, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003 (ENDIREH 2003) señala que la violencia contra las mujeres es más frecuente en los hogares donde la mujer trabaja fuera del hogar que en aquellos donde se dedica a quehaceres domésticos.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006 (ENDIREH) encontró que la incidencia de la violencia contra las mujeres alcanza un 67%, mientras que en el Distrito Federal este número se eleva hasta 76.8%. Un dato significativo es que de ellas, el 58.60% son mujeres casadas o unidas en pareja.

La violencia contra las mujeres no respeta fronteras geográficas, culturales o económicas, ni edades. Tiene lugar en el hogar, en el trabajo y en las calles, pero su principal manifestación es dentro del ámbito familiar. Este tipo de violencia es un abuso que refuerza las jerarquías de género y edad. De ahí que también las mujeres pueden agredir y ser violentas. Sin embargo, en nuestro país del total de personas generadoras de violencia, 91 de cada 100 son hombres y 9 mujeres. De cada 100 hogares donde el jefe es hombre, en casi 33 se registra algún tipo de violencia, por 22 de cada 100 de los dirigidos por mujeres.

Las excusas de la violencia contra las mujeres se derivan por lo común de las normas sociales sobre el papel y los deberes apropiados del hombre y la mujer, o sea de las normas relativas al género. Asimismo, la violencia contra las mujeres es diferente de la naturaleza y modalidades de la violencia contra los hombres; ellos tienden a ser víctimas de un extraño o de un conocido ocasional, mientras las mujeres lo son más de un familiar o de la pareja íntima.

Alrededor de 40% de las mujeres que son víctimas de violencia física en el hogar declaran violencia de su pareja también contra sus hijos. Es importante señalar que la violencia contra los hijos no es exclusiva del padre. De hecho, en diversos registros, las mujeres aparecen como las principales generadoras de maltrato infantil, con proporciones mucho más altas que las de los hombres.

Los cambios sociodemográficos que ha venido experimentando México, al articularse o entrecruzarse en el contexto hogareño con algunas de estas vulnerabilidades, tienen el potencial de reducir de manera significativa la capacidad de los hogares para prevenir riesgos o enfrentar situaciones adversas. En este contexto, las políticas sociales y de población se han dirigido a contribuir al fortalecimiento de las familias y las personas que se encuentran en ese tipo de situaciones. Para lograr que el desarrollo sea, efectivamente, un bien al que todas las personas tienen derecho, es indispensable apoyar y proteger a las familias, sobre todo a las que se encuentran en contextos de riesgo o vulnerabilidad social. Actualmente existe una gran preocupación nacional e internacional por situaciones como las mencionadas, que focaliza a la institución familiar como un asunto de interés público, lo que ha conducido, tanto a diversas reformas legales como a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en diferentes niveles (prevención, intervención y rehabilitación).

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), señala que “la familia es la unidad básica de la sociedad y, por consiguiente, tiene

derecho a recibir protección y apoyos amplios”, reconociendo el papel de la familia como unidad elemental para asegurar el bienestar del individuo y como intermediaria en su relación con el contexto socioeconómico más amplio.

En este sentido, México ha venido desarrollando acciones para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de los hogares y apoyarlos, tanto a desplegar estrategias de formación del capital humano en las distintas etapas del curso de vida de sus integrantes, como de acumulación y movilización de activos, con el fin de que estén en mejores posibilidades de cristalizar los proyectos para alcanzar su desarrollo integral. Dichas acciones están encaminadas a aliviar las presiones y cargas que se derivan de modificaciones en la estructura del curso de vida, en las pautas de formación y disolución familiar y en los arreglos residenciales; a proteger y apoyar a los hogares en situación de pobreza o bien a aquellos donde se combinan varios tipos de vulnerabilidad; a promover una más justa distribución de obligaciones y responsabilidades entre hombres y mujeres; y a propiciar relaciones familiares basadas en el respeto y la solidaridad de sus miembros, lo que exige avanzar en la erradicación de todas las formas de violencia que a menudo tienen lugar en ese ámbito, así como promover la importancia de la unión y el fortalecimiento de la familia.

En consonancia con lo anterior, con la intención de coordinar esfuerzos entre la Federación, las entidades federativas y los municipios; en febrero de 2007, se emitió la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, cuyo objetivo general es prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres.

En el caso del Distrito Federal, el 8 de marzo de 2008, entró en vigor la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Distrito Federal, que establece las disposiciones necesarias para prevenir, atender, sancionar y erradicar los tipos y modalidades de violencia contra las mujeres.

Según lo señala el Instituto de la Mujeres del Distrito Federal (INMUJERES), dicha ley está enmarcada en una base conceptual y teórica con la visión de la perspectiva de género y de los derechos humanos de las mujeres. Señala una definición y clasificación de los tipos y modalidades de la violencia que se ejerce contra las mujeres, y la forma cómo debe coordinarse el aparato gubernamental para lograr su erradicación, como un fin último. Asimismo, establece los fundamentos de las políticas públicas y las articula en tres niveles: prevención, atención y acceso a la justicia, los que concatenados entre sí, garantizan el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia.

Para los casos en que se requiera salvaguardar la integridad y la vida de las mujeres, se estipulan un conjunto de medidas de protección, que podrán ser solicitadas cuando se encuentren en peligro, ante la autoridad judicial quien deberá otorgarlas inmediatamente.

La Ley de Acceso reconoce como derechos de las mujeres víctimas de violencia: ser tratadas con respeto a su integridad y el ejercicio pleno de sus derechos; contar con

protección inmediata y efectiva por parte de las autoridades cuando se encuentre en riesgo su seguridad; recibir información veraz y suficiente que le permita decidir sobre las opciones de atención; contar con asesoría y representación jurídica gratuita y expedita; Recibir información, atención y acompañamiento médico y psicológico; acudir y ser recibidas en los casos de violencia familiar, en las Casas de Emergencia y los Centros de Refugio; ser valoradas y educadas libres de estereotipos de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad o subordinación; y acceder a procedimientos expeditos y accesibles en lo que se refiere a la procuración y administración de justicia.

El capítulo de prevención de dicha ley, establece una serie de mecanismos que las instituciones y la comunidad deben trabajar de manera conjunta, a fin de incidir en todos los ámbitos donde se presenta la violencia.

En el aspecto de acceso a la justicia, se consideró que muchas mujeres se encuentran solas al momento de acudir a una instancia para defender sus derechos y que eso influye de manera determinante para que decidan no continuar o tal vez, ni siquiera comenzar una acción jurídica. Por ello se estableció en materia penal la figura de la abogada(o) victimal de las mujeres, así como en materia civil, familiar y laboral, entre otras. La figura de la abogada(o) va más allá de la simple asesoría, de acuerdo a la ley, tiene las obligaciones de una representación legal, con todo lo que eso implica (INMUJERES, sin fecha).

Por otro lado, la Ley de Sociedad de Convivencia para el distrito Federal, publicada el 16 de noviembre de 2006, en la Gaceta Oficial del Distrito Federal, establece las bases para legalizar y dar certeza jurídica en lo referente a derechos y obligaciones (por ejemplo, en materia de alimentos, sucesiones y tutela) a personas que viven juntas sin ser parientes consanguíneos o colaterales. Según esta ley, se entiende como Sociedad de Convivencia al acto jurídico bilateral que se constituye, cuando dos personas físicas de diferente o del mismo sexo, mayores de edad y con capacidad jurídica plena, establecen un hogar común, con voluntad de permanencia y de ayuda mutua. Así, dicha ley da respuesta a una de las realidades de nuestro país, pues como se mencionó antes, un porcentaje importante de los hogares de México están constituidos por personas sin ningún tipo de parentesco.

Es evidente que la familia registra una creciente diversificación de su estructura y adopta formas anteriormente menos comunes, impulsadas por la cambiante división del trabajo intrafamiliar, las pautas de nupcialidad y los crecientes índices de separación y divorcio, entre otros factores. La transición demográfica también incide en la configuración de la familia, prolongando la sobrevivencia a edades tardías y con ello el tiempo posible de la vida conyugal, incrementando la co-residencia de varias generaciones, concentrando las responsabilidades hacia los padres ancianos en un menor número de hijos, reduciendo el tiempo que dedican madres y padres a la crianza de hijos pequeños, entre muchos otros.

En consecuencia, es necesaria una intervención integral que tome en cuenta las profundas transformaciones que experimenta la vida doméstica, las relaciones familiares, los roles

masculino y femenino e intergeneracionales y la organización del espacio hogareño y del tiempo familiar.

1.3. La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa de abordaje.

Como lo señala Fishman (1994), la terapia familiar comenzó esencialmente como un movimiento de reforma contra la psiquiatría y la psicoterapia ortodoxa, ya que mientras algunos psiquiatras y psicoterapeutas insistían en localizar los problemas en el paciente individualizado, Don Jackson, Virginia Satir, Nathan Ackerman, entre otros, señalaron los roles del juego familiar en el sustento de la conducta problema y orientaron la disciplina por caminos creadores a tratar pacientes por medio de un trabajo dentro del contexto de la familia. Su nuevo enfoque representó un cambio de paradigma genérico. El contexto del paciente pasó a ser tan importante como los rasgos de su personalidad, y la teoría general de sistemas se adoptó como un medio para conceptualizar el contexto y las intervenciones hechas en él. Así, a lo largo de varias décadas, la terapia familiar ha sido codificada, su enseñanza se ha difundido y los terapeutas familiares han adquirido gran eficacia en producir cambios.

Así, una de las posibilidades de intervención, ante las diversas problemáticas que enfrenta la población mexicana, tiene que ver con la atención a nivel familiar, lo que a su vez sugiere la necesidad inminente de la formación de personal altamente capacitado que haga frente a la problemática demandada por la población. En el caso del personal especializado en problemas psicológicos, se puede mencionar, por ejemplo, que es necesario formar terapeutas familiares, capaces de delimitar y detectar las variables asociadas a problemas psicológicos específicos y proponer alternativas de solución efectivas (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Una de las funciones más importantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, es la formación de Profesionales capacitados y comprometidos en la solución de problemas que aquejan a la sociedad mexicana, que se reflejan en muy diversas áreas, entre ellas, la Salud Mental, pues es claro que la crisis puede disparar con mayor probabilidad las situaciones de estrés, agresión, violencia, alcoholismo, desintegración familiar, etc.

Se han desarrollado conocimientos y técnicas que dentro de la psicología pueden coadyuvar a la solución de problemas como los arriba citados, y la UNAM por su larga historia como formadora de cuadros profesionales capacitados, es una de las instituciones idóneas para entrenar a los especialistas que se aboquen a investigar y resolver la problemática de la Salud Mental en el país.

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1994), las familias son holones insertos en una cultura más amplia y la función de la terapia y del terapeuta es ayudarlas a ser más viables

dentro de las posibilidades existentes en sus propios sistemas culturales y familiares. En este sentido, Fishman (1994), señala la importancia de elaborar un plan de tratamiento coordinado y viable con la familia y el contexto más amplio.

El enfoque sistémico puede identificarse precisamente como una de las aproximaciones para el estudio y atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. Asimismo, como proceso terapéutico se caracteriza por su brevedad y por la posibilidad de brindar atención a problemáticas psicológicas diversas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos. Dichas características han resaltado la viabilidad y efectividad de este enfoque en el trabajo clínico en instituciones (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Por otro lado, es importante tener en cuenta que, como el título de este apartado lo indica, la terapia sistémica y posmoderna es sólo una entre múltiples alternativas de abordaje que existen, ante las diversas problemáticas que afectan a las familias.

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

2.1. Descripción y análisis sistémico de los escenarios

Un aspecto importante y distintivo del Programa de Maestría en Psicología, particularmente en la Residencia en Terapia Familiar, es la práctica clínica supervisada. A continuación se muestra una descripción y análisis de cada uno de los escenarios en los que, como octava generación, llevamos a cabo dicha actividad.

2.1.1 Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"

Este Centro se fundó en mayo de 1981 con el nombre de "Dr. Oswaldo Robles", pero debido a que el Dr. Julián Mac Gregor es quien promueve su fundación, se le cambia el nombre por el de este último tras su fallecimiento.

Esta sede depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se encuentra ubicado en la calle Tecacalo, Mz.21, Lt.24 en la Colonia Ruíz Cortines, Delegación Coyoacán; cuenta con un horario de atención de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 hrs.

El Centro está distribuido de la siguiente forma: en el sótano se ubican dos cámaras de Gessell, un salón de usos múltiples, una sala de lectura y dos cubículos para uso de terapeutas. En la planta baja se encuentran la recepción, los sanitarios para los usuarios y uno de los accesos al patio. En el primer piso está la sala de cómputo, además de cinco cubículos, la sala de juntas (que cuenta con circuito cerrado de video y audio, dirigido a uno de los cubículos) y la oficina de quien está a cargo del Centro. En el tercer piso se encuentra una cocina y los sanitarios para el personal.

La colonia en que se ubica, junto con su vecina Santo Domingo, son asentamientos en los pedregales de Coyoacán producidos por la migración de cientos de familias que llegaron de múltiples regiones de la República Mexicana. Hoy es ya una colonia urbanizada donde proliferan los grandes terrenos habitados por familias amalgamadas.

Al ser una zona que cuenta con una gran diversidad de grupos humanos, en su mayoría de escasos recursos, se vuelve un escenario propicio para la investigación e intervención psicológicas, a partir de sus funciones primordiales: la formación, investigación, difusión y servicios a la comunidad.

Dentro de los objetivos del Centro se encuentran:

- Brindar servicios psicológicos a la comunidad, de tal manera que se creen programas preventivos y de intervención, considerando las principales problemáticas de la población.
- Incorporar a los estudiantes de la Facultad de Psicología de diferentes niveles a la práctica profesional del área, de tal forma que puedan desarrollar nuevas habilidades terapéuticas así como fortalecer las ya establecidas; todo esto bajo la supervisión de docentes pertenecientes al área que les compete.

La población que se atiende incluye a niños, adolescentes y adultos, mediante servicios como atención psicoterapéutica individual, de pareja, familiar y grupal (servicio que se proporciona desde diversas perspectivas teóricas); así como talleres, cursos, grupos de reflexión, cine debate, entre otras, que buscan prevenir/incidir en diversas situaciones que así lo requieren.

Los programas del Centro están diseñados a partir de las problemáticas de la comunidad y se organizan de la siguiente manera:

- a) Promoción de la salud
 - Escuela para padres y madres.
 - Desarrollo psicosocial.
 - Hábitos alimentarios.
 - Familia y salud mental.
 - Habilidades para la vida.
 - Fortalecimiento de redes comunitarias.
- b) Género y Violencia
 - Prevención y atención de la violencia.
 - Grupos de reflexión.
- c) Adicciones
 - Adicciones y violencia.
 - Satisfacción marital.

d) Problemas escolares

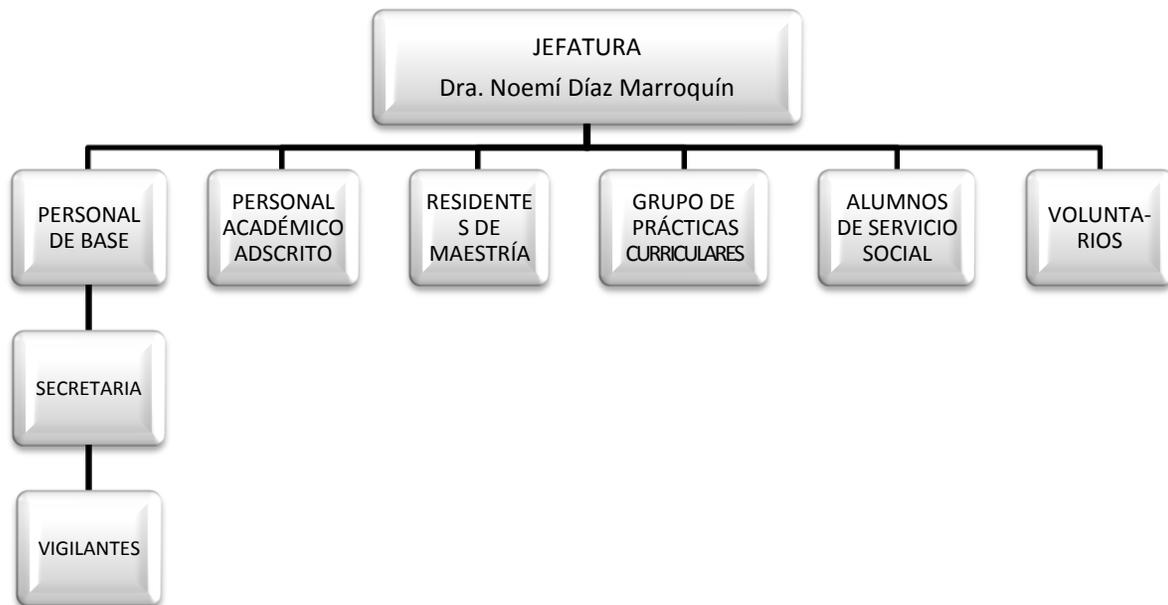
- Sala de libros mágicos (fomenta la lectoescritura y las matemáticas).
- Enseñanza inicial de lectura y escritura.
- Programa alcanzando el éxito en secundaria.

e) Servicio terapéutico

- Humanista.
- Psicodinámico.
- Gestalt.
- Cognitivo- conductual.
- Sistémico.

Entre las problemáticas más frecuentes de la población que el Centro atiende, se pueden mencionar: diferencias familiares y de pareja, problemas de conducta de los hijos, problemas de aprendizaje, adicciones, depresión, ansiedad, violencia, entre otras.

La Dra. Noemí Díaz Marroquín es la encargada de administrar, supervisar, coordinar y dirigir el Centro; contando para ello con el apoyo de personal administrativo y de vigilancia, además de personal académico y alumnado de algunos de los programas de atención psicológica que se imparten en la UNAM a nivel licenciatura y maestría, tal como se observa en el siguiente diagrama.



Dentro del personal administrativo, la secretaria es la encargada de atender a las personas que acuden a solicitar informes sobre los servicios que ofrece el Centro. De igual manera, ella es quien registra en la lista de espera a las personas que solicitan terapia, así como a las personas que se inscriben a los cursos y/o talleres que el Centro ofrece. Dicha lista de

espera, se encuentra a disposición de los terapeutas en formación que acuden al Centro, éstos la revisan y seleccionan a los pacientes que acudirán a terapia con ellos, dependiendo del programa en que se encuentren registrados.

2.1.2 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El Centro fue inaugurado en 1981 por la Dra. Rodríguez, quién en ese entonces era directora de la Facultad de Psicología. En sus inicios estuvo adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado, adquiriendo su autonomía en 1983. El Centro se encuentra ubicado en el sótano del Edificio de Posgrado de la Facultad de Psicología (Edificio “D”), con dirección en Av. Universidad 3004 y cuenta con un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a 19:00 horas.

Para brindar servicios psicológicos esta sede cuenta con 26 cubículos divididos en dos alas; en el ala izquierda se encuentran 12 cubículos, en donde se realizan entrevistas individuales y de diagnóstico y en el ala derecha se encuentran tres cámaras de Gessell (con espejo unidireccional, circuito de televisión cerrado, audio, sillones y sillas) un cubículo para terapeutas, un cubículo para estudiantes de la residencia de terapia conductual, una oficina de asuntos administrativos, recepción y sala de espera, cocina para el personal que presta sus servicios en el centro y sanitarios. En el mezzanine de este mismo edificio están ubicadas otras dos cámaras de Gessell con las mismas características que las mencionadas anteriormente.

La misión del Centro es contribuir a la formación y actualización del estudiante de psicología a través de los diferentes proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter preventivo, de tratamiento y rehabilitación, certificados con calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

Los objetivos actuales del Centro se concentran en tres funciones principales: Docencia, Investigación y Servicio.

En este sentido los estudiantes pueden obtener: A) Entrenamiento y supervisión. B) Trabajos de investigación en coordinación con el programa de maestría y doctorado. C) Espacios donde puedan tomar cursos o talleres para incrementar sus habilidades como terapeutas. D) Elaboración de talleres para las personas que asisten a solicitar los servicios del centro con la finalidad de tener una atención más completa.

Hacia el exterior, el Centro está vinculado con diferentes instituciones, entre otras: DIF, AMATE, IMP, INNN, Juzgados Penales, Juzgados Familiares, Grupo de apoyo a esquizofrénicos y familiares, INMUJERES, ADIVAC, ENLACE, SEP, CAVI, CENDI, e IFAL.

En cuanto a los programas y proyectos que se trabajan en el Centro, se pueden mencionar, por ejemplo:

- Psicoterapia en línea.
- Retroalimentación biológica.
- Programa de conductas adictivas.
- Programa de sexualidad humana.
- Intervención cognitivo conductual en mujeres con conductas alimenticias de alto riesgo.
- Residencia: Programa tratamiento para adolescentes.
- Residencia: Programa tratamiento infantil.
- Residencia: Programa tratamiento familiar.
- Residencia: Medicina conductual.
- Residencia: Tratamiento y rehabilitación neuropsicológica.

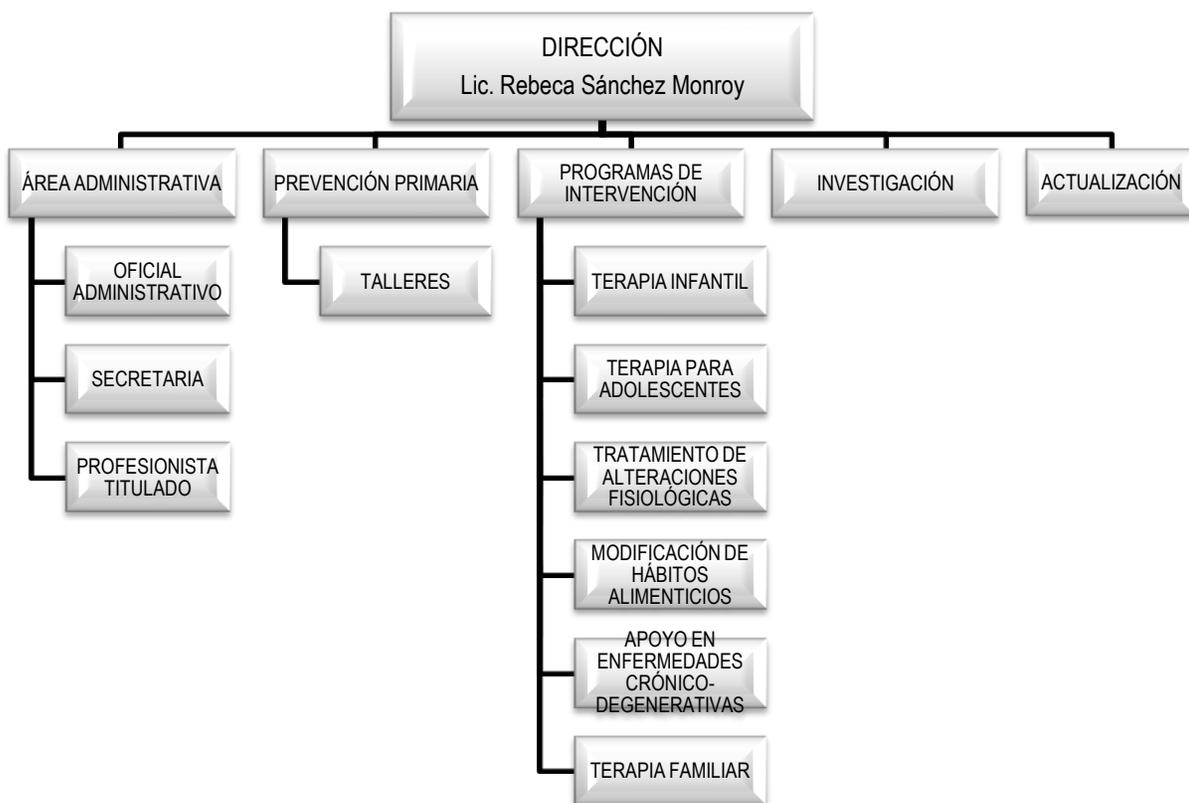
La población atendida en esta sede se constituye por público en general, personas que laboran en la UNAM, estudiantes de la misma, y personas derivadas al centro por diversas instituciones como: Hospitales psiquiátricos, escuelas públicas o privadas, DIF, CENDIS, etc.

Según un informe, se señala que el 60.19% de los pacientes que asistieron al centro son mujeres, mientras que 39.81% de los pacientes que asistieron son hombres. De las edades se observa que el 67.34% de los pacientes fueron adultos, 20.86% adolescentes, 10.40% niños, el resto de la tercera edad. Si bien en este Centro se atiende a personas con diferentes grados de escolaridad, cabe mencionar que cerca de la mitad de las personas que asisten al mismo cuentan con estudios a nivel superior.

Se ha observado que los motivos más frecuentes por los cuáles solicitan consulta en este Centro son: depresión, ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos de conducta, problemas familiares, problemas de pareja, habilidades sociales, autoestima, manejo de emociones, duelo, dificultades académicas y sexuales, entre otros.

El equipo que conforma este Centro está integrado por personal de base del STUNAM que tiene a su cargo diversas funciones administrativas y de mantenimiento. El área académica, conformada por docentes de las diferentes residencias de maestría, así como terapeutas que dan clases a nivel licenciatura. También participan alumnos de licenciatura que están realizando su servicio social o prácticas profesionales y terapeutas en formación que se encuentran inscritos en alguna de las residencias del programa de maestría.

Como se muestra en el diagrama de la siguiente página, la directora del Centro es la Lic. Rebeca Sánchez Monroy, encargada de coordinar tanto a docentes y estudiantes que colaboran en el centro, como al personal administrativo. La Lic. Sánchez Monroy era quien se encargaba también de distribuir los expedientes de quienes solicitaban atención, entre los integrantes de las residencias que realizan sus prácticas en dicha entidad.



El procedimiento por el que deben pasar las personas que acuden al Centro para solicitar algún tipo de ayuda psicológica inicia con la entrega de solicitudes que se realiza en la recepción del mismo, de lunes a viernes de 8:30 a 11:00. En este primer contacto se le pide a cada solicitante llenar un formato preestablecido, que incluye datos generales, motivo de consulta y descripción del modo en que éste afecta distintos aspectos de su vida; en caso de que se solicite el servicio para un menor de edad se pide que acuda con el padre, madre o tutor legal. Continuando con el proceso, algún residente de maestría o alumno realizando su servicio social o prácticas profesionales realiza la preconsulta, donde se indaga con mayor profundidad acerca de la información que la persona vierte en su solicitud, poniendo énfasis en el motivo de consulta, organización familiar e historia del problema.

Posteriormente, se le da una nueva cita para una evaluación psicométrica y luego, como última fase en el procedimiento de ingreso, se lleva a cabo la historia clínica, en donde se obtiene información más detallada. De esta forma se integra el expediente clínico, con lo que finalmente se les canaliza al servicio de algún programa de maestría u otra institución ajena al Centro si el caso no se puede atender en el mismo.

Cabe mencionar que el tiempo de espera para obtener una cita para comenzar con el tratamiento puede variar de semanas a meses, en algunas ocasiones la persona ya no acude a terapia debido al rezago del Centro en atender su requerimiento.

2.1.3 Centro Comunitario “San Lorenzo”

Este Centro surgió en 1985 gracias a la labor social de Luz Bringas y María de los Ángeles Haghenbeck de la Lama. Pertenece a la fundación Bringas-Haghenbeck, una institución de asistencia privada que desde hace más de 70 años brinda atención a diversas necesidades de la sociedad, tales como lo educativo, tercera edad y desarrollo comunitario. Opera gracias al apoyo y colaboración de benefactores del sector privado, público y particulares, quienes aportan donativos en efectivo, especie o tiempo.

Se encuentra en la colonia San Juan Xalpa, una de las 522 colonias que, junto con los 17 pueblos y ocho barrios que conforman la delegación Iztapalapa, sufren actualmente de graves problemas de narcomenudeo y violencia, tráfico de estupefacientes, armas y personas.

Tiene como visión el ser una institución social libre, autosuficiente y en constante desarrollo, con estándares de crecimiento a nivel nacional e internacional. Su objetivo es sostener, promover y apoyar el bienestar de niños, jóvenes y adultos, con el fin de mejorar su calidad de vida.

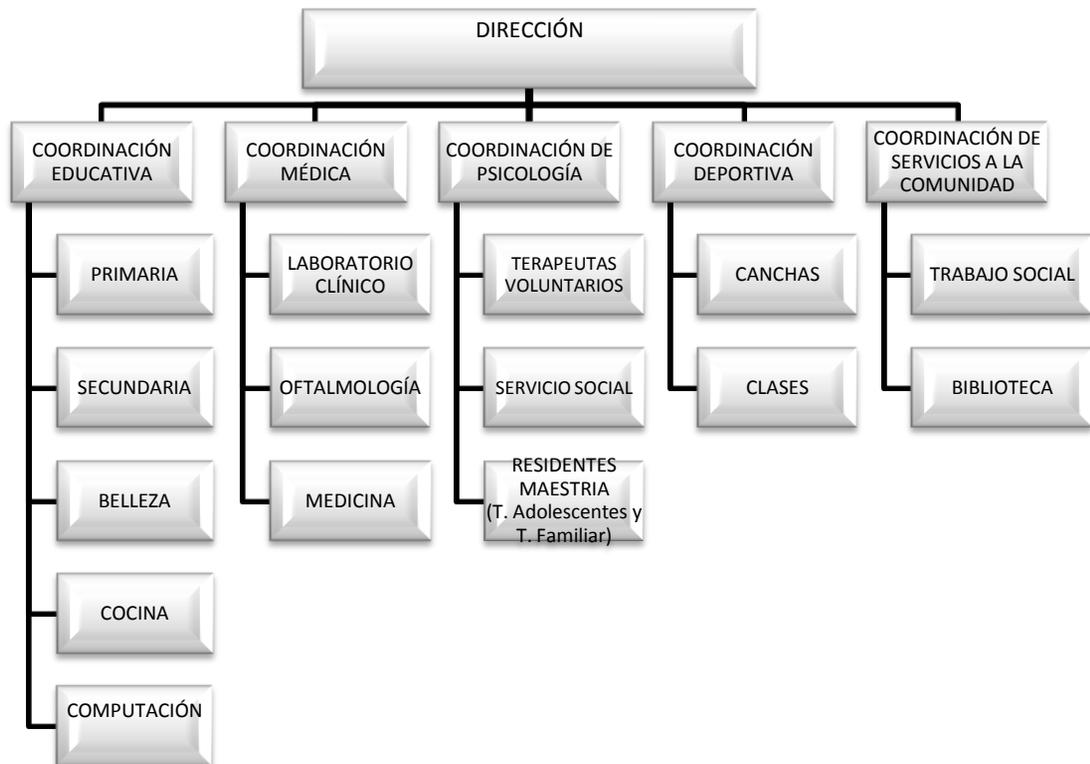
Brinda atención a diversos sectores de la sociedad, cuenta con una oferta de educación abierta, escolarizada y semiescolarizada que pretende ampliar las expectativas y oportunidades, tanto académicas como laborales; por eso pone a disposición de la población estudios de primaria, secundaria y preparatoria abierta para adultos, cursos de secretariado asistido por computadora y talleres de cocina, cultura de belleza, computación, etc. Sus instalaciones constituyen un espacio para que las familias desarrollen actividades educativas, culturales, deportivas, de capacitación y de integración comunitaria, con la intención de prevenir riesgos psicosociales y promover estilos de vida saludables en la población infantil, adolescente, adulta y de la tercera edad.

Entre los servicios que el centro proporciona están los grupos de alcohólicos y de drogadictos anónimos, círculos de adolescentes, clubes de la tercera edad, biblioteca (incorporada a la Red Nacional de Bibliotecas Públicas) y servicios médicos y psicológicos.

Las instalaciones del Centro se ubican en un amplio predio, en el que se distribuyen varios edificios, canchas deportivas y estacionamientos. En el edificio principal se ubica la dirección, la coordinación educativa y la coordinación de servicios a la comunidad; es en este espacio, distribuido en dos pisos, donde se ubican las aulas en las que se imparten los diferentes cursos que se ofrecen, así como las oficinas y la biblioteca. Teniendo de por medio varias canchas de basquetbol y dos de futbol, se puede llegar a la coordinación deportiva. Detrás de este espacio se ubica un amplio salón que se renta para reuniones sociales. A un lado se ubica la coordinación de psicología, que comparte el espacio con el área médica y enfrente se encuentran tanto el laboratorio médico como el área de oftalmología.

En cuanto al espacio en el que se ubica la coordinación de psicología, se distribuye de la siguiente manera: una sala de espera y recepción, las cuales comparte con el área médica compuesta por dos consultorios (ubicados del lado izquierdo). Del otro lado, se encuentra la oficina del coordinador y la de su asistente, una pequeña sala de juntas y cuatro cubículos para la atención de pacientes.

La coordinación de psicología, se encuentra encabezada por el Lic. Disraelí López, quien además de tener a su cargo la coordinación del personal del área (como se muestra en la siguiente figura), también funge como terapeuta dentro de la misma.



El procedimiento para recibir atención psicológica consiste en anotarse en una lista de espera, ya sea personalmente o vía telefónica, indicando datos generales y motivo de consulta. Posteriormente, el coordinador del área se encarga de distribuir los casos entre los terapeutas voluntarios y los residentes que realizan prácticas en este Centro. Una vez que las personas acuden a su primera cita, es el terapeuta a cargo quien establece la cuota que se ha de cubrir (si bien existe un rango establecido, es flexible), así como la periodicidad de las citas.

2.1.4 Centro Comunitario “Los Volcanes”

Este Centro fue inaugurado el 26 de noviembre de 2004, como parte de un convenio establecido entre la Facultad de Psicología de la UNAM y el Movimiento Popular de

Pueblos y Colonias del Sur, A.C.; cuando se realizó el plan de trabajo se tomaron en cuenta las funciones de docencia, difusión de la cultura e investigación que se realizan en la UNAM, así como la necesidad de cubrir los requerimientos de atención clínica psicológica de esta población que se ubica al sur de la Ciudad de México.

Se ubica en la calle Volcán Cofre de Perote esquina Volcán Fujiyama, en la Colonia Los Volcanes, Delegación Tlalpan. Entre las características distintivas del lugar donde se ubica este Centro, se pueden mencionar las siguientes:

- Zona de alta marginalidad.
- Alto nivel de desempleo y gran actividad de subempleo.
- Asentamientos irregulares y viviendas en malas condiciones
- Carencias en servicios, escaso equipamiento urbano.
- Carencia de servicios de salud y salud mental (ansiedad, depresión, alcoholismo y adicciones)
- Manifestaciones de violencia familiar y social de todo tipo.

Con la creación de este centro se busca proporcionar atención psicológica con personal preparado para realizar una labor profesional de alto nivel a los habitantes de la comunidad que les permita contar con más recursos para prevenir, enfrentar y solucionar necesidades en el campo de la salud mental comunitaria, en los niveles individual, familiar y social.

Dentro de la misión del Centro está el ofrecer servicios psicológicos de calidad al alcance de la comunidad en los aspectos de evaluación, diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas de salud mental, mediante el desarrollo de actividades relacionadas con la atención y solución, la educación para la salud y la investigación clínica comunitaria.

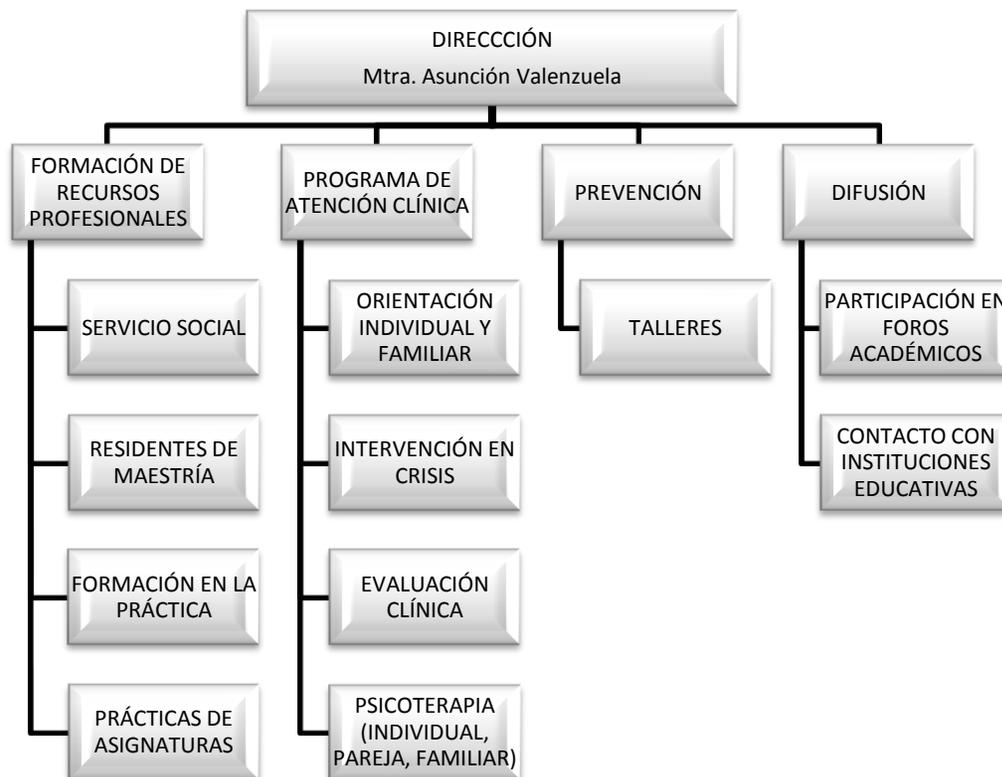
El objetivo de esta sede es contribuir a la formación profesional de estudiantes de la carrera de psicología, mediante su participación en actividades preventivas, de intervención psicoterapéutica y de investigación, bajo la asesoría y supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia.

Este Centro ofrece atención clínica a niños, adolescentes y adultos. Este servicio abarca: evaluación y diagnóstico, orientación individual y familiar, psicoterapia individual, psicoterapia de pareja, psicoterapia infantil, psicoterapia familiar, psicoterapia de grupo e intervención en crisis.

Otro de los servicios que se ofrece tiene como finalidad la prevención, por lo que también se ofrecen diversas conferencias, talleres y asesoría a instituciones.

Siendo directora del centro la Mtra. Asunción Valenzuela, entre su personal se encuentran académicos de la Facultad de Psicología, estudiantes de servicio social, voluntarios e interesados en la práctica clínica comunitaria. Todos participan en la búsqueda de soluciones a diversos problemas de salud mental que afectan a los habitantes de la

comunidad aledaña al Centro; organizándose para ello, como se muestra en el siguiente diagrama.



El procedimiento para recibir atención es el siguiente: se llama o acude al centro para solicitar una cita (se atiende en ese momento). Se dan de una a tres entrevistas de evaluación y después se decide si se dará un tratamiento, una orientación o se canalizará a otra institución especializada (por ejemplo, una institución psiquiátrica). Cada caso, después de la primera o segunda entrevista, se presenta al grupo y a la supervisora para ser discutido y evaluado. Este proceso es parte del formato de enseñanza que se sigue en el Centro.

2.1.5 Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

El hospital surge de la necesidad de dar a los niños con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; es entonces cuando un grupo de médicos encabezados por la Dra. Matilde Rodríguez Cabo, inician una lucha por la reforma integral del nosocomio, creando un pabellón exclusivamente para niños.

Al cierre de este hospital que se llamaba “La Castañeda”, fueron separados adultos y niños; construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, que en su inicio tenía una capacidad de 200 camas. Su primer director fue el doctor Velasco Alzaga, distinguido paidopsiquiatra con conocimientos en salud pública.

El hospital fue diseñado con un área de consulta externa y un área de hospitalización. El área de consulta externa inició como un servicio de consulta general, pero al pasar el tiempo hubo necesidad de integrar clínicas especializadas en trastornos específicos, con base en la población que demandaba un alto grado de subespecialización.

La consulta externa cuenta con siete clínicas:

- 1) Clínica del desarrollo: retraso mental y niños con alto riesgo.
- 2) Clínica de las emociones: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.
- 3) Clínica de trastornos de la conducta: Atiende a menores entre 6 y 12 años que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hiperquinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.
- 4) Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual): atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual. Cabe añadir que en esta clínica también se atiende a niños perpetradores de abuso sexual, siendo esta atención única en su género.
- 5) Psiquiatría legal: Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.
- 6) Hospital de día: Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo como autismo.

En el área de consulta externa, los requisitos para la consulta de primera vez consisten en la asistencia de un niño acompañado por un adulto responsable (preferentemente padres o representante legal); donde han de presentar un documento de referencia de alguna institución, copia del acta de nacimiento, copia de la identificación oficial del familiar responsable o representante legal y un comprobante de domicilio. Para las consultas subsecuentes es necesario contar ya con un expediente abierto.

Por otra parte, los servicios de urgencias y hospitalización atienden los 365 días del año durante las 24 horas. Cuenta con dos unidades especializadas:

- PAIDEA: Atiende a personas que sufren farmacodependencia mediante actividades como educación física, terapia ocupacional y un tratamiento convencional. Esta unidad atiende de ocho a cuatro de la tarde de lunes a viernes.
- Unidad de adolescentes para varones y mujeres: Atiende a adolescentes hombres y mujeres por separado con trastornos psiquiátricos graves (depresión, psicosis, intentos suicidas y trastornos severos de la conducta) que requiere hospitalización para su manejo.

La asistencia que ofrece el hospital está orientada a tratar los problemas de salud mental que presentan niños y adolescentes de un modo multidisciplinario que tome en cuenta sexo, edad y padecimiento del paciente. Para este fin cuenta con cinco áreas: hospitalización continua, hospitalización parcial, consulta externa, psiquiatría comunitaria (ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del

hospital) y enseñanza (realiza actividades de investigación y apoya la formación profesional del personal perteneciente al área de la salud).

El hospital ofrece atención en dos modalidades básicas:

- Consulta no urgente (abarca problemas de aprendizaje escolar, problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo ni la vida del paciente ni la de otros, y problemas emocionales o del comportamiento de larga duración).
- Atención urgente (en este caso el servicio se da a personas que presenten conducta agresiva incontrolable, intento de suicidio, crisis de angustia, intoxicación actual por drogas o medicamentos, inquietud y agresividad incontrolable, fallas graves de conducta que no puedan ser controladas por la familia).

Los servicios que ofrece el Hospital son multidisciplinarios, dado que cuenta con paidopsiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, personal de servicios médicos, terapéuticos y de rehabilitación. Es el paidopsiquiatra el especialista que tiene el primer contacto con el paciente y/o familiares; él a su vez coordina el equipo y es responsable de la atención integral del usuario. Estos equipos realizan las siguientes actividades:

- Psicología. Se encargan de realizar psicodiagnósticos, dar psicoterapia individual o grupal; y proporcionar pláticas de información y orientación a familiares de los consultantes.
- Enfermería. Cubren las necesidades que se originan de la atención a los pacientes con problemas de salud mental que acuden al hospital.
- Trabajo Social. Esta área se orienta a la prevención, fomento a la salud y rehabilitación de los usuarios del Hospital.
- Rehabilitación Psicosocial. Su principal función consiste en lograr la reintegración a la vida cotidiana de los usuarios del servicio, así como obtener un ambiente de vida satisfactorio; esto se logra gracias al trabajo en equipo de especialistas en diferentes áreas como: Educación Especial, Análisis Conductual Aplicado, Psicomotricidad, Terapia Familiar, Terapia de Pareja, Psicopedagogía y Terapia Ambiental.

2.2. Trabajo y secuencia de participación en los escenarios de trabajo clínico.

Para la octava generación, a la cual pertenezco, las actividades de práctica clínica supervisada comenzaron en el segundo semestre, a partir del cual tuve ocasión de participar ya sea como terapeuta o como parte del equipo terapéutico (detrás del espejo).

Todos los integrantes del grupo, tuvimos oportunidad de atender pacientes tanto en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila como en el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro; dado que al ser parte de la Facultad de Psicología, en estos se imparten varias de las asignaturas prácticas de la Residencia.

Adicionalmente, se nos solicitó elegir una sede externa, de entre tres posibles (descritas en el apartado anterior). En mi caso, elegí el Centro Comunitario San Lorenzo, donde, de forma paralela a las dos sedes ya mencionadas, llevé a cabo una parte importante de la práctica clínica supervisada.

En el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila, la atención a pacientes se llevó a cabo en cámara de Gesell. Regularmente el terapeuta a cargo y las personas que solicitaban el servicio se ubicaban de un lado del espejo, y del otro el equipo terapéutico, conformado por el supervisor y el resto del grupo. No obstante, en algunos casos, el equipo terapéutico (fungiendo como equipo reflexivo) se ubicó en la misma habitación que el terapeuta y los pacientes. En este escenario, además de los casos en que fungí como terapeuta o como parte del equipo terapéutico, también participé en la realización de preconsultas.

En el Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, la supervisión también se realizaba en vivo, ubicándose el terapeuta y la familia en un cubículo, en tanto que en otra habitación el equipo terapéutico podía seguir las sesiones mediante un circuito cerrado de televisión. Si bien la mayoría de las sesiones se llevaron a cabo de esta manera, en algunos casos, la supervisión se llevó a cabo de forma narrada (siendo esto la excepción a la regla).

En tanto que, en el Centro Comunitario San Lorenzo, al no contar con cámaras de Gessell ni circuito cerrado de televisión, lo usual era que sólo el terapeuta a cargo se encontrara con la familia y que la supervisión fuese narrada.

Cabe mencionar que más adelante (Capítulo III) se incluye una tabla con los datos básicos de cada uno de los casos atendidos durante la Residencia.

CAPÍTULO II

ANÁLISIS DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO DE LA TERAPIA FAMILIAR

Independientemente del área de conocimiento de que se trate, para entender una teoría, lo usual es indagar acerca de cuándo, dónde y cómo se gestó, así como respecto a sus principales exponentes; en otras palabras es necesario saber cómo es que se construyó ese cuerpo de conocimientos. En este sentido, para lograr una mejor comprensión de la terapia familiar con enfoque sistémico, resulta necesario y útil llevar a cabo una revisión de los antecedentes históricos, así como un análisis epistemológico.

Por tal motivo, a modo de introducción, a continuación se presenta un rápido recorrido a través del tiempo, en lo que se refiere a la historia de la Terapia Familiar (a nivel global, pero también específicamente en México), para posteriormente, pasar a una revisión de los fundamentos teóricos de dicho enfoque.

1. HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR

Quienes han seguido el desarrollo de la Terapia Familiar, señalan que ésta surge como un cuestionamiento a las ideas dominantes en el área de la salud mental, que en su momento representó la corriente psicoanalítica (Hoffman, 1981), situación que se hace evidente al observar que los primeros trabajos en lo que a Terapia Familiar se refiere, fueron emprendidos justamente por quienes antes se dedicaron a la psiquiatría y el psicoanálisis.

Sánchez y Gutiérrez (2000) menciona que, inicialmente, la Terapia Familiar parece ocupar un lugar como apoyo a otras profesiones, siendo hasta la década de 1930 cuando se independiza y se pronuncia como una disciplina aparte.

Teniendo en mente que en toda narración existen diferentes perspectivas respecto a los hechos ocurridos y que es prácticamente imposible que haya un acuerdo absoluto sobre cómo ocurrieron, sin pretender que se trate de la versión correcta, a continuación se incluye un cuadro cuyo objetivo es dar una visión cronológica de algunos de los eventos principales que conforman los inicios de la Terapia Familiar, según lo mencionan autores como Lyn Hoffman (1987), Daniel Sánchez y Gutiérrez (2000) y Luz de Lourdes Eguiluz (2004).

HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR¹

| | |
|------------------|--|
| 1929-1932 | El movimiento inicia en Alemania con Hirschfeld, quien realizó por primera ocasión estudios de familias. |
| 1930 | Popenoe abre la clínica del Instituto de Relaciones Familiares. Introduce el término “Consejero Matrimonial” a E. U. |
| 1930 | Abraham Stone considerado pionero en Terapia Familiar, dado que la practicaba desde su época de residente en 1930. |
| 1932 | Emily Mudd establece la práctica de la terapia familiar en Filadelfia. Una de las tres personas responsables de fundar la AAMC, con el objetivo de concentrar a los especialistas en esta área y establecer lineamientos para su práctica. |
| 1938 | David y Vera Mace llevan a cabo el primer concilio de consejeros matrimoniales en Inglaterra. Entrenaban voluntarios para ofrecer orientación y apoyo a familias en crisis o desintegradas. |
| 1945 | Fundación de la AAMC (Asociación Americana de Consejeros Matrimoniales) |
| 1951 | John Bell, considerado “padre de la terapia familiar moderna” comienza a ver a las familias de sus pacientes. |
| 1950’s | Ackerman estudia la dinámica familiar en la patología del paciente. Funda la Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services. |
| 1950’s | Midelfort, Lide y Bowen refieren atención a pacientes psiquiátricos con la participación de la familia. |
| 1959 | Se funda el MRI en Palo Alto especializado en terapia familiar de la comunicación (Jackson, Bateson, Haley, Kanton, Satir, Watzlawick, Weakland). |
| 1962 | Aparece Family Process, unificando el campo de la terapia familiar. |
| 1967 | Ivan Boszormenyi-Nagy y colaboradores organizan el primer programa de capacitación de terapeutas familiares en Holanda, lo difunden en EUA. |
| 1967 | Surge una asociación nacional, la American Family Therapy Association. |
| 1960-1970 | Minuchin, Montalvo, Rosman y Haley establecen un grupo de formación de terapeutas familiares, con un sistema de supervisión <i>On line</i> . Las aportaciones de Minuchin y Haley llegaron a conocerse como “Terapia Estructural”. |
| 1967 | Watzlawick y Jackson editan el libro Pragmatics of Human Communication. |
| 1967 | Mara Selvini-Palazzoli, junto con Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin, funda el Instituto de la Familia en Milán. |
| 1969 | Frederick Duhl junto con David Kantor funda el Boston Family Institute |

¹ A menos que se indique un lugar diferente, los eventos mencionados se ubican en EUA

1.1 La terapia familiar en México

De acuerdo con Eguiluz (2004), el movimiento de terapia familiar en México se inicia en la segunda mitad de los años sesenta, como un paradigma alternativo al trabajo psicoterapéutico de los grupos psicoanalíticos y conductistas que dominaban en ese entonces.

En el siguiente cuadro, se muestra un recuento de los principales hitos en el establecimiento y desarrollo de la Terapia Familiar en México, centrándose principalmente en la fundación de centros de formación.

LA TERAPIA FAMILIAR EN MÉXICO²

| | |
|---------------|---|
| 1969 | El Dr. Raymundo Macías, en colaboración con Roberto Dervez y Lauro Estrada, establece el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana. |
| 1972 | El Dr. Macías funda el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), tras separarse de la Universidad Iberoamericana. |
| 1975 | Instituto Mexicano de la Familia, surge como consecuencia de la ruptura académica entre Macías y Barragán. Más tarde el instituto cambió su nombre por el de Instituto Mexicano de la Pareja, con el cual sigue funcionando. |
| 1980 | UDLA, institución pionera de la terapia familiar en México, fue la primera que ofreció una formación en terapia familiar con nivel de maestría. |
| 1981 | Surge la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), con el objetivo de agrupar a los terapeutas que laboran en México y permitir el intercambio respetuoso de opiniones; así como difundir el modelo sistémico (en 1989, surge la revista Psicoterapia y Familia). |
| 1982 | Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF), fundado por el Dr. Maldonado, junto con Horacio Skorkick y Estela Troya. |
| 1984 | Instituto PERSONAS, fundado por Anatolio Freidberg, J. Lichtein y D. Villa. Ofrece especialidad en terapia familiar y diplomado en orientación familiar. |
| 1987 | Instituto Cencalli, funciona sólo dos años y reaparece en 1992 como Instituto de terapia familiar Cencalli. |
| 1986 | Instituto Mexicano de Terapias Breves, fundado por Mary Blanca Moctezuma. |
| 1989 | UNAM, ofrece un diplomado en terapia familiar a través de la FES Iztacala y uno de terapia de pareja a través de la Facultad de Psicología. Ambos considerados como los primeros programas de entrenamiento con una visión sistémica que se impulsaron desde la UNAM. |
| 1990's | Surgen diversos institutos y centros de formación en terapia familiar, la mayoría de ellos dentro del D.F. |
| 2001 | UNAM, hay una reestructuración del posgrado e inician cuatro nuevos programas, a nivel maestría, entre ellos se propone un programa único para la residencia en terapia familiar, que actualmente sigue vigente. |

² Este cuadro fue elaborado a partir de la información que refieren Sánchez y Gutiérrez (2000) y Eguiluz (2004).

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

A continuación se presenta una revisión de los fundamentos teóricos de la Terapia Familiar sistémica y Posmoderna, particularmente lo que tiene que ver con la Teoría General de los Sistemas, la Teoría de la Comunicación, la Cibernética y el Posmodernismo.

Para tal efecto, se incluye una breve reseña de cada uno de éstos, así como algunos señalamientos en cuanto a su influencia e implicaciones para la terapia familiar; pretendiendo con esto, contar con una visión general que permita abordar de una manera más clara, lo referente a las modalidades de terapia que se han desarrollado a partir del enfoque general de la terapia familiar sistémica.

1.1 Teoría de los sistemas

Durante mucho tiempo, en el ámbito científico, prevaleció un modelo reduccionista o mecanicista, el cual partía de la premisa de aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo para estudiarlo con el fin de determinar y predecir su comportamiento individual. Sin embargo, a mediados del siglo XX, el biólogo Ludwing Von Bertalanffy, propone la exploración científica del todo y de sus totalidades, en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista, que se consideraba anteriormente (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La Teoría General de los Sistemas, busca encontrar las correspondencias e isomorfismos entre sistemas de todo tipo, así como principios aplicables a todos ellos, independientemente del área de conocimiento de que se trate (Bertalanffy, 1976). Uno de sus postulados apunta a que “el todo es más que la suma de las partes”, en este sentido, en la perspectiva sistémica, se hace énfasis en no aislar los elementos, sino verlos como un todo, así como observar las relaciones entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual.

La teoría de los sistemas aplicada a la terapia familiar permite una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de sus relaciones. Dicha concepción se basa en el siguiente postulado: “El pensamiento contextual y la organización sistémica circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia”, contrastando con el pensamiento lineal de causa-efecto (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Bertalanffy (1976) señala que un sistema puede ser definido como “un complejo de elementos interactuantes” y establece una distinción entre sistemas cerrados y abiertos, en función del intercambio de materia, energía e información con el entorno. Cabe mencionar que los párrafos que siguen, son aplicables a los sistemas abiertos, que es donde se puede ubicar lo que tiene que ver con la psicología.

La Teoría General de Sistemas distingue entre diferentes niveles:

- **Sistema:** entendido como un conjunto de partes interrelacionadas
- **Suprasistema:** que podría entenderse como el entorno del sistema
- **Subsistemas:** que son los componentes del sistema

A su vez, los sistemas pueden ser:

- *Abiertos:* En los cuales hay intercambio de materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica (Cinabal, 2006). Todo organismo viviente es un sistema abierto, con una continua asimilación y eliminación de elementos para mantenerse en un estado de homeostasis y equilibrio; una familia sería un sistema viviente que se rige por los mismos estímulos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- *Cerrados:* No hay intercambio de materia, energía y/o información con su entorno (Cinabal, 2006).

Respecto al intercambio de información (energía) y a su medición, se pueden señalar dos conceptos importantes (Bertalanffy, 1976):

- **Entropía:** tiene que ver con una tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden.
- **Entropía negativa:** favorece el orden y la organización.

Propiedades de los sistemas abiertos:

- *Totalidad o no sumatividad.* El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reductibles a la suma de sus elementos constituyentes.
- *Equifinalidad.* Idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque lo decisivo es la naturaleza de la organización. Es decir, los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio.
- *Equipotencialidad.* Pueden obtenerse distintos estados partiendo de una misma situación inicial.
- *Protección y crecimiento.* En los sistemas existirían dos fuerzas, que permitirían que el sistema se mantuviese estable y se adaptase a situaciones nuevas gracias a los mecanismos de feed-back.
 - a) La fuerza homeostática, que hace que el sistema continúe como estaba anteriormente, es decir mantiene el equilibrio.
 - b) La fuerza morfogénica, que sería la causante de los cambios del sistema.

- *Causalidad lineal y circular.* Entendidas de la siguiente manera:
 - a) Interacción lineal: Relación matemática, las variables aumentan o disminuyen en una cantidad constante.
 - b) Causalidad circular: En las relaciones todo es principio y fin; todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos.

Los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar son:

1. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas, dentro de ella existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad; además de marcar la división de subsistemas.
3. Los patrones que rigen el sistema familiar son circulares y no lineales, se ve a la familia como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de uno de sus miembros es consecuencia pero al mismo tiempo influye en los otros. Así, de acuerdo con Minuchin (1979), el paciente identificado es quien manifiesta los síntomas, pero el problema se encuentra en la estructura familiar.
4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, que es la tendencia central a mantener el equilibrio.
5. La evolución y los cambios son inherentes a los sistemas abiertos, como lo es la familia.

El modelo sistémico ve el comportamiento como resultado de múltiples causas, que no necesariamente son catalogadas como patológicas. En este sentido, desde la perspectiva sistémica no existe un tipo de familia que se considere normal; por lo que se considera que aquella que acude a terapia puede hacerlo por problemas que surgen a raíz de dificultades relacionados con cambios en su etapa de desarrollo, de su interrelación con el contexto, entre otros (Minuchin, 1994). Así, el objetivo de la terapia será hacer más funcional o ligera la problemática del paciente, así como la relación con su contexto (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

2.2 Cibernética

De acuerdo con Sánchez y Gutiérrez (2000), el aspecto básico de la epistemología es crear la diferencia entre una pauta y otra; lo importante es que el mundo puede percibirse de distintas maneras, de acuerdo con las distinciones que uno establezca. En este sentido, la

visión más totalizadora de la cibernética es enfocar la organización circular en lugar de una lineal.

La cibernética es la ciencia que se ocupa de los sistemas de control y de comunicación en las personas y en las máquinas, estudiando y aprovechando todos sus aspectos y mecanismos comunes. El término “cibernética”, se deriva de la palabra griega que puede traducirse como timonel o regulador. Así, podría decirse que se trata de la ciencia de los mandos (Wiener, 1981).

La cibernética pasó por un proceso de cambio que contribuyó en dar al terapeuta familiar dos posturas totalmente distintas desde las que puede accionar.

Cibernética de primer orden (de los sistemas observados)

Se refiere a los sistemas que no cambian sus objetivos mientras no les den nuevas instrucciones al respecto. Se trata de sistemas prediseñados, mecanicistas y controlados, poco aptos para representar los sistemas sociales complejos que evolucionan y cambian autónomamente. Un ejemplo típico lo representa el termostato para regular la temperatura, el cual se pondrá en marcha automáticamente cada vez que la temperatura alcance niveles dados por encima o debajo del intervalo deseado de temperatura.

Los fenómenos acaecidos en los sistemas familiares fueron explicados a través de la Segunda ley de la Termodinámica, la cual postulaba que parte de la energía de un sistema no se transforma en trabajo sino que se gasta, llevándolo a la dispersión irreversible, al desorden (entropía). Así se llega al concepto de retroalimentación negativa, es decir, aquellos procesos mediante los cuales los sistemas corrigen la desviación para mantener su organización, para lograr la homeostasis. La negentropía es el principio ordenador, más allá del cual se encuentra el caos y la destrucción del sistema. En este primer estadio, las intervenciones terapéuticas muestran un énfasis negentrópico, buscando restablecer el orden, para que la familia alcance otra vez el equilibrio (Hoffman, 1987).

El sistema observado se considera fuera del observador, así, la organización del sistema está dada desde una perspectiva de observador-observado, donde el terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema.

Según Keeney (1985), los postulados teóricos de esta cibernética son:

1. Circularidad. Se refiere a la repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo.
2. Estructura. Se refiere a la totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, la estructura podrá cambiar o permanecer estática.
3. Sistemas abiertos. Cuando existe un intercambio de estímulos con el ambiente, sistemas vivos.
4. Retroalimentación. Recurso propio de los sistemas para vigilar su autorregulación a los estímulos externos que sirven de aprendizaje.

Segunda etapa primer orden

Esta cibernética de primer orden tiene un segundo momento, denominado como segunda cibernética por Magoroh Maruyama (1968). Se basa en la manera en que los sistemas, cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación. De acuerdo con Sánchez y Gutiérrez (2000), fue introducida a la terapia familiar por las modalidades terapéuticas de Minuchin y Whitaker; en las cuales aparecen las sesiones llenas de crisis, movimientos desequilibrantes, coaliciones, ataques a subsistemas, dramatizaciones y demás. Técnicas destinadas a estremecer a la familia con la intención de sacarlos de su estado de crisis y ofrecerles otra realidad.

Sin embargo, y pese a su intervención, la idea es que el terapeuta se mantiene fuera del sistema, es decir, como vigilante de un fenómeno a observar o modificar, donde los acontecimientos son vistos desde fuera del sistema observado y no dentro de él.

Cibernética de segundo orden (de los sistemas observantes)

Se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta. En este modelo el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El terapeuta tratará de insertarse en una forma sutil al mundo de la familia. Derivando en un modelo neutral, sin jerarquías de respetuosas aportaciones, ni desequilibrio por parte del terapeuta. En la sesión hay una conversación que intenta disminuir la angustia; se intercambian diálogos respecto del problema presente para ampliar perspectivas, obtener puntos de vista alternativos, con el fin de que la familia solucione sus propios problemas. Así, los logros son fruto de los propios esfuerzos de la familia y no del terapeuta (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Las acciones terapéuticas son concebidas más como una actividad (distinta de las intervenciones) en la que el terapeuta pasa a formar parte del sistema, ahora llamado sistema terapéutico y se inserta para generar propuestas de puntos de vista alternativos y nuevas connotaciones, que ayuden a dejar de lado los comportamientos sintomáticos (Sluzki, 1987).

2.3 Teoría de la Comunicación Humana

Norbert Wiener, un matemático estadounidense, participó en la construcción de aviones que disminuyeran los errores de tiro; estaba interesado en la homeostasis biológica y encontró que un factor muy importante de la actividad voluntaria es el feed-back o retroalimentación, el cual permite corregir la desviación entre el movimiento previsto y el movimiento efectuado finalmente. Las aplicaciones de estas ideas no se limitaron a la ingeniería, ya que Wiener encontró un interés en común con el neurofisiólogo mexicano Arturo Rosenblueth: el mecanismo de retroalimentación en el sistema nervioso.

Aunque Wiener advertía que no era posible una aplicación matemática de la cibernética a las ciencias del comportamiento humano, sí creía factible usar sus conceptos formales para aclarar procesos sociales. El grupo de Palo Alto tomó algunos conceptos de la cibernética para apoyar su enfoque interaccional del comportamiento humano (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

A partir de estos conceptos, Watzlawick, Beavin y Jackson (1967), desarrollan la teoría de la comunicación, señalando propiedades de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas, mismas que resumen en cinco axiomas:

1) La imposibilidad de no comunicar

No hay nada que sea lo contrario de conducta, la no-conducta no existe, en otras palabras, es imposible no comportarse. 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. Actividad o inactividad, palabras o silencio, tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican.

2) Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación

Una comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone una conducta o un comportamiento. Toda comunicación tiene un aspecto de contenido (información, datos, lo que decimos) y un aspecto relacional (que define la relación con el interlocutor, cómo debe entenderse dicha comunicación) tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.

3) La puntuación de la secuencia de hechos

Para un observador una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios de mensajes. Sin embargo, quienes participan en la interacción siempre introducen lo que se denomina "puntuación de la secuencia de hechos".

En otras palabras, se podría decir que tendemos a reducir las secuencias de interacción de manera que podamos asignar iniciativas, la influencia, la subordinación o la responsabilidad a sólo una o algunas de las personas involucradas en una relación, sin embargo, si pidiéramos el punto de vista de cada participante, encontraríamos que cada uno se percibe como replicador de la conducta de los otros.

La puntuación organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. El dilema surge de la puntuación espuria de una serie de interacciones, a saber la pretensión de que tiene un comienzo, y es éste el error de los que participan en tal situación. La

naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.

4) Comunicación "digital" y "analógica"

En la comunicación humana es posible referirse a los objetos de dos maneras totalmente distintas. Se los puede representar por un símil, tal como un dibujo, o bien mediante un nombre. Estos dos tipos de comunicación, uno mediante una semejanza autoexplicativa y el otro, mediante una palabra, son equivalentes a los conceptos analógicos y digitales.

En la comunicación digital, las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje. Se trata sólo de una convención semántica del lenguaje; no existe correlación entre la palabra y la cosa que representa. Por otro lado, en la comunicación analógica hay algo particularmente "similar a la cosa" en lo que se utiliza para expresarla.

La comunicación analógica es virtualmente todo lo que sea comunicación no verbal. Incluyendo la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción.

El aspecto relativo al nivel de contenido en la comunicación se transmite en forma digital, mientras que el nivel relativo a la relación es de naturaleza predominantemente analógica.

5) Interacción simétrica y complementaria

Es posible agrupar las interacciones en dos categorías básicas: simétricas y complementarias. En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta recíproca. En el segundo caso, la conducta de uno de los participantes complementa la del otro. Así, la simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la complementaria está basada en un máximo de diferencia.

Como lo describe Bateson (1979), las interacciones simétricas pueden describirse en términos de competencia, rivalidad, emulación mutua, etc. Es decir, aquellas donde cierta clase de acción de A estimula en B una acción de la misma clase, la cual a su vez estimula ulteriores acciones similares de A y así sucesivamente. En tanto que las complementarias son secuencias interaccionales en que las acciones de A y B son diferentes pero se amoldaban la una a la otra, por ejemplo, dominio-sumisión, dependencia-nutrimiento.

En una relación complementaria hay dos posiciones distintas. Un participante ocupa lo que se ha descrito como la posición superior o primaria mientras el otro ocupa la

posición correspondiente inferior o secundaria. Estos términos son de igual utilidad en tanto no se los identifique con "bueno" o "malo", "fuerte" o "débil". Una relación complementaria puede estar establecida por el contexto social o cultural (como en los casos de madre e hijo, médico y paciente, maestro y alumno), o ser el estilo idiosincrásico de relación de una díada particular. En cualquiera de los dos casos, es importante destacar el carácter de mutuo encaje de la relación en la que ambas conductas, disímiles pero interrelacionadas, tienden cada una a favorecer a la otra. 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: sus definiciones de la relación encajan.

2.4 Constructivismo y Construcción Social

La *Posmodernidad* representa una perspectiva epistemológica que vino a cuestionar la validez de los valores universales, las creencias absolutas, y los discursos cerrados y excluyentes. Este cambio de paradigma modificó la comprensión de una realidad absoluta y de la verdad exclusiva (visión modernista) a una perspectiva en la que se consideran otras visiones acerca de la realidad y "*otras verdades*" que también están impregnadas de valores y costumbres (visión posmoderna), las cuales cuestionan la supuesta obviedad y solidez de nuestras más arraigadas creencias y valores.

A partir del posmodernismo se pueden identificar dos visiones que han dado pie al surgimiento de enfoques o corrientes que conciben a la terapia como una conversación donde el consultante construye una realidad alternativa a la que le aqueja. Estas dos perspectivas de pensamiento son el Constructivismo y el Construcción Social.

2.4.1 Constructivismo

Este movimiento tiene sus bases en los escritos de Ernst von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela (Elkaïm, 1996).

Relacionado con la Epistemología Cibernética de segundo orden, el constructivismo cuestiona la idea de que existe una realidad independiente del que observa, su planteamiento radical se muestra al proponer que la realidad es una construcción del sujeto que se incluye dentro de lo observado. Así, los constructivistas descartan la objetividad, planteando que el mundo es creado por el que cree estar observando (Ceberio y Watzlawick, 1998).

La visión constructivista cuestiona la existencia de un mundo compuesto por propiedades estables, que existen independientemente de la observación. Así, el mundo se vuelve un mundo de sistemas observantes, en el que el modo de observar modifica lo que se observa. De esta manera, todo conocimiento, incluido el científico, es una construcción dentro de un campo social, es decir, que todo conocimiento no es una serie de experiencias que el sujeto recibe pasivamente de un modo estable, sino que es una

construcción en la que participa activamente, a través de sus interacciones con el medio (Golishian y Winderman, 1989).

Una importante tendencia dentro de la orientación constructivista, destaca que la persona funciona por medio de mapas cognoscitivos elaborados internamente, que ésta es la única realidad cognoscible, que la “realidad externa” es incognoscible, sobre todo por la estructura de nuestro sistema nervioso y, por tanto, que solamente podemos llegar a tener un “encaje aproximativo (*fit*) con la realidad” (Limón, 2005).

Así, bajo este paradigma, los terapeutas familiares han sido encaminados a descubrir que en psicoterapia cuenta más la construcción mutua de lo real que la búsqueda de la verdad. De esta forma se marcó la aparición de una serie de desarrollos teóricos, acerca de la construcción social de la vida diaria y los procesos sociales en las ciencias. Comienza a surgir una nueva imagen de conocimiento humano, que implicaba la idea de que los procesos narrativos tenían una presencia general en la cognición humana (Elkhaïm, 1996).

En este nuevo paradigma explicativo se enfatizan al menos tres principios relativos a la experiencia humana:

1. Que los humanos son participantes proactivos (y no reactivos y pasivos) en su propia experiencia, es decir, en toda la percepción, memoria y conocimiento.
2. Que la vasta mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan las vidas humanas operan a un nivel de conciencia tácito (inconsciente o subconsciente).
3. Que la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales.

Fue a finales de los 80’s cuando comenzaron a tomar fuerza, entre los teóricos de la Terapia Familiar, las ideas derivadas del Contruccionismo Social.

2.4.2 Construccinismo social

De acuerdo con Elkāim (1996), uno de los principales representantes del construccionismo social es Kenneth Gergen, quien describe este movimiento como ligado al Constructivismo, ya que ambos sostienen que el conocimiento es una construcción de la mente y ambos rechazan la existencia de un mundo independiente del observador, sin embargo, para los construccionistas, la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del que observa como plantean los constructivistas, sino en la interacción y en la relación.

El *Construccionismo* emerge en el ámbito de la psicología social, con la Teoría de la Construcción Social desarrollada por Kenneth Gergen; se opone a la idea modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Los teóricos construccionistas consideran que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje. Así, todo conocimiento evoluciona

en el espacio entre las personas, en el ámbito del “mundo común y corriente” (Hoffman, 1992).

Los supuestos fundamentales del Construccinismo Social de acuerdo con Gergen (1996):

1. Nuestras concepciones del mundo no son un todo ya hecho y acabado sino que nosotros como sujetos cognoscentes debemos construir nuestras propias formas de observar al mundo, y no que el mundo sea observado como hecho.
2. El individuo construye sus significados a través del diálogo, no son descripciones y explicaciones controladas por el mundo, ni tampoco son resultado de proposiciones estructuradas dentro del individuo. No niega la existencia de un conocimiento a través de la tradición, pero es incompleto si no se tienen en cuenta las formas de interacción en la que el lenguaje está inmerso.
3. Las descripciones pueden mantenerse independientemente de si el fenómeno ha sufrido perturbaciones o no, de igual forma estas descripciones pueden ser abandonadas sin importar las características que se consideran como perdurables del mundo.
4. Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo que está inmerso dentro de patrones de relación. Estos patrones de relación están situados dentro de un marco social, como un ritual, que se deriva de la pragmática social, lo que hace que las palabras cobren significado.
5. Dentro de una comunidad se evalúan aseveraciones, sin embargo, éstas evaluaciones no son reflexivas, es decir, no se ofrecen elementos para que dichas evaluaciones sean evaluadas, para lo que es necesaria la comunicación de la evaluación de las evaluaciones, permitiendo así que las fronteras dadas se ablanden y permitan que los significados no establecidos cooperen con los ya dados.

La perspectiva socioconstruccionista ofrece la posibilidad de darle otro giro conceptual a nuestra actividad como terapeutas, desde una perspectiva cuya tendencia ha empezado a poner el énfasis en las relaciones sociales, en el papel que juega el lenguaje en la construcción social de la realidad y, más particularmente hablando, en los sistemas de significado implícitos en el discurso con el que nos comunicamos. De ahí que en el ámbito de la psicoterapia se haya empezado a identificar a esta tendencia con los nombres genéricos de “terapias narrativas”, “enfoques colaborativos”, terapias reflexivas”, “aproximaciones conversacionales” o, incluso, “terapias postmodernas” (Limón, 2005).

El construccionismo invita a abandonar la búsqueda de fundamentos -ese punto de vista único y singular que predomina sobre los demás. Invita a soltar la competencia que ha durado tanto entre las diferentes escuelas de terapia, al igual que todas esas posturas que tienen que ver con diagnósticos fijos, "mejores terapias", y comparación de resultados. En cuanto a la práctica terapéutica, se invita al terapeuta a hacer uso de todo lo que le sirva de su contexto inmediato. Bajo estos términos, no existe un solo "método construccionista social" de terapia. La tradición fundamentalista privilegia el diagnóstico del profesional sobre el de la cultura común. Se supone que, culturalmente, la

comprensión de los problemas humanos está llena de prejuicios, malentendidos, y supersticiones, mientras que la del profesional es mucho más exacta y amplia. Para el construccionista, en cambio, una "comprensión más exacta y objetiva" deja de tener vigencia. Todo conocimiento es una construcción, una construcción que está inmersa en una cultura. Por lo tanto, la terapia eficaz requiere -y es normal que lo haga- discursos múltiples, incluyendo el cultural (Gergen y Warhus, 2004).

Estas nuevas formas de pensar llevadas al ámbito de la psicoterapia, favorecieron la aparición de nuevas fórmulas terapéuticas para enfrentar los problemas de las personas. Desde este nuevo punto de vista, no se trata de ver los problemas de las personas como categorías universales o ahistóricas, sino como *Construcciones Sociales* características de un momento histórico y de una particular forma de pensar, tanto de los pacientes como de los terapeutas.

Desde este enfoque se considera que no existe justificación alguna para que el profesional crea que posee conocimientos trascendentales sobre la disfunción o la cura; de hecho, todo conocimiento surge de su inmersión en la cultura y en la historia. Este es el contexto dentro del cual la teoría construccionista invita a que el terapeuta considere alternativas a la posición tradicional de autoridad, y que tome una posición de colaboración al acercarse al cliente (Gergen y Warhus, 2004).

3. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS – METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

En este apartado, se incluye una revisión de los principales modelos de terapia familiar, derivados de la perspectiva sistémica y posmoderna, mismos que se abordaron durante la Residencia, tanto a nivel teórico como en la práctica supervisada.

3.1 Modelo Estructural

3.1.1 Antecedentes y principales representantes

La terapia estructural surgió a finales de los sesentas, fundamentalmente a raíz de la investigación que Salvador Minuchin, junto con E. H. Auerswald, Richard Rabnik y Charles King, realizó bajo la supervisión de Ackerman en la *Wiltwyck School for Boys*, donde estudiaron la dinámica de las familias pobres puertorriqueñas, encontrando que el conflicto se presentaba en sus limitaciones económicas como emigrados y no en problemas psicodinámicos. Dicho trabajo le permitió a Minuchin realizar análisis sociológicos del impacto que el contexto ejercía, ya que después de rehabilitados y dados de alta los muchachos reincidían, debido a los problemas familiares. Con este trabajo se sentaron las bases hacia lo que se convertiría en la Terapia Estructural de la Familia, cuyo principal exponente es Salvador Minuchin (Hoffman, 1987; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Salvador Minuchin nació en Argentina, en 1921, dentro del seno de una familia judía; emigró a Estados Unidos a inicios de la década de los sesenta, contando ya con una formación como médico psiquiatra, se especializó ahí como psicoanalista. A partir de su práctica clínica y de su contacto con las propuestas teóricas de la terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas principalmente de su trabajo con poblaciones de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían problemas psicosomáticos; así como de su trabajo con niños afectados por la guerra que se encontraban en los kibbutz, lo que le llevó a comprender la importancia de trabajar en terapia conjunta con la familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000; Desatnik, 2004).

3.1.2 Principios básicos

Desde el marco de referencia estructural, como un grupo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto, el terapeuta familiar considera al individuo como un miembro de diferentes contextos sociales, que actúa y responde en ese marco. Así, su concepción acerca de la localización de la patología es más amplia que en otros enfoques donde no se toma en cuenta el contexto, y por lo tanto también lo son las posibilidades de intervención (Minuchin, 1979). La terapia estructural de familia es una terapia de acción, enfocada en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado como en otras perspectivas teóricas.

A continuación aparecen tres consideraciones fundamentales en la terapia estructural:

- El contexto afecta los procesos internos
- Las modificaciones del contexto producen cambios en el individuo
- La conducta del terapeuta es significativa en este cambio

Los componentes de la teoría de la terapia estructural pueden agruparse en tres áreas esenciales:

- a) **La estructura familiar:** entendida como el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. En otras palabras, la forma en que se organiza el sistema de acuerdo con *jerarquías* (posiciones que ocupan los miembros de la familia dentro del sistema, que marca subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro), *alianzas* (afinidad positiva entre dos unidades de un sistema), *coaliciones* (cuando una alianza se sitúa en oposición a otra parte del sistema) y *límites* (Desatnik, 2004).
- b) **Los límites:** están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. Su función es proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben definirse con precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Los límites pueden ser de tres tipos y se representan gráficamente como sigue:

| TIPO DE LÍMITES | REPRESENTACIÓN |
|------------------------|----------------|
| Claros o flexibles | ----- |
| Difusos o inexistentes | |
| Rígidos | _____ |

Los dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. Los miembros de sistemas aglutinados pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere un importante abandono de la autonomía. En tanto que los miembros de sistemas desligados pueden funcionar en forma autónoma, pero no hay sentido de pertenencia ni interdependencia.

- c) **Los subsistemas:** se dan por la unión de los miembros para desempeñar ciertas funciones. Los individuos pueden considerarse como subsistemas en el interior de una familia, pero éstos también pueden integrarse por dos o más individuos y conformarse por generación, sexo, interés o función.

Minuchin y Fishman (1994) señalan que el terapeuta ha de contemplar a la familia como una totalidad, que es más que la suma de las partes. Así, se puede considerar a la familia como una unidad (que a su vez es un subsistema de unidades más vastas) y al individuo como un holón de ésta. De acuerdo con Minuchin (1979), las familias tienen subsistemas diferenciados (además del individuo), tres de los cuales poseen significación particular: conyugal, parental y de los hermanos.

- *El subsistema conyugal.* Se constituye cuando dos adultos se unen con la intención de constituir una familia.
- *El subsistema parental.* Está formado por la pareja, pero se constituye como tal cuando nace el primer hijo.
- *El subsistema fraterno.* Es el formado por los hermanos.

Etapas de desarrollo de la familia

La familia está en proceso de cambio continuo, suele estar sometida a presión interna originada en la evolución de sus propios miembros y subsistemas (por ejemplo, la muerte de uno de los miembros) y a la presión exterior originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales significativas que influyen sobre los miembros familiares. Así, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución (Minuchin y Fishman, 1994).

Del mismo modo en que en un sentido genérico la familia cambia y se adapta a las circunstancias históricas, como un sistema semiabierto en transformación, también debe adaptarse a las diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta.

El desarrollo de la familia, según el modelo estructural, transcurre en etapas que siguen una progresión de complejidad creciente, a través de las cuales se observan periodos de equilibrio y adaptación, y otros de desequilibrio. La consecuencia es el salto a un estadio nuevo y más complejo, en que se elaboran tareas y aptitudes nuevas. Este modelo concibe cuatro etapas principales, organizadas en torno al crecimiento de los hijos (Minuchin, 1979; Minuchin y Fishman, 1994):

- La formación de pareja
- La familia con hijos pequeños
- La familia con hijos en edad escolar o adolescentes
- La familia con hijos adultos o “nido vacío”

Este esquema sólo es válido para la familia compuesta por el marido, la esposa y dos hijos como promedio. Aunque la realidad es que es muy probable que constituya algún tipo de red extensa o experimente divorcio, abandono o nuevo casamiento. Lo esencial del proceso es que la familia tiene que atravesar ciertas etapas de crecimiento y envejecimiento, periodos de crisis y de transición.

En este proceso de cambio y de continuidad, las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables. Cuando, frente a esas tensiones, las familias incrementan la rigidez de sus pautas transaccionales, esto se vuelve una situación disfuncional, lo que puede llevar a la familia a terapia. Una de las metas de la terapia es promover el cambio e introducir flexibilidad a través de crear crisis que la empujen a la evolución.

Tipos de familias

Minuchin y Fishman (1984) señalan que existen diversos tipos de familias, en función de sus características distintivas, en lo que a su estructura se refiere, pudiendo ubicar los siguientes:

- Familias de pas de deux
- Familias de tres generaciones
- Familias con soporte
- Familias acordeón
- Familias cambiantes
- Familias huéspedes
- Familias con padrastro o madrastra
- Familias con un fantasma
- Familias descontroladas
- Familias psicósomáticas

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. Un objetivo del proceso de diagnóstico es ampliar la conceptualización del problema, para incluir las transacciones de la familia en su contexto habitual.

Al evaluar las transacciones de la familia el terapeuta se concentra en seis áreas fundamentales:

- Estructura de la familia, pautas transaccionales y alternativas disponibles.
- Capacidad de elaboración y reestructuración.
- Resonancia del sistema familiar, su sensibilidad ante las acciones individuales de los miembros, que va del aglutinamiento al desligamiento.
- El contexto de vida de la familia, analizando fuentes de apoyo y de stress.
- Estadio de desarrollo y rendimiento en las tareas propias de éste.
- Formas en que los síntomas del paciente identificado son utilizados para el mantenimiento de las pautas preferidas por la familia.

El contrato terapéutico

La familia y el terapeuta deben lograr un acuerdo en lo que concierne a la naturaleza del problema y los objetivos del cambio. También es necesario explicitar la logística de la terapia, con aspectos como el lugar, frecuencia y duración de las sesiones. Dicho contrato puede evolucionar y ser más incluyente (sobre todo en los casos donde al principio la familia insiste en que la terapia se centre en el paciente identificado).

Formación del sistema terapéutico (joining)

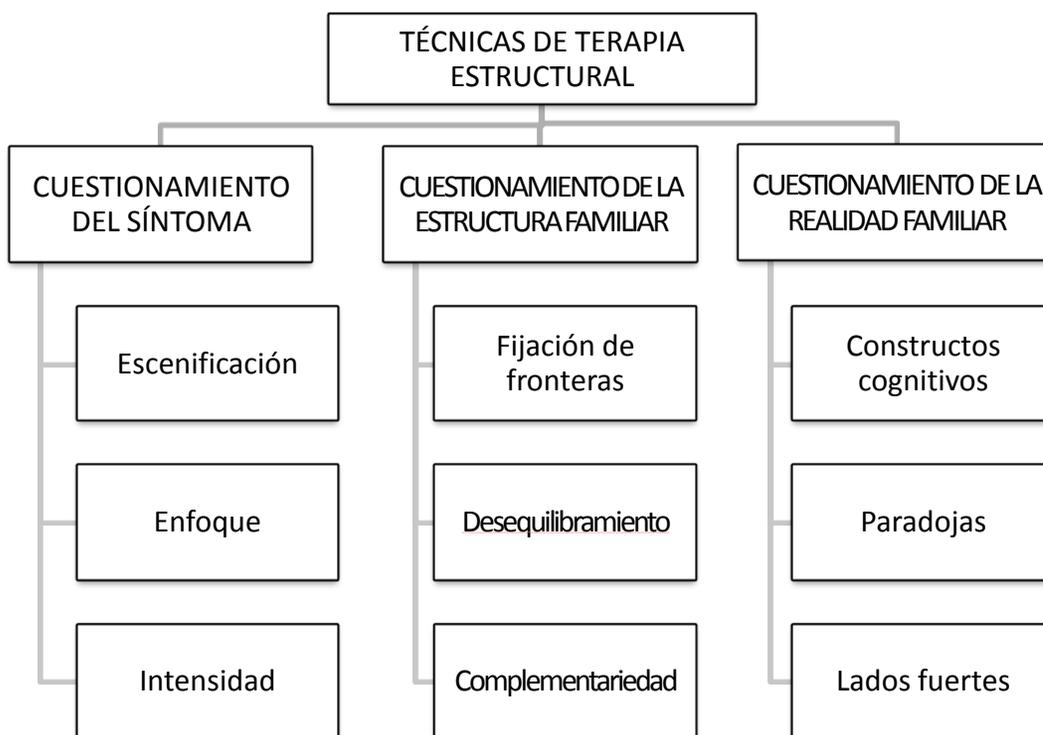
Los métodos del terapeuta para la creación de un sistema terapéutico y situarse a sí mismo como líder se designan como operaciones de asociación. Esto se lleva a cabo a través de los mecanismos de:

- *Unión*: las acciones del terapeuta para relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar, de modo que los haga sentirse cómodos.
- *Acomodamiento*: adaptaciones del terapeuta tendientes a lograr la alianza con la familia, aceptando la organización y estilo de ésta y fundiéndose con ella.
- *Mantenimiento*. Consiste en proporcionar un apoyo programado a la estructura familiar, tal como la percibe y analiza, desde la estructura familiar como un todo hasta las características de los miembros individuales. Se requiere apoyar el potencial, la fuerza o posición de un miembro en la familia.
- *Rastreo*. El terapeuta sigue el contenido de las comunicaciones y de la conducta de la familia, alentándolos para que continúen. Hace preguntas que clarifiquen lo que está en juego, haciendo comentarios aprobadores, sin cuestionar lo que se dice.
- *Mimetismo*. Cuando se planteen situaciones en la familia respecto a las que el terapeuta tiene experiencias comunes, éstas pueden acentuarse y ser utilizadas con fines de reestructuración.

Cabe mencionar que la unión con diferentes subsistemas constituye en sí misma una intervención reestructurante, debido a que otros miembros deben reagruparse para absorber el impacto de la alianza del terapeuta con otro subsistema. Por otra parte, el entrelazamiento que existe entre el acomodamiento y la reestructuración es complejo; en el enfoque estructural se considera que ambos tipos de operación son esenciales para la terapia.

3.1.3 Estrategias de intervención

Desde la perspectiva estructural se considera a la familia como un sistema complejo que en ocasiones funciona mal. En este sentido, en el ámbito de la terapia familiar, hay un acuerdo respecto a que es preciso cuestionar los aspectos disfuncionales de la homeostasis familiar. El terapeuta produce crisis que empujan al sistema a elaborar una organización mejor para su funcionamiento. Para tal propósito, en la terapia estructural, se emplean diversas técnicas que se agrupan en tres bloques principales, como se puede observar a continuación.



Cuestionamiento del síntoma (reencuadre)

Las familias que acuden a terapia tras una lucha prolongada, comúnmente han individualizado a uno de sus miembros como la fuente del problema, además traen consigo su propia evaluación de sus problemas, de sus lados fuertes y de sus posibilidades. Vienen al terapeuta con el relato de su lucha, las soluciones ensayadas y el fracaso de

todos los intentos. El terapeuta parte del supuesto de que la familia se equivoca y que el problema no reside en el paciente señalado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Así, su tarea es cuestionar la definición que la familia da del problema, así como la índole de su respuesta, con el objetivo de modificar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas diferentes. Las técnicas de escenificación, enfoque y obtención de intensidad contribuyen al logro de un encuadramiento terapéutico.

a) Escenificación

Esta técnica consiste en pedir a los miembros de la familia que interactúen frente al terapeuta para discutir algunos de los problemas que consideran disfuncionales. Esto permite que se desencadenen secuencias que escapen al control de la familia, pero además posibilita observar las interacciones familiares de una forma semejante a las que muestran fuera de la sesión de terapia. El terapeuta puede poner en práctica la *escenificación en tres fases*:

- Observar las interacciones espontáneas de la familia
- Provocar interacciones
- Propone modalidades diferentes de interacción

El terapeuta puede intervenir en el proceso para aumentar su intensidad, prolongar la duración de la interacción, hacer participar a otros miembros de la familia o indicar modos diferentes de interacción. Así como aliándose de manera diferencial con ciertos miembros de la familia o formando coaliciones contra otros miembros y pudiendo controlar la dimensión temporal. Con este proceso, intenta modificar de manera temporal las alianzas entre los miembros de la familia, verificando la flexibilidad que muestra el sistema cuando el terapeuta “presiona”.

b) Enfoque

Consiste en seleccionar algún aspecto o tema para trabajar específicamente sobre él, enfocándose en los datos que son pertinentes para la terapia e investigando profundamente al respecto. Lo anterior, bajo el supuesto de que esto proporcionará información útil sobre las reglas que gobiernan la conducta en ese y en muchos otros campos de la vida familiar. También existe la opción de emplear esta técnica ampliando el foco de atención, para permitir a la familia apreciar una realidad más allá del punto en que ésta se centra (usualmente el paciente identificado). Al destacar el terapeuta temas que a su juicio son prioritarios, suele modificar la idea que la familia se ha formado sobre lo que es importante.

c) Intensidad

Se trata de continuar a pesar de que la familia dé muestras de haber alcanzado el límite de lo aceptable emocionalmente y emita señales de que sería conveniente disminuir el nivel de la intensidad afectiva. Con esto se busca que la familia oiga realmente el mensaje del terapeuta, lo cual se puede lograr por medio de:

- *Repetición del mensaje*, ya sea con la misma frase, con metáforas o imágenes. La repetición puede recaer tanto sobre el contenido como sobre la estructura.

- *Repetición de interacciones isomórficas*, es decir, mensajes que en la superficie parecen distintos pero que estructuralmente son equivalentes e idénticos en orden al proceso.
- *Modificación del tiempo*, alentando a los miembros de la familia para continuar interactuando por más tiempo del que usualmente lo hacen; otra opción es reducir el tiempo de participación en alguna interacción.
- *Cambio de distancia*, tanto física como psicológica, entre los miembros de la familia.
- *Resistencia a la presión de la familia*, es decir, evitando hacer lo que la familia desea que haga.

Cuestionamiento de la estructura familiar (reestructuración)

La sensación de pertenencia es característica de todas las interacciones familiares. Los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Aumentar o disminuir la proximidad entre los miembros de holones significativos puede dar lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar, hasta entonces inhibidos por la participación en el subsistema. Las técnicas para esta estrategia son la fijación de fronteras, el desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.

a) Técnicas de fijación de fronteras

Están destinadas a regular la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones entre sí. Estas técnicas pueden apuntar a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón significativo.

- **Distancia psicológica.** Se pueden utilizar constructos cognitivos o maniobras concretas para crear fronteras nuevas, por ejemplo frases que pongan de manifiesto la intromisión en el espacio psicológico, con el propósito de señalar y separar díadas demasiado unidas. Una forma de hacerlo es señalar una regla general al principio de la terapia, haciendo referencia a que nadie debe hablar por otro. Otra opción es modificar las relaciones espaciales de los miembros de la familia en la sesión cambiándolos de lugar o recurriendo a su cuerpo (el terapeuta) para interrumpir el contacto visual de una díada demasiado unida. Otra variante es pedir que asistan a la sesión sólo determinados miembros de la familia o que miren detrás del espejo.
- **Duración de la interacción.** Extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar su intensidad, puede ser también un recurso para demarcar subsistemas o separarlos. También pueden darse a la familia tareas para el hogar que apoyen el proceso iniciado en la sesión. Otra opción es el empleo de tareas paradójicas, cuyo objetivo es incrementar el conflicto entre los participantes de una díada, a lo cual seguirá un incremento de su distancia recíproca.

b) El desequilibramiento

La meta de esta técnica es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El terapeuta entra en coparticipación y apoya a un individuo o subsistema

a expensas de los demás. Se parte del supuesto de que el miembro que cambia de posición por su alianza con el terapeuta, puede operar con modalidades desacostumbradas atreviéndose a explorar terrenos no habituales de funcionamiento personal e interpersonal y poniendo de relieve posibilidades que antes no se advertían. Lo que al mismo tiempo permite que se descubran y posibiliten alternativas distintas en todos los subsistemas. Las técnicas de desequilibramiento se agrupan como sigue:

- **Alianza con miembros de la familia.** El terapeuta confirma a las personas, acentuando su lado fuerte y de este modo se convierte para ellas en una fuente importante de autoestima. En la mayoría de los casos se utiliza para brindar apoyo a un miembro periférico o de posición inferior, el cual al sentir la alianza del terapeuta, empezará a cuestionar su posición prescrita dentro del sistema. También se puede utilizar con un miembro dominante como técnica de desequilibramiento que extrema la situación, intensificando la función habitual de dicho miembro, con el fin de rebasar el umbral de lo permisible dentro de una familia y provocar una respuesta cuestionadora de los demás. Otra modalidad es la alianza alternante con subsistemas en conflicto, la cual puede producir un cambio en la pauta jerárquica de la familia.
- **Ignorar a miembros de la familia.** Consiste en hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles. Con lo cual los miembros no tomados en cuenta se sienten cuestionados en su derecho de ser reconocidos, ante lo cual se rebelarán contra una tan radical falta de respeto recurriendo a alguna modalidad de demanda o de ataque. Su rebelión contra el terapeuta puede cobrar la forma de un desafío directo, pero más a menudo consistirá en una llamada a cerrar filas con los demás miembros de la familia.
- **Coalición contra miembros de la familia.** El terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia; llevando a cabo un enfrentamiento y utilizando su posición de poder como experto del sistema para cuestionar y descalificar la pericia de un miembro de la familia. Técnica contraindicada en casos de familias donde se maltrata a los niños.

c) La complementariedad

Una de las metas de la terapia es ayudar a los miembros de ésta a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. Esta operación apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, cuestionando la idea de jerarquía lineal. Si los miembros de la familia son capaces de encuadrar su experiencia de manera que abarque lapsos mayores, percibirán la realidad de un modo nuevo. Cobrarán relieve las pautas del organismo total y se advertirá que la libertad de las partes es interdependiente. Para promover este modo diferente de conocimiento, el terapeuta tiene que cuestionar la epistemología de los miembros de la familia en tres aspectos:

- **Cuestionamiento del problema.** Cuando un paciente dice “yo soy el problema” y el terapeuta dice “no esté tan seguro”, cuestiona el modo en que las personas experimentan la realidad, específicamente respecto a la opinión compartida de que un individuo es el problema. El terapeuta puede así, con una simple declaración, arrojar una luz diferente sobre tal idea.
- **Cuestionamiento del control lineal.** El terapeuta cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar, más bien cada persona es el contexto de las demás. Existe una técnica genérica para apuntar el concepto de reciprocidad: el terapeuta expone la conducta de un miembro de la familia y atribuye a otro la responsabilidad de esa conducta. También puede utilizar para señalar una mejoría, empujando a la familia a adueñarse del cambio de uno de sus miembros, el terapeuta insta al sistema como un todo a aceptar la idea de la reciprocidad de cada una de sus partes. Como el cambio de una persona modifica por fuerza su contexto, el mensaje real es “ayude al otro a cambiar modificando el modo en que se relaciona con él”.
- **Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos**
El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia introduciendo el concepto de un tiempo ampliado y encuadrando la conducta individual como parte de un todo más vasto. Por este camino sus miembros pueden vislumbrar el hecho de que cada uno es una parte funcional y más o menos diferenciada de un todo. La terapia que introduce al sí mismo como un subsistema, abre la perspectiva para ver al individuo como parte de un organismo mayor. El terapeuta puede indicar a los miembros de la familia que sus interacciones están gobernadas por reglas que están más allá del miembro individual.

Cuestionamiento de la realidad familiar (realidades)

Cada familia tiene su propia concepción de la realidad, la cual tiene que ver con el lugar de donde provienen, sus creencias, nacionalidad, etc. Los pacientes acuden a terapia por ser inviable la realidad que ellos mismos se han construido, que suele ser una percepción restringida de la realidad. La terapia se basa en el cuestionamiento de esos constructos, el terapeuta utiliza los hechos que la propia familia reconoce verdaderos, pero los reorganiza presentando una concepción más compleja del mundo, donde se pueda percibir la posibilidad de cambio.

Las técnicas que permiten cuestionar la manera en que la familia legitima su estructura son:

a) El empleo de constructos cognitivos

Las técnicas para modificar la realidad de la familia se agrupan en tres categorías principales:

- **Símbolos universales.** El terapeuta presenta sus intervenciones apoyándose en una institución o acuerdo que rebasan el ámbito de la familia, pudiendo señalar

que determinado orden moral, la sociedad o la decencia, prescribe el camino correcto. Lo mismo se puede lograr apoyándose en el sentido común o en la experiencia.

- **Verdades familiares.** El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento. El terapeuta se vale de la fuerza de la misma familia para inaugurar una dirección diferente. Una vez que ha seleccionado, de la propia cultura de la familia, las metáforas que simbolizan su realidad reducida, las utilizará como una construcción cada vez que surjan o que se las pueda introducir, transformándolas en un rótulo que señala la realidad de la familia e indica la dirección del cambio. Es decir, que en inicio se aceptan las verdades de la familia como incuestionables, pero a partir de ellas se construyen metáforas dirigidas hacia el cambio.
- **Consejo especializado.** Consiste en presentar una explicación diferente de la realidad de la familia por parte del terapeuta, basada en su experiencia y conocimiento, con frases como: “he visto otros casos que...”, “si usted se pone a investigar esto, descubrirá que...”. El terapeuta puede incluir la perspectiva de un miembro de la familia, apoyar la atipicidad como si se tratara de un derecho.

b) El uso de paradojas

Se trata de una intervención que, obedecida, tendrá por consecuencia lo opuesto de lo que parece pretender. Su éxito depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligada a retroceder.

c) La búsqueda de los lados fuertes de la familia.

Algo fundamental en terapia es que cada familia posee elementos (recursos) que se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros. Así, el sondeo de los lados fuertes es esencial para combatir disfunciones de la familia.

- **Respuesta al paciente individualizado.** Cuando hay niños que adolecen de condiciones crónicas, los miembros de la familia tienden a organizarse en torno de sus deficiencias. El terapeuta ha de poner el acento en las capacidades, promoviendo un cambio en la índole de sus interacciones usuales.
- **Alternativas de interacción.** Si el terapeuta amplía el enfoque de su sondeo, descubrirá que la familia posee alternativas que es posible movilizar y que hasta el momento no han sido utilizadas. En lugar de explorar los componentes disfuncionales, se invita a ensayar alternativas. Puede cuestionar la definición que le presentan, sobre la base de lo que él observa.

3.1.4 Conclusiones

Se ha criticado a Minuchin por considerarse que propone una normatividad sobre la familia, donde se da una idea tendenciosa de lo que es normal sin abarcar a familias de varias clases y culturas (Hoffman, 1987). No obstante, la misma Hoffman (1987) señala que el modelo es lo bastante flexible para incluir las diversas maneras en que pueden organizarse las estructuras familiares.

En términos generales considero que el modelo tiene la ventaja de ser muy puntual y claro, pues hay directrices concretas respecto a la forma de aplicar las técnicas de intervención, lo que facilita su aplicabilidad en casos prácticos, principalmente a quien carece de experiencia. No obstante, hay técnicas que requieren asumir una posición jerárquica por arriba de la familia (que es una de las principales críticas a este modelo particularmente por parte de quienes se adhieren a una postura posmoderna), lo que desde mi punto de vista puede resultar difícil de llevar a la práctica, sobre todo cuando implican ignorar o descalificar a algún miembro de la familia.

Cabe mencionar que según lo refiere Desatnik (2004) recientemente Minuchin ha señalado que él se considera a sí mismo como un terapeuta estructural –estratégico-narrativo. Esto implica que, además de reconocer como marco explicativo de lo que ocurre en la familia a la estructura y al mismo tiempo, como foco de evaluación e intervención de la acción terapéutica, también recalca el papel del terapeuta como parte integrante del sistema que mantiene una postura de liderazgo. Minuchin da mucha importancia a las construcciones que tiene la familia acerca de la realidad, a la forma como estas construcciones han influido sobre las experiencias de la familia a través de varias generaciones, por lo que insiste en que el terapeuta tenga entre sus objetivos la comprensión de dichas premisas para tratar de co-construir con la familia narrativas alternativas.

3.2 Modelo Estratégico

3.2.1 Antecedentes y principales representantes

La terapia familiar estratégica se desarrolló a partir del trabajo de Milton Erickson, a quien el mismo Haley señala como el maestro del enfoque estratégico en terapia (Galicia, 2004).

Erickson tenía una formación profesional como médico, psicólogo y psiquiatra; su trabajo se distingue por una fuerte orientación hipnológica, sin embargo, también trabajó con individuos, parejas y familias sin el empleo formal de la hipnosis, caracterizándose por la formulación de directivas y el énfasis en la comunicación metafórica (Madanes, 1982; Haley, 1983).

Los principales representantes de este modelo son Jay Haley y Cloé Madanes, quienes desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de Familia en Washington (Galicia, 2004).

De acuerdo con Galicia (2004), se pueden identificar tres elementos que influyen de forma directa en la obra de Haley:

- Una concepción particular de la comunicación, construida en relación con lo expuesto por Gregory Bateson y John Weakland.
- Un enfoque general de lo que constituye la terapia, derivado de las consultas con Milton H. Erickson
- Un acercamiento hacia la familia orientado por las ideas de Minuchin y Montalvo, sobre todo de este último, según lo señala el mismo Haley.

3.2.2 Principios básicos

De acuerdo con Haley (1983), la terapia estratégica, no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Así, el rasgo primordial de este enfoque, es que el terapeuta ha de planear una estrategia a fin de resolver los problemas del cliente, teniendo objetivos claros y específicos para cada problema, siendo sensible y tomando en cuenta la red social de la familia. Otro aspecto importante en este enfoque, es que se toma en cuenta el ciclo vital de la familia y los puntos de crisis que surgen cuando se pasa de una etapa a otra, de tal forma que uno de los objetivos es ayudar a las personas a sobrellevar dichas crisis, a fin de pasar a la etapa siguiente; con un particular interés en el periodo en que los jóvenes abandonan el hogar (Madanes, 1982; Haley y Richeport, 2006).

Además de lo señalado en el párrafo anterior, a continuación se describen brevemente algunos conceptos fundamentales del modelo estratégico:

Jerarquía y secuencia

Haley analiza a la familia como una organización social que, por lo mismo, debe ser vista en términos jerárquicos; la familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quiénes tienen más poder y estatus, así como sobre quiénes juegan los niveles secundarios (Galicia, 2004).

Una jerarquía puede delinearse observando las *secuencias* de hechos que ocurren dentro de una organización. Sin embargo, es importante señalar que la secuencia rígida y repetida dentro de límites estrechos es la que determina el caso patológico (Haley, 1988).

La manifestación de síntomas por parte de un individuo es señal de que la organización en que vive tiene un ordenamiento jerárquico confuso. La organización peligra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos, particularmente si son secretas (Haley, 1988).

De acuerdo con Haley (1988), la tarea terapéutica consiste en cambiar la secuencia interviniendo en forma tal que imposibilite su continuación. El objetivo más simple del terapeuta es cambiar una secuencia impidiendo que se formen coaliciones a través de los

límites generacionales e introduciendo mayor complejidad y alternativas (Madanes, 1982).

Haley (1988) señala que una regla básica de la teoría de la comunicación demuestra que nadie escapa a la necesidad de definir su relación con el otro o intentar el control de la misma. Cuando la relación entre dos personas se estabiliza, ambas han llegado a un acuerdo (implícito) mutuo sobre el tipo de conducta que han de seguir.

Hay dos grandes grupos de conducta comunicativa (Haley, 1988):

- *Relación simétrica*, se intercambia el mismo tipo de conducta entre dos individuos; pueden indistintamente tomar la iniciativa, criticarse, aconsejarse, etc.
- *Relación complementaria*, intercambian tipos diferentes de conducta. Una da y la otra recibe o una enseña y la otra aprende. Una se halla en posición superior y la otra es secundaria.

Siempre que alguien permite a otra que defina la relación, o le fuerza a ello, está ya definiendo tal relación, en un nivel superior, como complementaria. A esto se le denomina *relación meta complementaria*.

Dado que en este modelo se atiende de manera importante a la jerarquía familiar, también se pone especial cuidado en el lugar en que se sitúa el terapeuta en la jerarquía (Madanes, 1982).

El papel del síntoma

En este modelo, se hace hincapié en la comunicación analógica, pues se presume que el síntoma es un modo de comunicarse con los demás, que es la expresión de un problema y una solución (a menudo insatisfactoria) para todos los que tiene que ver con él (Madanes, 1982). Así, se toma la comunicación que da una persona respecto a su problema en sentido analógico: es decir como una formulación que significa algo con respecto a otra cosa. La terapia se centra en la comunicación metafórica, en consecuencia, se harán preguntas para recoger información sobre aspectos de la vida del paciente que guarden relación analógica con lo que expresa como su problema (Haley, 1988; Madanes, 2004).

Bajo esta perspectiva, los síntomas se estudian en función de las ventajas que consigue el paciente por medio de los mismos, particularmente en cuanto al control de lo que ha de suceder en la relación con el otro (Haley, 1988).

Teoría acerca del cambio

Considerando al problema del paciente como una metáfora, el terapeuta intentará cambiar dicha metáfora. Debido a la naturaleza de su enfoque, el terapeuta no negará el problema que el paciente refiere, pero todas las comunicaciones dirigidas a él llevarán implícito el mensaje de que en realidad se trata de una analogía sobre alguna otra cosa (Haley, 1988).

El objetivo terapéutico

El cambio no ocurre por la sola exteriorización de las emociones ni por el insight. El terapeuta se coliga temporariamente con los miembros de la familia para inducir el cambio, pero sin apoyar a nadie contra nadie; siempre conservando la libertad necesaria para entrar en cualquier coalición que resulte apropiada en cualquier momento dado. A veces es preciso provocar una crisis coligándose con una sola persona por un lapso aparentemente indeterminado. Haley (1988) señala que el método típico para mantener el equilibrio dentro de diferentes coaliciones temporarias es proceder en etapas:

- a) Determinar el tipo de secuencia que está manteniendo al problema presentado.
- b) Fijar un objetivo específico.
- c) Una idea nueva: es improbable, si no imposible, que un sistema pueda <<normalizarse>> de una sola vez; el cambio debe ocurrir en etapas.

En todos los casos el objetivo es trazar un límite generacional e impedir la formación de coaliciones consistentes a través de él, lo que a su vez permitirá la solución del problema.

Terapia en etapas

Cuando alguien acude a terapia, la primera obligación del terapeuta es cambiar el problema que le presentan. No debe tratar de persuadir a sus integrantes de que el verdadero problema está en la familia y no en el individuo, pero sí ha de persuadir a sus integrantes de que deben cooperar haciendo lo que el terapeuta les pida para ayudarlos a superar el problema que ellos formulan. En este enfoque el terapeuta no pasa de la estructura de funcionamiento defectuoso a la de funcionamiento normal, una estrategia es sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional (Haley, 1988; Madanes, 1982).

Madanes (1982) propone como etapas de la terapia:

- a) Primero se identifica quiénes están involucrados y de qué forma.
- b) Luego, cómo se ha de intervenir para modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario.
- c) Las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar a varios miembros entre sí.

3.2.3 Estrategias de intervención

Entrevista

Para que la terapia llegue a buen término, debe comenzar adecuadamente, en este sentido, el primer paso es llevar a cabo una buena entrevista. Haley (1988) refiere que si bien es posible cambiar a una persona sin entrevistar a nadie más, en términos generales es mejor que asistan todos cuantos habitan el hogar, para captar rápidamente el problema y la situación social que lo genera.

A continuación se exponen las **etapas de la primera entrevista**, que de acuerdo con lo que señala Haley (1988) son:

- a) **Etapa social.** Se saluda a todos los miembros de la familia, buscando hacerles sentir cómodos y posteriormente se pregunta a cada integrante su nombre. En esta fase el terapeuta debe observar, entre otros, el estado de ánimo de la familia, las relaciones entre padres e hijos, relaciones entre los adultos, cómo se conducen con el terapeuta y cómo se ubican al sentarse.
- b) **Etapa del planteo del problema.** Básicamente consiste en preguntar a la familia por qué han venido o qué problema los aqueja. En esta fase hay que tomar en cuenta:
 - *El modo de formular la pregunta.* Cuanto más general y ambigua sea la pregunta, se dará más espacio a los miembros de la familia para exponer sus puntos de vista.
 - *A qué miembro de la familia debe dirigirse la pregunta.* Puede elegirse hacerla a una persona en particular o al grupo en general.
 - *Cómo escuchar la exposición del problema.* El terapeuta ha de limitarse a recoger hechos y opiniones, evitando dar consejos, hacer interpretaciones o comentarios para ayudar a ver el problema bajo una perspectiva diferente, así como preguntar a alguien cómo se siente.
 - *La observación del terapeuta.* Debe observar cómo actúa y qué dice cada uno de los entrevistados, poniendo atención en aspectos como: a quién achacan el problema, las reacciones de los demás mientras alguien habla, etc.
 - *Contenido del problema presentado.* Ha de tomarse en cuenta que la formulación sobre el problema puede emitirse en función de una, dos, tres o más personas.
- c) **La etapa de interacción.** En esta fase el terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, así como obtener información sobre la secuencia sintomática y establecer cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, a través de las preguntas y de la observación de las interacciones de los integrantes de la familia durante la sesión (Ochoa, 1995). Para investigar cuál es el problema se procede en dos etapas. La primera consiste en recabar la opinión de todos los presentes en la sesión y la segunda en hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema, observando las secuencias y pautas de conducta que los caracteriza.
- d) **Definición de los cambios deseados.** En esta fase es importante obtener una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia, ya que esto será el punto de partida para fijar las metas de la terapia. Es necesario que al definir los problemas, éstos sean observables, medibles o que permitan detectar de algún modo la influencia que se ejerce en ellos. Así, al terminar el tratamiento, el terapeuta podrá saber si ha tenido éxito o no.

A diferencia de otros enfoques donde se sugiere señalar los problemas que presentan otros miembros de la familia, en éste se recomienda mantener centrada la atención en la persona problema, utilizando esto como palanca para cambiar la situación (Haley, 1988).

En la conclusión de la entrevista, lo usual es concertar una nueva cita, así como la posibilidad de solicitar la asistencia de algún otro miembro de la familia y la opción de impartir alguna directiva para realizar en casa, en cuyo caso deberá buscarse que esta sea lo más sencilla posible.

Una vez realizada la entrevista, es útil la evaluación del terapeuta, donde se realiza una revisión de lo que este hizo, para determinar si llevó a cabo adecuadamente o no las etapas mencionadas.

Directivas

Las intervenciones son directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, dentro y fuera de la entrevista; esto es con la intención de modificar la manera en que se relacionan entre sí y con el terapeuta. También se usan para reunir información observando cómo responde cada miembro a las instrucciones (Madanes, 1982).

Haley (1988) señala que toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, a esto se le denomina directiva. La presentación de las tareas puede hacerse básicamente de dos formas: pedir algo para que se cumpla y pedir algo para que no se cumpla. Podría decirse que la primera forma es una directiva “directa” y la segunda una directiva “indirecta” (Galicía, 2004).

- a) **Directivas directas.** Consisten en decirle a las personas lo que tienen que hacer, con el propósito de que lo hagan. Puede asumir dos variantes:
 - Pedir que dejen de hacer algo
 - Pedir que hagan algo diferente de lo que hacen
- b) **Directivas indirectas.** Se le dice a las personas lo que tienen que hacer con el propósito de que no lo hagan.

Independientemente de qué tipo sea, al impartir una directiva es importante motivar al cliente para que la cumpla, lo que implica persuadirlo de que obtendrá un beneficio de esta acción, por ejemplo, como un medio de alcanzar el objetivo deseado en la terapia; si se prevé que la familia no cooperará con facilidad, se les puede motivar haciéndoles ver que la situación empeorará si no toman medidas al respecto (Haley, 1988; Madanes, 1982).

De acuerdo con Haley (1988), hay aspectos importantes a tomar en cuenta al impartir directivas:

- Que haya instrucciones claras.
- Que participen todos los miembros de la familia.

- Hacer una revisión de la tarea, es decir qué le toca hacer a cada uno y si fuere necesario ensayarse durante la sesión.
- Llevar a cabo un informe sobre la tarea (si lo realizaron o no, o si lo hicieron parcialmente), si no la llevaron a cabo, el terapeuta no debe perdonar con facilidad tal omisión, ha de manifestar que han fracasado ellos y que se han fallado a sí mismos.

Haley (1983), señala que cuando un sujeto no responde como debiera, existen diversas vías para hacer frente a esta situación, mismas que se exponen a continuación:

- **Aliento de la resistencia.** Al aceptar e incluso alentar la resistencia de un sujeto, éste queda atrapado en una situación donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa. Una vez que está cooperando, se le puede desviar hacia una nueva conducta. Se puede pedir a una familia que haga algo que ya están haciendo (usualmente cambiando el lugar, momento u otro aspecto) y después solicitar un cambio espontáneo, o bien este cambio ocurre como consecuencia de haber alentado la conducta habitual.
- **Ofrecimiento de una alternativa peor.** Se dirige al paciente en un sentido, pero haciéndolo de tal manera que en realidad se le incita a ir en otro. Se puede ofrecer algo que a la persona no le gusta para que esta elija alguna otra cosa, a veces se emplea una amenaza o algún otro procedimiento que induzca a la persona a cambiar para ahorrarse algo peor. Se trata de procedimientos para que a una persona le resulte más difícil conservar el problema que renunciar a él.
- **Determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas.** Una opción es encarar el problema comunicándose en términos de una analogía o metáfora. Si el sujeto se resiste a A, se le puede hablar de B; y si A y B son relacionados en forma metafórica, el sujeto hará “espontáneamente” la conexión y responderá de la manera adecuada. La metáfora o analogía puede ser comunicada en forma verbal o no verbal, pero no se “interpreta” a los pacientes su significado.
- **Aliento de una recaída.** Cuando un paciente mejora con demasiada rapidez, es probable que tenga una recaída y se manifieste desilusionado con la terapia. Para evitarlo, se acepta la mejoría pero se prescribe al paciente una recaída, así, la única manera que el paciente puede resistir es no tener una recaída y seguir mejorando.
- **Frustración de una respuesta para alentarla.** Para encarar la resistencia y alentar a la persona a iniciar una respuesta que signifique una contribución espontánea, se recomienda inhibir la respuesta.
- **El empleo del espacio y la posición.** Bajo el supuesto de que puede modificarse la conducta de cada miembro hacia los otros si se cambia su orientación espacial; se puede desplazar a los miembros de la familia, indicándoles que cambien de silla y disponiéndoles diferentes combinaciones en el consultorio. Lo que hace es definir a la

persona en términos de su posición, y luego, alterar su posición para que con ella cambie la persona.

- **Énfasis en lo positivo.** A fin de alentar el cambio se destaca lo que hay de positivo en la conducta de una persona.
- **Siembra de ideas.** En la etapa de recolección de información, se introducen o subrayan ciertas ideas. Más adelante se puede construir sobre esas ideas, introduciendo algo nuevo, pero dentro de un marco de referencia que lo conecta con algo que se ha hecho previamente.
- **Amnesia y control de la información.** Suele verse a los miembros de la familia en entrevistas separadas, y cuando se les reúne se organiza lo que se va a decir y cómo se va a decir, de modo que los sucesos se orienten hacia objetivos particulares. Se permite que los miembros intercambien cierta información pero no otra, controlando paso a paso el proceso hasta que se alcanza la meta perseguida.
- **Ampliación de una desviación.** Se busca provocar un cambio pequeño y posteriormente ampliarlo. Si el cambio se produce en un área crucial, lo que parece mínimo tal vez modifique todo el sistema.
- **Despertar y desenganche.** Se centra en el logro de la autonomía por parte de los miembros de la familia.

Paradojas

En éstas el terapeuta le asegura a la familia que desea que cambie, pero al mismo tiempo le pide que no cambie. Lo anterior, a partir del supuesto de que algunas familias que acuden en busca de ayuda se resisten a ser ayudadas, lo que sucede particularmente con familias que se hallan en una situación estable y son reacias al cambio. La idea básica de las tareas paradójicas, es dar una indicación con el propósito de que no se cumpla, o sea, de que cambien por vía de la rebelión (Madanes, 1982; Haley, 1988).

Haley (1988), señala como etapas de una intervención paradójica:

- Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio.
- Definir claramente el problema
- Fijar los objetivos con claridad
- Ofrecer un plan
- Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por “autoridad de materia” que ya está tratando de ayudar.
- Impartir la directiva paradójica
- Observar la relación y seguir alentando el comportamiento usual. Sin ablandarse ante una mejoría rebelde o al ver turbado al cliente, definiendo como falta de cooperación todo progreso que implique una disminución de la conducta usual.

- A medida que continúa el cambio, el terapeuta deberá evitar que se acredite como un logro de él.

Por otro lado, Madanes cuando emplea las técnicas de imaginación o simulación, aporta un uso de la paradoja que no se fundamenta en el desafío. En ellas solicita a una persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual, mientras otros señalan si la simulación es creíble o no (Ochoa, 1995).

3.2.4 Conclusiones

Pese a que el trabajo de Haley ha influido de manera importante en diversas propuestas de terapia breve, no es posible ubicar con claridad seguidores de éste y de Madanes, que en la actualidad continúen con las ideas de poder, jerarquía y directividad (Galicia, 2004); situación que quizás tiene que ver con el desarrollo de múltiples modelos terapéuticos que pueden ubicarse dentro del posmodernismo cuya popularidad ha ido en aumento.

Si bien una de las principales críticas al modelo tiene que ver con la directividad por parte del terapeuta, desde mi punto de vista, el que el modelo sea tan puntual en cuanto a lo que hay que hacer durante la terapia, puede ser sumamente útil para el terapeuta en formación, pues proporciona una guía clara de hacia dónde y cómo dirigir la terapia. De tal forma que extrapolando esta situación a lo que puede suceder con el paciente, pienso que en ciertos casos y para ciertos tipos de pacientes también puede resultar benéfico. En este sentido, Galicia (2004) comenta que la investigación muestra que este tipo de intervenciones pueden resultar útiles en casos críticos, por ejemplo: con adolescentes seriamente perturbados, familias caóticas y familias con un miembro delincuente.

Por otro lado, existen algunas técnicas que considero pueden tener efectos muy positivos e incluso rápidos, sin embargo, el llevarlas a la práctica me resulta complicado, sobre todo aquellas que tienen que ver con prescribir un síntoma que pudiesen tener un sustrato médico-biológico, como podría ser una crisis convulsiva. No obstante, tuve oportunidad de estar en contacto directo con un caso donde se aplicaron este tipo de estrategias con buenos resultados, lo que de alguna forma me anima a intentarlo.

Otra cuestión controversial respecto a este modelo, tiene que ver con los aspectos éticos implicadas en este tipo de intervención, sin embargo, resulta difícil llegar a acuerdos sobre lo que es ético y lo que no lo es, pues prácticamente todos los argumentos a favor y en contra parten y se centran en un comparativo entre posturas teóricas distintas e incluso opuestas. No obstante, Haley (1997), señala que la premisa fundamental es que lo que haga el terapeuta no dañe al paciente u otros y que se encuentre dentro de lo legal.

Considero que en última instancia queda a elección del terapeuta la adopción de un método, modelo o técnica, en función de lo que el paciente y el caso requieran, así como de sus propias características de personalidad, formación y estilo.

3.3 Terapia Breve Centrada en los Problemas

3.3.1 Antecedentes y principales representantes

Tras la fundación del Mental Research Institute (MRI) en 1959, instituto especializado en la investigación de formas más eficaces y eficientes de hacer terapia, en 1967 se constituyó el “Proyecto de Terapias Breves”, bajo la dirección de Richard Fisch, contando con la colaboración de Arthur Bodin, John Weakland y Paul Watzlawick. Este proyecto se inició con tres objetivos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presenten las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros, y estudiar los cambios de los sistemas familiares (Espinosa, 2004; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Según lo señalan Fisch, Weakland y Segal (1984) en el trabajo con familias se tenía la idea de que para resolver los problemas, se necesitaba una amplia revisión de la organización y el funcionamiento familiar, prestándose gran atención a las interacciones de la familia para comprender la función del síntoma. Sin embargo, al darse cuenta de que pese a dedicar mucho tiempo a este aspecto no se generaban cambios en las interacciones, comenzaron a cuestionarse respecto a qué se requería para que hubiese modificaciones (Wittezaele y García, 1994). Fish et al. (1984) señalan que su experiencia con lo que podría llamarse “terapia familiar convencional” les llevó al convencimiento de que no se prestaba la atención necesaria a los diversos medios que podrían utilizar los terapeutas para promover un cambio. De tal forma que su objetivo consistía en comprobar qué podía conseguirse durante un periodo estrictamente limitado –un máximo de diez sesiones de una hora– concentrando la atención en el principal desarreglo actual, utilizando en la mayor medida posible todas las técnicas activas de estímulo para el cambio que conociesen o pudiesen tomar prestadas de otros, y buscando cuál era el mínimo cambio necesario para solucionar el problema actual en vez de pretender reestructurar familias enteras.

3.3.2 Principios básicos

A continuación se mencionan una serie de elementos distintivos de este modelo:

- Hace énfasis en la directividad.
- Se centra en el problema (síntomas).
- El objetivo es modificar o eliminar la conducta problema.
- Hay un tiempo limitado (diez sesiones). No obstante, Lazarus y Fay (1994) señalan que actualmente el concepto de terapia breve abarca desde la terapia en una sola sesión hasta cuarenta o cincuenta sesiones para algunos autores, con un término medio de veinte.
- Se ponen en práctica todas las técnicas activas disponibles para producir el cambio.
- No se pretende modificar la estructura familiar sino buscar cuál es el cambio mínimo para que se resuelva el problema presente.
- No se considera que los problemas sean necesariamente una respuesta a una disfunción en la organización familiar o una dificultad biológica.

- Se hace énfasis en que el terapeuta mantenga el control de la situación, es decir, en su habilidad para maniobrar, considerando las características de los pacientes.

Por otro lado, la visión acerca de la naturaleza de la terapia y su enfoque general de la práctica son consecuencia de la concepción que tienen acerca de los problemas (Fisch et al. 1984), la cual se describe a continuación:

- El cliente expresa preocupación acerca de una conducta (acción, pensamiento o sentimientos) desarrollada por él o por otra persona con la que se halla significativamente comprometido.
- Dicha conducta es descrita como inadecuada, anormal o dañina para el sujeto o para los demás.
- Se informa que el paciente o los demás han realizado esfuerzos para detener o modificar esta conducta, pero que no han tenido éxito.
- Como consecuencia, el paciente u otros implicados buscan ayuda de un terapeuta para cambiar la situación.

Desde esta perspectiva, se considera que los problemas pueden iniciar por dificultades cotidianas o como resultado de transiciones en el ciclo vital. Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) señalan que en determinadas circunstancias, pueden surgir problemas como mero resultado de un intento equivocado de cambiar una dificultad existente; haciendo una diferencia entre los términos *dificultades* y *problemas*. Entendiendo como dificultades a un estado de cosas indeseable que puede resolverse mediante algún acto de sentido común, o bien, 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 sobrellevar, al menos durante cierto tiempo. En tanto que al hablar de problemas se refieren a callejones sin salida, situaciones al parecer insolubles, crisis, etc., creados y mantenidos al enfocar mal las dificultades. A este respecto, Fisch et al. (1984) señalan que muchas personas superan las dificultades de forma adecuada, en tanto que para otras se convierten en problemas cuando se les hace frente de forma equivocada o cuando se aplica una dosis más fuerte de la misma solución intentada.

3.3.3 Estrategias de intervención

El contacto telefónico

Es usual que se considere que la terapia empieza hasta que el paciente acude a la primera entrevista o incluso después, particularmente en los casos donde se piensa que las sesiones de diagnóstico están separadas del tratamiento propiamente dicho. Sin embargo, en este modelo se considera importante tomar en cuenta que cualquier contacto con el cliente puede afectar el tratamiento; por lo que es necesario planificar todas las etapas del mismo, considerando como una de éstas, a la anterior a la primera sesión, que en la mayoría de los casos implica un contacto telefónico. Dicho contacto usualmente implica la solicitud de información o una consulta, sin embargo, en algunos casos puede tornarse en un intento por imponer alguna condición al tratamiento –por ejemplo, respecto a quién acudirá, el tipo de tratamiento, la periodicidad de las sesiones, etc.–, situación que podría

interferir en las siguientes etapas del tratamiento. En consecuencia, es muy importante identificar tales situaciones, así como estrategias para afrontarlas (Fisch et al, 1984).

Una característica importante de la terapia breve, según lo señalan Fish et al. (1984), es que no siempre será lo mejor citar a toda la familia, ya que en ocasiones puede resultar una pérdida de tiempo, pues quizás es innecesaria la participación de todo el grupo familiar; por ejemplo, porque la situación problemática es de tipo conyugal, con un hijo en particular o porque para quien solicita el tratamiento, pudiese resultar más difícil decir qué es lo que le molesta o preocupa.

La entrevista inicial

El objetivo fundamental de la primera entrevista es obtener información sobre los factores esenciales para el caso, tales como la naturaleza del problema, cómo se está afrontando, cuáles son los objetivos mínimos del cliente, así como su actitud y lenguaje. Dichos aspectos pueden abordarse mediante la observación y el empleo de preguntas

Se busca que la información obtenida sea clara, explícita y manifestada en términos de conductas, de tal forma que si una respuesta no es clara, el terapeuta ha de solicitar al paciente una respuesta más concreta y comprensible, quizás solicitando ejemplos de lo que el paciente dice.

Técnicas

De acuerdo con Fisch et al. (1984), el propósito fundamental de la terapia breve es influir en el cliente de modo que su problema se solucione. Dicho objetivo puede llevarse a cabo básicamente mediante dos vías:

- Impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema.
- Rectificando la opinión del cliente respecto al problema, de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento. En este sentido, Watzlawick et al. (1976) señalan que reestructurar significa cambiar el marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los hechos correspondientes a la misma situación de una forma distinta. Así, lo que cambia es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos.

Fish et al. (1984) dividen las intervenciones planificadas en dos grandes categorías:

- a) **Generales.** Se pueden emplear en casi cualquier momento del tratamiento. Cuando el terapeuta busca comunicar una postura general, con la intención de preparar el terreno para una intervención más específica; aunque en ocasiones son suficientes para solucionar por sí mismas el problema del cliente. Se subdividen en:
 - **No apresurarse.** Se le dice al cliente que no haga nada, acompañando esta indicación con un razonamiento que justifique el no ir de prisa. Se sugiere emplear esta estrategia sobre todo con clientes cuya solución ensayada consiste

básicamente en esforzarse mucho, o con aquellos que presionan al terapeuta a hacer algo para ayudarlos en tanto que ellos permanecen pasivos.

- **Los peligros de una mejoría.** Se pregunta al cliente si ha considerado cuáles serían los riesgos de una mejoría. Se puede aplicar a determinados casos de resistencia, por ejemplo, para presionar al paciente para que obedezca a nuevos encargos, después de que no ha cumplido alguno que antes se le había indicado.
 - **Un cambio de dirección.** El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación –por ejemplo, señalando que se ha dado cuenta de que había pasado por alto algún elemento–. En términos generales, puede aplicarse cuando el terapeuta se da cuenta de la necesidad de un cambio de dirección, por ejemplo, cuando sugiere algo a lo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo, o cuando el cliente rechaza el camino que le ofrece el terapeuta, entre otras situaciones.
 - **Cómo empeorar el problema.** Se suele emplear cuando el cliente ya se ha resistido a sugerencias anteriores o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. Se da una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren, a continuación, el terapeuta expone todas las cosas que el paciente ha estado haciendo para solucionar su problema pero que en realidad servían para exacerbarlo. Como consecuencia, los elementos contrarios –aquello que el terapeuta espera que el paciente haga– resultan más fáciles de captar y de seguir. Ya no se le dice al paciente lo que hay que hacer, sólo se menciona implícitamente.
- b) **Principales.** Se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Este tipo de intervenciones se relacionan con cinco intentos básicos de solución que suelen observarse:
- **Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.** Esta estrategia se puede implementar, principalmente, en la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico (como impotencia, insomnio, tartamudeo, compulsiones, etc.), ante los cuales la persona toma medidas para corregirlas o evitar su reaparición. Estos casos pueden solucionarse cuando sencillamente la persona renuncia a sus intentos de auto coacción y deja de esforzarse demasiado. Así, en terapia se le pide al paciente que renuncie a una conducta concreta al mismo tiempo que se le indica explícitamente que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que se desea erradicar; una variante es pedir al paciente que propicie la aparición del síntoma de forma voluntaria.
 - **Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.** Esto ocurre sobre todo en pacientes que suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad (como

fobias, timidez, miedo a hablar en público, etc.). Ante esta situación se requiere que el terapeuta proporcione directrices que expongan al paciente a aquello que teme, pero indicando que debe hacerlo mal, que no debe dominarlo.

- **Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.** Implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración (como las dificultades conyugales, conflictos padres-hijos, etc.). La intervención en estos casos consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad; para ello el terapeuta reestructurará la situación de forma que esto resulte posible, sin que necesariamente se lo diga al paciente. Algunas variantes son: suscitar el uso de consecuencias imprevisibles, promover la expresión de peticiones concretas, redefinir y utilizar la posición de intermediario del pacificador.
- **Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.** Se da cuando la persona busca que otro haga algo, pero que además ese otro quiera hacerlo. En otras palabras, una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión. La estrategia para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.
- **Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.** En este caso hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado (como infidelidad, exceso de bebida, etc.), dicha persona formula acusaciones, el otro responde negándolo y defendiéndose, lo que su vez confirma las sospechas del primero y refuerza las acusaciones, así sucesivamente. La solución sería que una de las partes abandonara su papel repetitivo, por ejemplo aceptando las acusaciones, llevándolo a un grado absurdo. También puede emplearse una intervención diseñada para reducir el valor de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

3.3.4 Conclusiones

Espinosa (2004) señala que el MRI sigue trabajando la forma ortodoxa del modelo; participando junto con los fundadores que aun viven: Bárbara Anger-Díaz y Karen Shangler. Además de haberse incorporado al Instituto, el Ollin-qui Center, proyecto encabezado por Jesús Tovar, quien trabaja de manera independiente en San Francisco, California. Dicho autor propone un enfoque de integración de modelos, incluido el de problemas, e incorpora a su trabajo clínico tanto las ideas y los procedimientos del modelo enfocado a soluciones como las surgidas de otros enfoques de corte narrativo.

Existen diversas consideraciones en relación a si la terapia breve es mejor que la terapia prolongada o viceversa. Al respecto se esgrimen argumentos que van desde el costo del tratamiento, la habilidad del terapeuta para mantener al paciente en terapia por un

tiempo prolongado, la directividad en la terapia, entre muchos otros (Haley, 1994). No obstante, al margen de lo que el gremio profesional considere mejor, lo más importante es tomar en cuenta qué es lo mejor para el paciente. En este sentido, considero que la terapia breve puede ser una alternativa viable para ciertos casos y tipos de pacientes, coincidiendo con lo que dice Barten (1971, como se cita en Lazarus y Fay, 1994): “La variedad de problemas que encontramos como psicoterapeutas es por sí misma tan grande y las oportunidades de efectuar intervenciones son tan diversas que sería engañoso y, por cierto, indeseable concebir la esperanza de aplicar una sola técnica”.

3.4 Terapia Breve Centrada en las Soluciones

3.4.1 Antecedentes y principales representantes

Como señala Espinosa (2004), este enfoque sigue las líneas de pensamiento de la terapia breve y aparece como un modelo diferente en la década de los ochenta en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee. En este modelo se distinguen dos autores: Steve de Shazer y William O’Hanlon, quienes poseen métodos particulares, pero comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones (O’Hanlon, 2001; Espinosa, 2004).

El grupo del BFTC, que comenzó a trabajar en 1978, estuvo constituido por: de Shazer, quien lo encabezaba, Insoo Kim Berg, Elam Nunnally, Eve Lipchik y Alex Molnar. Posteriormente se unieron al grupo Marilyn Bonjean, Wallace Gingerich, John Walter y Michel Weiner-Davis (de Shazer, 1985; Espinosa, 2004).

Por su parte, O’Hanlon, nunca se integró al equipo de Milwaukee, sin embargo, fue formado por Erickson, cuyos trabajos fueron fundamentales para establecer el modelo enfocado a soluciones (Sánchez y Gutiérrez, 2000). De acuerdo con O’Hanlon y Weiner-Davis (1989), entre los precursores más influyentes del método al que han llamado “terapia orientada a soluciones”, se encuentra Milton Erickson, la Clínica de Terapia Breve del MRI y el BFTC.

3.4.2 Principios básicos

De Shazer (1985), menciona que después de años de aplicar y estudiar la terapia breve, ha llegado a la conclusión de que para que una intervención se adecue o ajuste no es necesario un conocimiento detallado de la queja. Incluso dice que para impulsar la solución, ni siquiera es necesario poder construir con algún rigor el modo en que la perturbación la mantiene.

De acuerdo con O’Hanlon, los dos principios básicos que guían la terapia breve orientada a soluciones son el reconocimiento y la posibilidad.

Los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz su trabajo. Mantienen premisas que se centran en los recursos y las posibilidades (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989), principalmente:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. Tal vez sólo necesiten que se les recuerden las herramientas de que disponen para que desarrollen soluciones satisfactorias y duraderas.
- El cambio es constante. Si se admite que el cambio es constante, habrá un comportamiento como si el cambio fuera inevitable. Las situaciones de las personas están siempre cambiando.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. Es importante centrarse en lo que parece estar funcionando, por pequeño que sea, calificarlo como valioso y trabajar para ampliarlo.
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla. Lo que parece importante es lo que los clientes hacen y que les da buenos resultados; una vez identificado, el cliente puede aprender a repetir una y otra vez lo que funciona, hasta "no dejar espacio" al problema.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla. Ya que en este modelo no se acepta la creencia de que los síntomas (aquí llamados "quejas") cumplen determinadas funciones. Si el objetivo de los clientes es entender "por qué" tiene el problema, se puede responder "¿Sería suficiente que el problema desapareciera y nunca entendieras por qué lo tuviste?".
- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. Erickson empleó la metáfora de una bola de nieve rodando por una montaña para describir la importancia de los cambios pequeños.
- Los clientes definen los objetivos. No se cree que haya una única forma "correcta" o "válida" de vivir la propia vida. Por lo que son los clientes, no los terapeutas, quienes establecen los objetivos a conseguir en el tratamiento. Lo anterior, puesto que no creen que exista un "problema real" subyacente a la queja, ni que los terapeutas estén mejor preparados para decidir cómo sus clientes deberían vivir sus vidas.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. Tras la interacción en la primera sesión, los clientes obtendrán una visión distinta, más productiva y optimista, de su situación. La duración media del tratamiento varía, pero generalmente es inferior a diez sesiones.
- No hay una forma "correcta" de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidas y ajustarse igual de bien a los hechos. La percepción de cada persona representa una parte integral, igualmente válida, de una situación dada. A veces lo

único que hace falta para iniciar un cambio importante es un cambio en la percepción de la situación.

- **Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.** A quienes se centran en las soluciones les gusta trabajar con objetivos bien definidos, que sean alcanzables en un periodo de tiempo razonable.

En la terapia orientada hacia las soluciones son tres las cosas que se intentan hacer:

- a) Cambiar “la forma de actuar” en la situación percibida como problemática.
- b) Cambiar “la forma de ver” la situación percibida como problemática.
- c) Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

3.4.3 Estrategias de intervención

En este modelo se considera al proceso de la entrevista como una intervención, donde se emplean preguntas presuposicionales, que buscan ayudar a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas, pues intentan encaminarlos hacia respuestas que promuevan sus recursos y les enriquezcan (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

La primera sesión suele seguir el siguiente orden:

- Unión
- Descripción breve del problema
- Búsqueda de excepciones al problema
- Normalización y despatologización
- Definición de objetivos
- Pausa
- Elogios
- Intervención

En cuanto a las principales técnicas que se emplean desde este enfoque, a continuación se incluye una tabla en la que se describen aquellas que suelen usarse generalmente.

| TÉCNICAS DEL MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADA EN LAS SOLUCIONES | |
|--|--|
| TÉCNICA | DESCRIPCIÓN/OBJETIVO |
| Búsqueda de excepciones | Aunque los clientes tienden a afirmar que la conducta perturbadora se produce siempre, hay condiciones en las cuales dicha conducta no aparece. Estas excepciones constituyen frecuentemente el mejor modelo para construir intervenciones, sin embargo, pese a que el terapeuta lo señale, frecuentemente los clientes no pueden ver la excepción como tal. Por lo que suele ser útil crear un contexto en el cual puedan descubrir por sí mismos que algunas excepciones son posibles y pueden aprovecharse. Una tarea del tipo: “preste atención a lo que hace cuando supera la tentación de...” tiene la finalidad de ayudar a descubrir excepciones a la regla (de Shazer, 1985). |

| | |
|--|---|
| Preguntas orientadas al futuro o de avance rápido | <p>Cuando no se identifican excepciones o soluciones pasadas con facilidad, se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución, lo que se conoce como preguntas de avance rápido.</p> <p>Hay preguntas que exigen que los clientes no sólo se imaginen un futuro sin el problema, sino que además completen con detalles las escenas futuras en las que serán los protagonistas. El terapeuta asume que el problema se ha resuelto y pregunta respecto a los cambios que se producirán como resultado de ello. Básicamente se pide a los clientes que fantaseen acerca de su futuro de una forma concreta y agradable.</p> |
| Pregunta del milagro | <p>Una forma de enfocar al futuro, es plantear alguna variante de la “pregunta del milagro” desarrollada en el BFTC. “Supón que sucede un milagro y te despiertas mañana y tu problema está resuelto: ¿qué será diferente?”</p> <p>Una vez que las personas describen su milagro, se puede preguntar ¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo? ¿Qué tienes que hacer para conseguir que suceda más a menudo? Además, el terapeuta ha de asegurarse de que el cliente tenga claro cuáles son los pequeños pasos que ha de dar antes de que el milagro pueda realizarse.</p> |
| Utilización de escalas | <p>Puede emplearse alguna variación del siguiente planteamiento: “En una escala que va de cero a diez, y en la que el cero representa peor, y el diez corresponde a las cosas tal como serían cuando estos problemas estén resueltos, ¿dónde se situaría usted el día de hoy?” (Cade y O’Hanlon, 1993). Esto sugiere una expectativa de cambio, además posibilita establecer de forma más clara y cuantificable la situación/problema tal como la vive el cliente y el objetivo o meta al que se pretende llegar, así como los cambios mínimos.</p> |
| Tarea de fórmula de la primera sesión | <p>Se le indica al cliente “desde ahora y hasta la próxima vez que nos encontremos, me gustaría que observe, de modo que pueda describirme la próxima vez lo que ocurre en su (elija: familia, vida, matrimonio, relación) que usted quiere que continúe ocurriendo” (de Shazer, 1985).</p> |

3.4.4 Conclusiones

El modelo de terapia breve centrado en las soluciones es visto como uno de los primeros que destacó la importancia de las preguntas, ya que las privilegió por encima de las aseveraciones. Enriqueció el campo terapéutico con sus ideas sobre la relación terapeuta-cliente-equipo terapéutico y con su visión optimista, que reconoce la “expertez” de los clientes (Espinosa, 2004).

En relación con lo anterior, personalmente observo como una de las principales bondades de este modelo el reconocimiento de los recursos de los clientes, así como la apertura a diferentes opciones de solución, tomando en cuenta lo que el cliente considera más útil y lo que le funciona en lo particular, lo que deja de lado la idea de que existe sólo una forma correcta de hacer las cosas (que en otros modelos se reduce a la que el terapeuta considera como tal).

De acuerdo con Espinosa (2004), tal vez Bill O'Hanlon es quien refleja mejor la evolución de la terapia breve, ya que inicia con la terapia ericksoniana y desarrolla un método conocido como terapia orientada a soluciones. Con los años, insatisfecho por lo que parecía un manejo superficial de algunos terapeutas (elogios excesivos sin fundamento, optimista a ultranza) que ignoraban los problemas o no prestaban suficiente atención al sufrimiento que causan los mismos, y en un afán por separar su forma de trabajo de la escuela de Milwaukee, desarrolla la terapia de posibilidades, que rescata la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente, incluyendo lo espiritual, y cuyas funciones serían: validar a la persona y sus experiencias, cambiar el *hacer* del problema y cambiar el *ver* del problema.

Una de las dificultades que encuentro, es que en ciertos casos –al resaltar constantemente lo positivo y lo que sí funciona– pareciera ser que el objetivo del terapeuta es convencer al cliente que las cosas ya están solucionadas, con planteamientos que prácticamente dejan al cliente sin posibilidades de decir que no es así. En este sentido, los planteamientos de la terapia de posibilidades de O'Hanlon mencionadas en el párrafo anterior, me parecen una forma más equilibrada e integral de hacer terapia, acorde con este modelo.

3.5 Modelo de Milán

3.5.1 Antecedentes y principales representantes

Después de una práctica de alrededor de 17 años, como psiquiatra y psicoterapeuta de orientación psicoanalítica, en 1967 Mara Selvini Palazzoli, tras haber estudiado las publicaciones de los pioneros norteamericanos de la terapia familiar, fundó en Milán el Centro para el estudio de la familia, convocando para tal efecto a otros psicoanalistas (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999). Para 1971, Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin se separaron del grupo original, al juzgar incompatibles el modelo psicoanalítico y el modelo de los sistemas familiares. Su propósito era trabajar exclusivamente en un marco de sistema familiar (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Tras varios años de trabajar juntos, a finales de la década de los 70's, el Centro de Milán experimentó un nuevo cambio en su organización: Boscolo y Cecchin se separaron de Selvini y Prata, centrándose los dos primeros en la formación de terapeutas, en tanto que éstas últimas se dedicaron a la investigación. Posteriormente Selvini se asoció con nuevos colaboradores, entre ellos, Stefano Cirillo, Anna María Sorrentino y Matteo Selvini,

fundando un nuevo centro de investigación llamado Nuevo Centro para el Estudio de la Familia (Boscolo et al., 1987; Rodríguez, 2004).

Sobre el grupo de Milán influyó de manera importante la obra del MRI, particularmente lo relacionado con la teoría de la comunicación humana. Como señalan Boscolo y Bertrando (2000), al principio recurrieron al enfoque estratégico-sistémico utilizado en el MRI de Palo Alto en los años 1971-1975. En sus técnicas terapéuticas, el grupo tomó y amplió algunos de los métodos introducidos por el MRI. Así, el doble vínculo terapéutico o “contraparadoja” como lo llamó el grupo de Milán, se convirtió en el núcleo de su terapia. En tanto que las tareas estratégicas sugeridas por el MRI, tuvieron su contraparte en el uso de los rituales por el grupo de Milán. Además, cuidaban de no desafiar abiertamente a las familias, pero se esforzaban por evitar que las familias redujeran el equipo a la impotencia; prefiriendo la prescripción paradójica (Boscolo et al., 1987).

Entre las influencias más importantes sobre el grupo de Milán, se encuentra Bateson, a quien el grupo redescubrió a finales de los años 70's tras leer Pasos hacia una Ecología de la Mente, retomando la noción de la circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos.

Otras ideas que impactaron el trabajo del grupo de Milán fueron las de Heinz Von Foerster acerca de la cibernética de segundo orden. Es a comienzos de la década de los 80 cuando Von Foerster introdujo el concepto de cibernética de orden segundo, definida también como cibernética de los sistemas observantes o cibernética de la cibernética. Es una cibernética de la autorreflexión, en la cual el foco de interés es el propio observador que, con sus prejuicios, teorías y sensibilidad, construye y describe la <<realidad>> observada. El impacto de este cambio epistemológico fue notable, la atención se desplazó del sistema observado al sistema observante. A partir de estas influencias, en esa etapa el trabajo del grupo de Milán, se ubica ya en una posición tendiente al constructivismo (Boscolo y Bertrando, 2000; Boscolo, Cecchin, Bertrando y Bianciardi, 2003).

En una etapa subsecuente, se pueden identificar otras influencias importantes en el trabajo del grupo de Milán (particularmente en el trabajo de Boscolo y Cecchin): las ideas del construccionismo social y la narrativa. Los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son comunicados a través del lenguaje. Aquí se pone en primer plano la idea de las relaciones, como expresiones de sistemas de lenguaje y significado (Boscolo y Bertrando, 2000).

En tanto que, según Boscolo y Bertrando (2000), su interés en la narrativa deriva de sus investigaciones sobre el tiempo y el lenguaje en las relaciones humanas. Dado el paso de una perspectiva sincrónica a una perspectiva diacrónica, que poco a poco los llevó a desarrollar un interés particular por las historias y el modo como se construyen. Derivado de su curiosidad por saber cómo los clientes conectan los hechos y significados de su pasado para explicar de manera determinista su presente y vincularlo al futuro.

Así, se puede decir que en una primera fase, el grupo de Milán se adhirió al modelo del MRI con sus tácticas acordes a un modelo militar; luego recurrieron al mismo modelo, enriquecido por las contribuciones del constructivismo y de la cibernética de orden segundo; para dar paso –en el caso del grupo liderado por Cecchin y Boscolo– a su adhesión a los postulados del construccionismo, la narrativa y la hermenéutica, llegando a adoptar un modelo que ellos mismos denominan, además de <<sistémico>> <<epigenético>> (Boscolo y Bertrando, 2000). Cabe mencionar que más que considerarse o ubicarse como terapeutas familiares, se ven a sí mismos como consultores de sistemas.

3.5.2 Principios básicos

En 1980 el grupo de Milán publicó un artículo que contenía tres importantes conceptos terapéuticos, que son considerados fundamentales para coordinar de la mejor manera la sesión de terapia familiar, coherente con la epistemología sistémica: hipótesis, circularidad y neutralidad (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

- a) La elaboración de **hipótesis** se entiende como la capacidad del terapeuta para construir una hipótesis basada en la información que posee. Tiene que ver con un proceso de evaluación, que debe explicar todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre sí. Su función esencial es proporcionar una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán.
- b) El concepto de **circularidad** se entiende como la capacidad del terapeuta para dirigir su investigación sobre la base de la retroalimentación que la familia da en respuesta a la información que él solicita acerca de las relaciones y, por ende, acerca de las diferencias y los cambios. Se trata de investigar de qué modo ve un tercero la relación entre otros dos miembros. Según Boscolo et al. (1987), este término se aplica a la técnica de interrogatorio circular, destinada a buscar diferencias. Las preguntas más utilizadas se dividen en varias categorías: acerca de diferencias en la percepción de los vínculos, diferencias de grado, diferencias entre entonces y ahora, diferencias hipotéticas o concernientes al futuro. Otra idea asociada es la de “**aperturas**”, entendidas como señales que la familia deja caer durante la entrevista (al hablar de algún tema, en algunos casos de forma recurrente) y que marcan una ruta fructífera hacia el desarrollo de una hipótesis. Mismas que, como indicadores contextuales, ayudan a guiar la orientación del interrogatorio circular.
- c) En tanto que la **neutralidad** es entendida como el efecto pragmático que la conducta del terapeuta, durante la coordinación de la sesión, ejerce en la familia. En este sentido, lo deseable sería que el terapeuta no tome partido por algún o algunos miembros de la familia. Sobre este punto, Boscolo et al. (1987) señalan que la neutralidad tiene que ver con adoptar varias posiciones más que no adoptar ninguna. Así, ser neutral se convierte en sinónimo de esforzarse en no ser inducido por el sistema familiar.

El **sistema significativo** es un aspecto muy importante a tomar en cuenta, el cual llega a incluir, además de las personas, las ideas y los significados conectados con los problemas presentados como son vistos y descritos por el observador e incluso, y sobre todo, al observador mismo, cuyas descripciones están inevitablemente condicionadas por sus prejuicios y sus teorías.

Originalmente, el concepto de sistema significativo se refería a las personas en relación con el problema presentado; en otras palabras, al individuo y a los sistemas con los cuales estaba conectado.

Además de lo ya mencionado, Boscolo y Cecchin introdujeron en su práctica elementos que no pertenecen a la antigua escuela de Milán, como la perspectiva del tiempo. A este respecto, señalan que los tiempos son subjetivos: el tiempo de la familia, el de la cultura, el del individuo, etc. y que es importante tomarlos en cuenta (Rodríguez, 2004).

Otro aspecto distintivo del trabajo de Boscolo y Cecchin es lo referente a la **curiosidad**, como una forma de mantenerse siempre abierto a lo nuevo. De forma similar, el concepto de **irreverencia**, es un aspecto importante a tomar en cuenta durante el trabajo terapéutico, para evitar caer en el extremo de permanecer fiel a una sola teoría o explicación, cuando ya no resulta útil (Cecchin, Lane y Ray, 1992). Un tema que no puede dejarse de lado, es el de los **prejuicios**, entendidos como preconceptos o ideas que el terapeuta (y por supuesto el cliente) traen consigo –en función de su historia, formación, cultura, etc.– y se hacen presentes durante la sesión, por lo que es necesario tener presente su existencia y efecto.

Cada sesión se dividía regularmente en cinco partes (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988):

1. **Presesión.** En ella el equipo analizaba la ficha si se trataba de la primera entrevista, o el acta de la sesión anterior, en caso de sesiones sucesivas.
2. **Sesión.** Usualmente estaban a cargo dos terapeutas que conducían el coloquio con la familia y dos observaban detrás del espejo. Los terapeutas a cargo solicitaban información y se interesan no sólo por los datos concretos sino también por el modo como se suministra tal información, como índice del estilo interaccional de la familia.
3. **Discusión de la sesión.** En este espacio los terapeutas a cargo discutían con el equipo lo sucedido en la sesión y decidían cómo terminarla.
4. **Conclusión de la sesión.** Básicamente consistía en dar un mensaje final, usualmente paradójico, que podía ser una prescripción o un comentario breve.
5. **Acta de la sesión.** Aquí se discutían las reacciones observadas, se formulaban previsiones y se redactaba el acta, la cual contenía una síntesis de lo ocurrido, transcribiéndose textualmente sólo las interacciones excepcionales.

Inicialmente, informaban a las familias que las entrevistarían diez veces, sin embargo, posteriormente en lugar de tenerlo como una regla, se atenían a la pauta temporal de cada caso. Además, extendieron el espacio entre una sesión y otra de una semana a un

mes porque descubrieron que este intervalo (propuesto inicialmente por consideración a las familias que debían efectuar un largo viaje) respetaba el lapso más prolongado que requería un sistema familiar para evidenciar un cambio (Boscolo et al., 1987).

3.5.3 Intervenciones

Cabe mencionar que a través del tiempo y con los cambios en la conformación del equipo, también los métodos de trabajo fueron cambiando. A continuación se mencionan los tres métodos terapéuticos, de acuerdo con Selvini Palazzoli et al. (1999).

A. **El método paradójico.** Las técnicas terapéuticas, correspondientes a la primera fase del trabajo del equipo original, se expusieron en el libro *Paradoja y contraparadoja*, estas son:

- La connotación positiva del comportamiento de cada miembro de la familia
- La reformulación paradójica del juego familiar en curso y su prescripción
- Los rituales familiares
- La regla del intervalo mensual entre las sesiones

B. **La serie invariable de prescripciones.** Correspondiente al trabajo realizado por Selvini y Prata, tras la escisión del primer equipo. Consistía en convocar sólo a los padres y prescribirles que se les había impuesto guardar el secreto sobre todo lo que sucedía en las sesiones. Posteriormente, si es que observaban cuidadosamente la prescripción anterior, se les prescribía una serie de desapariciones de casa de duración creciente, indicando que no debían dar preaviso ni contar nada a su regreso, debiendo dejar sólo una nota que indicase el horario o fecha de su regreso.

C. **El método de la revelación del juego familiar.** Donde además de Mara Selvini, participaron Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Ana María Sorrentino. Aquí el efecto terapéutico se confía a dos factores: por un lado, a la reconstrucción del juego familiar; por el otro, a una serie de indicaciones, ya no paradójicas, sino explícitamente en la dirección del cambio.

Si bien, como ya se señaló, los métodos de trabajo se han ido transformando, a continuación se mencionan las que podrían considerarse como principales intervenciones de este modelo, así como algunas de las modificaciones que han tenido (Boscolo et al., 1987; Selvini Palazzoli et al., 1988).

- **Connotación positiva.** Uno de los principios terapéuticos más importantes y eficaces del grupo de Milán, fue la connotación positiva. Que consiste en connotar positivamente tanto la conducta (síntoma) del paciente designado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia. De forma tal que los terapeutas colocan a todos los miembros de la familia en un mismo nivel, evitando verse envueltos en alianzas o escisiones características de la disfunción familiar (Selvini Palazzoli et al., 1988). En este sentido, se modificó la connotación positiva, que sugería la idea negativa de que la familia <<necesitaba>> un síntoma o aun que ese síntoma era <<bueno>>, para convertirla en algo más aproximado a una <<connotación

lógica>>. Ya que no hay necesidad de decir que un problema es útil, beneficioso o funcional; basta señalar que esas personas se han habituado a él y que es difícil quebrar este tipo de hábitos. De este modo se evita aparecer aprobando algún síntoma terrible, lo que la familia percibirá como un sarcasmo; en cambio, se le señala cuán significativo es en su contexto, cuán comprensible y tal vez indispensable por el momento. La connotación positiva va dirigida a las tendencias de automantenimiento del sistema global. Los terapeutas sistémicos prescriben el síntoma relacionándolo con su contexto social, al servicio de la “homeostasis” familiar o de algún aspecto de ella (Boscolo et al., 1987).

- **Prescripción paradójica.** En los primeros tiempos, el equipo de Milán prescribía a cada miembro de la familia que persistiera en su comportamiento por el bien ajeno (Selvini Palazzoli et al., 1999). Posteriormente, empezó a parecerles que sería más <<neutral>> poner todas las conductas relacionadas con un problema al servicio de una premisa, valor o mito compartidos (Boscolo et al., 1987); lo que se explicará más adelante.
- **Rituales.** Se prescribían a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituían las habituales reglas de relación por otras nuevas, sin recurrir ni a explicaciones ni a críticas (Selvini Palazzoli et al., 1999). También se fue modificando el uso de la técnica de impartir rituales. Usualmente dirigidos a las comunicaciones generadoras de un doble vínculo en que se empeñan determinadas personas, un tipo de ritual amplifica cierta interacción para hacerla estallar, otro tipo introduce el vínculo de interacción en una secuencia de hechos. En este sentido, Boscolo y Cecchin optaron por este último; formulando dos opiniones o mensajes contradictorios e impartiendo la directiva de que en los días pares se considerará verdadero uno de ellos y, en los impares, el otro. El incumplimiento de una directiva ya no se interpreta como una maniobra tendiente a derrotar al equipo sino como un nuevo testimonio del modo en que funciona el sistema familiar (Boscolo et al., 1987).
- Boscolo et al. (1987) señalan que los miembros del grupo buscan un <<mito>> o <<premisa>> que parezca mantener en su sitio las conductas vinculadas a un problema; después tratan de enunciarlo en sus mensajes a las familias. Suelen especificar el problema como si estuviera al servicio de aquel mito. Tienen la esperanza de que si la premisa (habitualmente colectiva) varía, este cambio afectará las principales áreas de conducta familiar y producirá un cambio de segundo orden. Si bien pueden impartir instrucciones dirigidas a una modificación directa de la conducta, como en el caso de los rituales, suelen encuadrarlas por referencia a una hipótesis acerca de una premisa que los miembros de la familia parecen sostener.
- **Interrogatorio circular.** Con este tipo de interrogatorio se busca mostrar la arquitectura del sistema problema. Así, resultaría razonable dejar que el interrogatorio en sí constituyera la intervención, en vez de explicar claramente la lógica del problema en un comentario final o prescripción. En este sentido, Boscolo y Cecchin siguen la

idea de Maturana en cuanto a que no puede haber una interacción instructiva sino sólo una perturbación de un sistema que, luego, reaccionará conforme a su propia estructura. Por ello, las intervenciones no van dirigidas a un resultado en particular sino que procuran empujar suavemente al sistema hacia resultados imprevisibles (Boscolo et al., 1987).

- De acuerdo con Penn (1982), en la práctica de la terapia hay un efecto importante que las **preguntas circulares** tienen sobre la familia, esto es que el responder a estas preguntas los obliga a experimentar la circularidad de su sistema familiar. Este tipo de cuestionamiento funciona como marcador de contexto, delimitando y clasificando las relaciones en el tiempo. En general, el patrón del cuestionamiento circular puede usarse en distinto orden, ya sea comenzando en el presente y yendo hacia el pasado, o empezando por el pasado y yendo al presente. La finalidad del cuestionamiento circular es fijar el momento en el que coaliciones importantes sufrieron un cambio y la adaptación a este cambio se volvió problemática para familia. Se busca información acerca de las diferencias en las relaciones que la familia ha experimentado antes y después del surgimiento del problema.

El tipo de preguntas que suelen emplearse, se pueden clasificar en las categorías siguientes:

- Información verbal y analógica
- Definición del problema
- Alineación de coaliciones en el presente
- Una secuencia diferente
- Preguntas de clasificación y comparación
- Preguntas sobre acuerdos
- Murmurar en presencia de otros
- Comparaciones de subsistemas
- Preguntas explicativas

3.5.4 Conclusiones

Los primeros trabajos del grupo de Milán reflejan un sumo cuidado metodológico, particularmente en lo que corresponde a la fase de investigación y comunicación de los resultados de las intervenciones empleadas; lo que posibilitaría la replicación de las mismas. Por otro lado, en el caso de los trabajos realizados por Boscolo y Cecchin, considero que resulta más complejo llevar a la práctica sus ideas, pues tienen mucho más que ver con una postura que con la aplicación de técnicas específicas, como podría hacerse en otros modelos (como el estructural o el estratégico).

Por otro lado, el que no se tenga un objetivo definido de forma más operacional, al darse paso a una postura de curiosidad, donde se introduce información sin que se pueda determinar el efecto específico en la familia, el respeto por el ritmo y tiempos de ésta, e incluso el intervalo entre sesiones, puede tornar complicado el papel del terapeuta inexperto, al no saber muy bien qué hacer y no tener una planeación anticipada de las

sesiones; sin embargo, también abre la puerta a posibilidades distintas de hacer terapia, sin tener que asumir una posición de tanto control, que si bien es algo que puede dar cierta sensación de seguridad, también puede resultar cansado y desgastante a la larga, además de limitar lo que se abordará en la terapia.

3.6 Modelos Derivados del Posmodernismo

Las perspectivas posmodernas en terapia familiar están relacionadas con los postulados del construccionismo social, que cuestionan la existencia de una realidad objetiva, hacen una crítica a la autoridad científica como base del conocimiento, se alejan de la búsqueda de verdades fundamentales y señalan que todo está sujeto a cuestionamiento, posibilitando la comprensión de la persona en el interior de múltiples formas de relación (McNamee y Gergen, 1996; Anderson, 1997).

Una de las propuestas de la posmodernidad es que no hay una realidad única, sino muchas maneras de entender las conductas, los eventos y las relaciones; donde el lenguaje juega un papel fundamental, pues sirve como vehículo primario para la transmisión de los significados y las comprensiones (Biever et al, 2005).

Es en el marco de la posmodernidad, donde podemos ubicar la terapia Narrativa, el modelo Colaborativo y el trabajo con Equipos Reflexivos, que se expondrán a continuación. Prácticas que con su trabajo fueron delineando el perfil de esta nueva perspectiva en Terapia Familiar y desarrollando, cada cual desde su visión, la forma de llevar a cabo la práctica clínica (Lax, 1996). Dichos modelos tienen en común que entienden la terapia como un proceso conversacional en el que los clientes y los terapeutas co-construyen nuevos significados, historias alternativas y posibilidades (Tarragona, 2006).

3.6.1 Narrativa

3.6.1.1 Antecedentes y principales representantes

Los representantes principales del enfoque narrativo son Michael White, trabajador social australiano, y David Epston, antropólogo de origen canadiense residente en Nueva Zelanda. Ellos empezaron a trabajar juntos a principios de los años 80's y a partir de entonces han desarrollado un modelo terapéutico que ha ganado adeptos en el mundo entero (Tarragona, 2006).

Como señalan White y Epston (1993), su trabajo está nutrido de las aportaciones de pensadores como Foucault (específicamente acerca del poder y el conocimiento) y Bateson (sobre el método interpretativo).

3.6.1.2 Principios básicos

En lo que se refiere a la terapia familiar, partiendo del método interpretativo, en vez de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción en la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, se considera que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento (White y Epston, 1993). En este sentido, se ve a las personas como entidades separadas del problema, por lo que “la persona es la persona y el problema es el problema”.

Según White y Epston, la forma en que las personas organizan su vida alrededor de ciertos significados, contribuye inadvertidamente a la “supervivencia” del problema, es decir, son las respuestas de los miembros de la familia a las exigencias del problema, las que constituyen inadvertidamente el sistema de apoyo a la vida del problema.

Las personas dan sentido a sus vidas y relaciones relatando su experiencia y al interactuar con otros en la representación de esos relatos, modelan sus propias vidas y relaciones. En otras palabras, le damos sentido a las cosas con base en nuestra experiencia.

Ellos suponen que la experiencia de una persona es problemática para ella, porque se la sitúa en relatos que otros tienen acerca de ella y de sus relaciones, y que estos relatos son dominantes en la medida en que no dejan espacio suficiente para la representación de los relatos preferidos por la persona. Así, las personas experimentan problemas, por los que a menudo acuden a terapia, cuando las narraciones dentro de las que relatan su experiencia –y/o dentro de las que su experiencia es relatada por otros– no representan suficientemente sus vivencias.

Bajo estos supuestos, cuando alguien acude a terapia, un resultado aceptable para él podría ser la identificación o generación de relatos alternativos que le permitan representar nuevos significados, aportando con ellos posibilidades más deseables, nuevos significados, que las personas experimentarán como más útiles, satisfactorios y con final abierto.

Al estar ubicados en un marco posmoderno, se ve al cliente como el experto en su propia vida y se parte de la visión que éste tiene de su problema. En consecuencia, es el cliente quien define tanto el objetivo de la terapia, como el momento en que considera que éste se ha alcanzado. Así, el terapeuta no se coloca en la posición de experto, en lugar de eso, tiene una postura influyente pero descentrada (White, 2002).

3.6.1.3 Forma de trabajo

Más que hablar de técnicas o intervenciones, en el caso de la terapia narrativa se puede identificar un estilo de trabajo que incluye diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. Entre ellas, se pueden mencionar: la externalización del problema, la identificación de acontecimientos extraordinarios, conversaciones de reautoría, conversaciones de remembranza, ceremonias de definición (mediante el trabajo con equipos/testigos) y el uso de documentos terapéuticos.

- **Externalización del problema.** Es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y, a veces, a personificar, los problemas que las oprimen. Se empieza por preguntar a las personas cómo ha estado el problema afectando a sus vidas y sus relaciones. En este proceso, el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Al lograr separarse de la descripción de la vida saturada por el problema, las personas están en mejores condiciones para identificar los acontecimientos extraordinarios. Cuando las personas se separan de sus relatos, pueden experimentar un sentimiento de *agencia personal*; y a medida que se apartan de la representación de sus relatos, se sienten capaces de intervenir en sus vidas y en sus relaciones. El descubrimiento de acontecimientos extraordinarios y la externalización del problema, pueden fortalecerse después instando a las personas a describir su influencia, y la influencia de sus relaciones con los otros, sobre la “vida” del problema.

Una vez identificados los acontecimientos extraordinarios, se puede invitar a las personas a atribuirles significados. Se pueden introducir diversas preguntas, por ejemplo, para invitar a las personas a explicar los acontecimientos extraordinarios; o bien invitarlas a redescibirse a sí mismas y a redescibir a los otros y sus relaciones con ellos según lo que se refleja en los acontecimientos extraordinarios.

Entre las prácticas asociadas a la externalización de los problemas, se encuentran las *preguntas de influencia relativa*, que se componen de dos conjuntos de preguntas. El primero anima a las personas a hablar sobre la influencia del problema sobre su vida y relaciones. El segundo las insta a describir su propia influencia sobre la <<vida>> del problema.

- **Acontecimientos extraordinarios.** Partiendo de la idea de que la experiencia de vida de las personas es muy rica, pero usualmente sólo una parte de esa experiencia puede relatarse en un momento determinado –relato dominante–, quedando fuera gran parte de la experiencia vivida. Así, los acontecimientos extraordinarios incluyen toda la gama de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc., que tienen una localización histórica, presente o futura, y que el relato dominante no puede incorporar. Esos aspectos que quedan fuera del relato dominante constituyen una fuente, llena de riqueza y fertilidad, para la generación o regeneración de relatos alternativos.

La identificación de esos acontecimientos puede iniciarse fomentando primero la externalización del problema y rastreando después la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona. Se investiga sobre épocas o eventos que contradigan la historia dominante (algo similar a la búsqueda de excepciones). Esa búsqueda de acontecimientos extraordinarios, puede referirse al pasado, al presente o incluso al futuro.

En cuanto al pasado, pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema. Se les puede pedir que recuerden <<hechos>> o sucesos que contradigan los efectos que el problema tiene sobre sus vidas y relaciones. Estos acontecimientos extraordinarios pasados pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente.

Los referentes al presente son aquellos que ocurren durante la sesión. Generalmente las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta, que los enfatiza e invita a que los hagan más palpables.

En tanto que los referentes al futuro, pueden identificarse revisando las intenciones o planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema o investigando sus esperanzas de liberarse de ciertos problemas.

A medida que los relatos alternativos se prestan a ser representados, es posible expresar y difundir otros aspectos “amables” pero anteriormente negados, de la experiencia de la persona, comenzando así a construir historias alternativas. Es necesario fortalecer esa historia alternativa para <<engrosarla>> y que adquiera mayor significancia y peso para el cliente.

- **Conversaciones de re-autoría.** White (2003, como se cita en Tarragona, 2006) llama a las conversaciones terapéuticas «conversaciones de re-autoría». Éstas giran alrededor de dos tipos de preguntas, que se hacen una vez identificado un acontecimiento excepcional: preguntas sobre el panorama de la acción y preguntas sobre el panorama de la identidad. Las primeras se refieren a qué hizo el cliente, cuándo y dónde; las segundas, buscan indagar sobre el significado que tienen para el cliente los acontecimientos excepcionales, lo que valoran White y Epston (1993).
- **Ceremonias de definición.** La resistencia de los nuevos relatos y su elaboración pueden también favorecerse reclutando un público “externo”. Este proceso tiene una doble vertiente. En primer lugar, con el hecho de asistir a la representación de un nuevo relato, el público contribuye a la escritura de nuevos significados; esto tiene efectos reales sobre la interacción de la audiencia con el sujeto del relato. En segundo lugar, cuando el sujeto del relato “lee” la experiencia que la audiencia tiene de la nueva representación, ya sea a través de la reflexión sobre estas experiencias, ya sea por una identificación más directa, se embarca en revisiones y extensiones del nuevo relato.
- **Documentos.** En una terapia narrativa el terapeuta puede escribir cartas, certificados o diplomas que den constancia de los logros del cliente. En general, los terapeutas son quienes escriben estos documentos, sin embargo, a veces lo hacen en conjunto con los clientes. Lo que tienen en común estos documentos es que están enfocados a fortalecer las historias alternativas que surgen en la terapia. Entre dichos documentos se pueden mencionar:

- ✓ Cartas de invitación
- ✓ Cartas de despido
- ✓ Cartas de predicción
- ✓ Cartas de contraderivación
- ✓ Cartas de recomendación
- ✓ Cartas para ocasiones especiales
- ✓ Cartas breves
- ✓ Certificados
- ✓ Declaraciones
- ✓ Autocertificados

White y Epston (1993) mencionan que al describir prácticas que han sido consideradas útiles por personas que han solicitado terapia para resolver sus problemas, no están proponiendo que se recurra a ellas en todos los casos, en todas las situaciones ni en todos los momentos.

Este señalamiento me llama la atención, ya que no es usual este tipo de comentarios por parte de los representantes de los modelos de terapia revisados anteriormente. No obstante, me parece que esto es coherente con la postura narrativa (y la posmodernidad en general), donde se valoran las historias alternativas y por lo tanto las diferencias. Además, me quedo con la idea de que se puede echar mano de lo que para el cliente resulte útil, en tanto se mantenga una postura de respeto hacia éste y las propuestas de acción se ubiquen como una posibilidad entre varias.

3.6.2 Equipos reflexivos

3.6.2.1 Antecedentes y principales representantes

Como señala Beltrán (2004), autores como Anderson, Hoffman, Lax y White, atribuyen al noruego Tom Andersen la “paternidad” del trabajo con equipo reflexivo.

Originalmente, Andersen se dedicaba a la práctica médica y es justamente a raíz de su labor en dicho campo que decide estudiar psiquiatría, al plantearse diversos cuestionamientos sobre el efecto social de la enfermedad, del sufrimiento y del dolor humano.

Ya instalado en la práctica psiquiátrica, Andersen tuvo contacto con el trabajo de diversos terapeutas familiares como Minuchin, Haley, Watzlawick, entre otros. Sin embargo, uno de los enfoques que mayor influencia ejerció sobre Andersen fue el del grupo de Milán, del cual retomó la forma de trabajo con equipo terapéutico.

De acuerdo con el propio Andersen (1994), su trabajo con equipo reflexivo surgió aproximadamente en 1984, cuando después de trabajar por varios años con la modalidad de equipo terapéutico, comenzó a sentirse incómodo al asumir una posición de terapeuta experto, además de tener que enfrentar, junto con sus colaboradores, el dilema de decidir

cuáles de los comentarios e intervenciones discutidas en el quipo darían a sus clientes. Según su propio relato, esto los llevó a cuestionarse el porqué ocultar las deliberaciones del equipo, de tal forma que optaron por permitir que los clientes vieran y oyeran la forma en qué trabajaban, encontrando que se abría la posibilidad de que los clientes encontraran sus propias respuestas y de que ellos como terapeutas modificaran su comprensión respecto a los procesos terapéuticos.

3.6.2.2 Principios básicos

La base epistemológica para el uso de equipos reflexivos consiste en que un mismo problema puede ser entendido de manera diferente desde varias perspectivas y cuando estas diferentes perspectivas son puestas juntas, crean nuevas ideas sobre el problema en cuestión. Esto es congruente con la postura socio construccionista que subraya la importancia en la construcción de diferentes versiones de la realidad, valorando las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces.

Como señala Bateson (1977), compartir diferentes puntos de vista del mundo influye en la percepción que se tenía anteriormente de uno mismo.

Por otro lado, se parte del supuesto de que mientras el cliente escucha, sin tener que preocuparse por responder, puede considerar diversas voces que le permitan construir nuevos significados o simplemente tener un diálogo interno, en el que puede reflexionar sobre lo dicho por el equipo, sobre lo que él mismo ha dicho, etc., lo que Andersen (1996) llama conversaciones interiores y exteriores.

3.6.2.3 Forma de trabajo

El trabajo con equipo reflexivo básicamente consiste en que algunos de los miembros del equipo terapéutico, que se encuentran detrás del espejo observando lo que sucede en la sesión, cuando el terapeuta lo indica, ingresan a la sala donde se encuentran el cliente y el terapeuta (no exclusivamente, ya que también puede hacerse un cambio de salas o estar presente el equipo en la misma sala todo el tiempo). Una vez ahí, los miembros del equipo reflexivo, realizan preguntas y/o comentarios relacionados con lo ocurrido en la sesión, pueden ser ideas que hayan surgido a raíz de lo escuchado o dudas sobre algo que no se haya dicho y que genera curiosidad. Después de los comentarios del equipo, la sesión continúa y el terapeuta pregunta al cliente si hay algo de lo que se dijo que haya llamado su atención y si quisiera comentar al respecto.

Según Andersen (1994; 1996), existen lineamientos importantes que deben tomarse en cuenta al trabajar con equipos reflexivos:

- Que los comentarios del equipo se expresen en forma de pregunta o posibilidad, no como algo que se da por hecho, ni como una crítica o juicio.
- Deben basarse en lo sucedido durante la sesión, es decir, contextualizando el comentario o pregunta en relación a algo que sucedió en la misma.
- Tener presente que no se trata de realizar intervenciones ni de solucionar problemas, sino sólo de propiciar un espacio para alternativas.

- Los miembros del equipo hablarán entre ellos, sin interactuar con el cliente.

3.6.3 Enfoque colaborativo

3.6.3.1 Antecedentes y representantes

Esta aproximación propone una perspectiva filosófica de la terapia (a un nivel de valores y posición terapéuticos) basada en la premisa de que estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación. Enfatiza la importancia ética y clínica de realizar conversaciones abiertas con los clientes desde una posición no jerárquica.

Los principales representantes de este enfoque son, por un lado, Harry Goolishian, quien fuera fundador de la terapia de impacto múltiple del grupo de Galveston, y por otro Harlene Anderson (Anderson, 1997; Beltrán, 2004).

Harlene Anderson (1997) señala que el contexto de su enfoque ha sido provisto por pensadores que criticaron la autoridad científica como base del conocimiento y ofrecieron otros criterios para indagar y comprender la psicología humana. Indica que las teorías del construccionismo social, de la hermenéutica y de la narrativa, son lo que para ella constituye el pensamiento posmoderno, en cuyo marco se ubica el enfoque colaborativo.

3.6.3.2 Principios básicos

La hermenéutica sostiene que la comprensión siempre es interpretativa, que no hay un punto de vista único o privilegiado para la comprensión, es decir que hay una multiplicidad de interpretaciones posibles. No es un intento de alcanzar el significado verdadero o la representación correcta (Anderson, 1997). Desde la teoría hermenéutica hay una suposición: que la creación dialógica de significados es siempre un proceso continuo e intersubjetivo. Es decir, que durante el proceso, cliente y terapeuta son afectados mutuamente en sus significados y el significado deviene una intersubjetividad (Anderson y Goolishian, 1995).

Anderson (1997), indica que el enfoque colaborativo se basa en las siguientes premisas filosóficas.

- Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- Son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.
- Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otro y con nosotros.
- El lenguaje es generador; da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.

- El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

Además de los ya señalados, otras ideas importantes a tomar en cuenta, desde el enfoque colaborativo son las siguientes:

Existen muchas perspectivas y diferentes significados posibles para cualquier evento de la vida. En este tipo de terapias se valora la pluralidad y la complejidad y con frecuencia se buscan maneras de incluir distintas ideas o voces en las sesiones. Una forma de hacerlo es mediante la implementación de equipos de reflexión (Tarragona, 2006). La forma en la que se conceptualiza, se narra y se discute una historia tiene un impacto en las posibilidades de cambio o solución que la persona puede ver.

Harlene Anderson, dice que «hay tantas observaciones, descripciones, comprensiones y explicaciones de un problema... como hay personas comunicándose consigo mismas o con otros al respecto». De tal forma que algo muy importante en la terapia colaborativa es abrir espacios para que se puedan expresar todas estas perspectivas y las ideas de todos los participantes en la conversación.

El terapeuta asume una postura de no saber, que tiene que ver con una actitud de profunda curiosidad, en lugar de expresar opiniones y expectativas con respecto al cliente, al problema o lo que debería ser (Anderson y Goolishian, 1995). De acuerdo con Bruner, esto sugiere un tipo de pericia terapéutica distinta, que está limitada al proceso de la terapia más que al contenido (diagnóstico) y cambio (tratamiento) de la estructura patológica.

En tanto que, desde la posición de saber, el terapeuta se asume como experto, ubicándose en una postura jerárquica superior en relación a los clientes. Al adoptar una postura de saber, se marcan las posibles conclusiones y se limita el codesarrollo de un nuevo significado (Anderson y Goolishian, 1995).

Desde la perspectiva lingüística posmoderna, lo que parece ser una realidad objetivamente identificable es sólo el producto de descripciones, de una construcción social. Siempre trabajamos con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes, socialmente construidas. En este sentido, se considera que los problemas existen en el lenguaje.

En terapia un problema es un asunto a tratar en un discurso. Un problema y el significado que le atribuimos no son sino realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje. Es una entidad, una persona o una cosa, definida en el lenguaje, que es motivo de perturbación, preocupación, queja o alarma para alguien, y quizás intentan cambiar. Así, una definición de problema es una posición que alguien toma.

En este sentido, dado que los problemas surgen en el discurso, los problemas no se «resuelven» sino se «disuelven» al hablar de ellos e ir redefiniéndolos y generando nuevos significados.

Desde este enfoque, se trata de crear un espacio y facilitar un proceso donde situaciones (o narrativas) problemáticas no trabajables puedan ser transformadas en trabajables, con posibilidades. Una vez que esto sucede, los problemas comienzan a disolverse.

Harlene Anderson y Harold Goolishian proponen que los sistemas humanos son «sistemas de lenguaje generadores de significados». Los sistemas de lenguaje están integrados por las personas que están teniendo conversaciones en torno a alguna preocupación, objetivo o «relevancia». La pertenencia a este tipo de sistemas puede ser cambiante, pues depende de quién esté hablando con quién sobre un asunto importante para ambos.

El sistema terapéutico co-productivo es una conversación entre compañeros, donde terapeuta y cliente co-deciden cómo participar, co-definen límites y co-seleccionan las metas del tratamiento.

3.6.3.3 Forma de trabajo

De acuerdo con Anderson (1997), como terapeutas debemos respetar las ideas de los miembros del sistema acerca de qué es importante para la conversación terapéutica y quién debe ser incluido en ella. Todas las decisiones acerca de quiénes deben participar en las sesiones, cuándo y de qué hablar, se toman colaborativamente sesión por sesión, conversación por conversación.

La pregunta conversacional o terapéutica es la principal herramienta que el terapeuta usa para expresar esta pericia desde la posición de no-saber. Estas preguntas son siempre consecuencia de una necesidad de saber más respecto de lo que acaba de ser dicho.

En este enfoque no hay una serie de técnicas o intervenciones, sin embargo, Harlene Anderson propone ciertas premisas a tomar en cuenta para lograr una conversación terapéutica:

- **Mantenerse escéptico.** Tiene que ver con la actitud y la creencia de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, por lo que nunca puede entender totalmente a otra persona y siempre tiene que aprender más sobre lo que se ha dicho o no se ha dicho. Además de que no podemos saber hacia dónde nos va a llevar una conversación, ni anticipar que si el terapeuta dice o hace esto, el cliente dirá o hará aquello.
- **Eludir generalizaciones.** Una implicación de esto, es que el terapeuta aborda cada consulta como una situación única, esto incluye lo que el cliente presenta y el posible resultado de la terapia.

- Ver el lenguaje como un proceso social creativo. Bajo la premisa de que el lenguaje es generador, al hablar juntos cliente y terapeuta, surgen ideas que probablemente ninguno de los dos tenía antes de su conversación. Desde esta postura, el terapeuta no provoca un cambio en el cliente, sino que ambos se van transformando a través de su interacción.
- Privilegiar el conocimiento local. Es decir lo que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación, más que por una teoría que la explique. Teniendo como foco de atención lo que el cliente tiene que decir y que el terapeuta intente entender desde la perspectiva del cliente, con la intención de ser constantemente informado por éste. Goolishian y Anderson (1992), señalan que se requiere que el terapeuta continuamente ajuste su entendimiento al del cliente.
- El conocimiento y el lenguaje son transformadores. Juntos, el terapeuta y el cliente van generando conocimientos a través de una investigación compartida en la que exploran juntos lo familiar y co-crean lo novedoso. Una parte muy importante de este proceso es que el cliente cuenta su historia y al hacerlo en este contexto de co-investigación, la clarifica, amplía y transforma.

Según Anderson y Goolishian (1995), una conversación terapéutica no es nada más que un lento y detallado desarrollo de una historia de vida individual, concreta, estimulada por la posición de no-saber del terapeuta y por su curiosidad por aprender. El proceso a través del cual el terapeuta y el cliente participan en el co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narrativas (Goolishian y Anderson, 1992). Son la curiosidad y el no-saber los que abren el espacio conversacional, aumentando así el potencial para el desarrollo de la narrativa de una nueva competencia y de la libertad personal.

3.6.4 Conclusiones

Las implicaciones más importantes de estas aproximaciones radican en proponer, por un lado, una postura que valide lo singular, rico y complejo del conocimiento y la experiencia del otro, del otro en relación con; y por otro lado, una postura filosófica que incluye la preocupación por el modo como en el lenguaje (y en la terapia como una forma de práctica social) se construyen el mundo, las identidades y ontologías, así como el conjunto de valores que las personas imprimen en su vida (Beltrán, 2004).

En la actualidad el enfoque colaborativo y el trabajo con equipos reflexivos se ha extendido como un recurso en los procesos de formación de terapeutas, de supervisión y de asesoría en instituciones.

Definitivamente los modelos derivados del posmodernismo ofrecen una alternativa de trabajo muy distinta de lo que modelos como el estructural, el estratégico o el de terapia breve del MRI plantean. Sin embargo, dicha diferencia parte de la postura epistemológica que el terapeuta adopta, más que de las técnicas que emplea en su trabajo terapéutico, pues si bien en los modelos de la Narrativa, Colaborativo y Equipos de Reflexión no se

habla de “técnicas” como tales, sí se considera la posibilidad de emplear ciertas tareas que resulten útiles para el cliente, siempre desde una postura diferente, es decir, como una opción entre muchas otras, pero siempre teniendo presente el respeto al cliente.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

Entre los aspectos más importantes de la formación profesional que se puede obtener al cursar la Maestría, se encuentra el desarrollo de habilidades clínicas, por lo que una buena parte de las asignaturas que conforman el programa de estudios de la Residencia se acompaña de la práctica clínica supervisada, mostrando un aumento progresivo de horas dedicadas a dicha actividad conforme avanzan los semestres. Esto permite observar de forma aplicada los distintos modelos que se revisan a nivel teórico, ya sea como parte del equipo terapéutico o como terapeuta a cargo.

Los casos en los que participé como parte del equipo terapéutico, ya sea observando detrás del espejo o en la modalidad de equipo reflexivo, fueron 23. Adicionalmente, hubo al menos cuatro casos en los que participé como parte del equipo terapéutico en sesiones grupales de supervisión narrada.

Por otro lado, los casos en los que participé como terapeuta fueron 13. De estos, seis fueron dados de alta al alcanzarse los objetivos planteados, en tanto que siete fueron dados de baja.

Así, el total de casos en los que participé como terapeuta o equipo terapéutico durante la Residencia fueron alrededor de 40. No obstante, cabe mencionar que el número total de casos atendidos por los integrantes de la octava generación es mayor al que se reporta aquí, ya que éste no incluye los casos atendidos por mis compañeros en el Centro Comunitario los Volcanes y en el Hospital Psiquiátrico Infantil (por no tener acceso a esta información).

En la tabla de la página siguiente se incluyen los datos esenciales³ de los casos en los que tuve la oportunidad de fungir como terapeuta (ya sea individualmente o en co-terapia con alguno de mis compañeros). Posteriormente se analizan con mayor detalle dos de esos casos.

³ Por razones de confidencialidad, los nombres de las personas involucradas en los casos han sido modificados.

| CASO | MOTIVO DE CONSULTA | ASISTENTES A TERAPIA | MODELO TERAPÉUTICO | SESIONES | STATUS | SUPERVISOR |
|-------------------------|--|--|---------------------------------|-----------------|---------------|------------------------|
| FAMILIA MARTÍNEZ | Dificultades con la conducta de sus hijos. | Madre y sus dos hijos mayores | Estructural | 14 | Alta | Dra. Noemí Díaz |
| ANDREA | Dificultades en la relación con su hijo adolescente. | Madre e hijo | T. breve centrada en soluciones | 3 | Baja | Dra. Noemí Díaz |
| CARLA Y UZIEL | Problemas en su relación de noviazgo | Ambos miembros de la pareja | Dinámico sistémico integrativo | 9 | Alta | Dr. Raymundo Macías |
| CELINA | Dificultades con la conducta de Celina y en la relación familiar. | Madre e hija | Estructural | 8 | Baja | Mtra. Erika Trujillo |
| CAMILO | Dificultades en la comunicación padres-hijo. | 2 sesiones Camilo y sus padres, 5 sólo Camilo, 2 familia | Estructural | 9 | Baja | Mtra. Erika Trujillo |
| ÁNGELA | Problemas de conducta de Ángela y en la relación padre-hija. | Padre e hija | T. breve centrada en soluciones | 15 | Alta | Mtra. Erika Trujillo |
| SONIA | Problemas en la relación familiar/ Depresión | Sonia | T. breve centrada en soluciones | 7 | Baja | Mtra. Erika Trujillo |
| VALERY | Dificultades de conducta de Valery. | Valery | T. breve centrada en soluciones | 1 | Baja | Mtra. Erika Trujillo |
| ARMANDO | Dificultades en la relación matrimonial (en proceso de separación) | Armando | Estratégico | 8 | Alta | Dra. Luz María Rocha |
| ANTONIO | Enuresis | Antonio | Estratégico | 3 | Baja | Dra. Luz María Rocha |
| SARA | Dificultades en la relación con sus padres. | Sara | Estructural/ Estratégico | 11 | Alta | Dra. Luz María Rocha |
| SIMÓN | Dificultades en la relación con su pareja. | Simón | Narrativa/ equipo reflexivo | 6 | Baja | Mtra. Nora Rentería |
| ROSY | Dificultades con sus hijos y con su pareja. | Rosy | Integración de modelos | 11 | Alta | Mtra. Jaqueline Fortes |

1.1. Integración de casos

1.1.1 Caso uno

“UNA CASA EN CONSTRUCCIÓN”

Familia: Martínez
Terapeutas: Denisse Jaime, Paula Jiménez y Liliana Paredes
Supervisora: Dra. Noemí Díaz Marroquín
Modelo empleado: Estructural
Número de sesiones: 14
Periodo de atención: 18 febrero al 16 de septiembre de 2009

Resumen

Anette acudió a terapia debido a dificultades con la educación de sus hijos. Al inicio del proceso terapéutico, señaló sentirse abrumada por las diversas tareas que debía realizar, ya que además de hacerse cargo del cuidado de sus cuatro hijos, trabajaba para sostener económicamente a los niños, pues estaba separada del padre de éstos. Además, tenía problemas con su familia de origen, por la intromisión de éstos en su vida, entre otras cuestiones.

Si bien se trabajaron varios objetivos, el eje principal fue que Anette lograra conformar el nuevo sistema familiar, estableciendo límites claros respecto a la familia extensa, pero contando con la ayuda de los familiares que en ese momento podían apoyarla. Asumiendo al interior de su familia la jerarquía que le correspondía como figura parental.

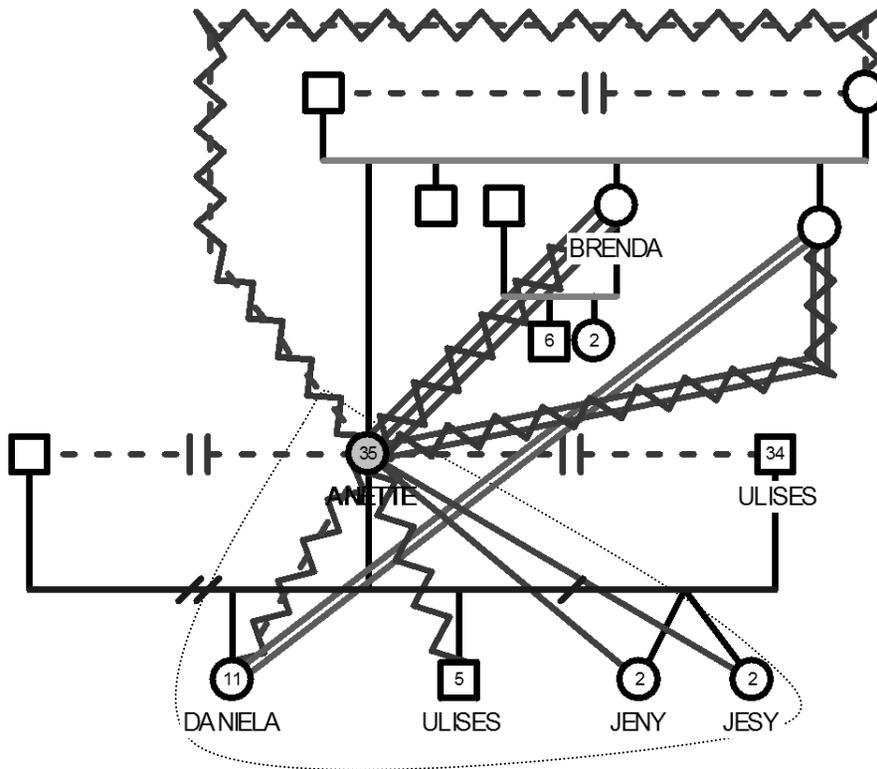
El caso se abordó fundamentalmente desde el enfoque estructural. Dado que hubo tres terapeutas responsables, de manera alternada, dos de ellas participaron dentro de la sesión y la tercera estuvo como observadora, excepto en la última sesión, donde participaron las tres. Se agendaron 14 sesiones, sin embargo, cuatro de ellas no se llevaron a cabo por inasistencia de la familia. En la primera sesión participaron Anette y sus dos hijos mayores, un par de sesiones más se trabajaron con Anette y su hija mayor, otras sólo con esta última y el resto únicamente con Anette.

Durante el proceso, Anette fue estableciendo límites tanto al interior de su familia, como hacia el exterior con la familia extensa, lo que facilitó la clarificación de los roles de los miembros de la familia. Paralelamente, logró vincularse con sus hijos en forma distinta (estableciendo, por ejemplo, una relación más cercana con su hija mayor), visualizar de manera distinta los problemas que surgían con ellos y responder de manera distinta ante los mismos.

Motivo de consulta

Anette refirió tener problemas para controlar a sus dos hijos mayores, quienes en fechas recientes estaban presentando problemas de conducta, en casa y en la escuela. Por lo anterior, buscaba orientación para saber cómo tratar a sus hijos y que la obedecieran.

Familiograma



Antecedentes

Anette tiene cuatro hijos, Daniela que es hija de su primer matrimonio, mismo que, según dijo, terminó porque a su esposo lo metieron a la cárcel, acusado de robo. Posteriormente Anette se unió a Ulises, con quien procreó tres hijos, Ulises de cinco años, y unas gemelas, Jeny y Jesy de un año y medio. Refirió haberse separado de Ulises dos años atrás, porque se comportaba de manera violenta y porque lo vio con otra mujer, además de que no sentía ningún apoyo de parte de él. Dijo que en ese entonces vivía en Nayarit, pero que decidió dejarlo todo para venir a vivir al D.F., en donde actualmente está construyendo su propia casa en un terreno compartido con su hermana Brenda y unos tíos. Refirió que contaba con sus propios cuartos, pero tenía que usar la cocina de su hermana, pues ella aún no terminaba de construir la suya.

Problemas identificados

Anette refirió que Daniela estaba muy rebelde, que había bajado de calificaciones, no se bañaba, le contestaba mal y no obedecía a nadie. Respecto a Ulises dijo que también

estaba desobedeciendo y se peleaba en la escuela. Refirió que ella sentía que explotaba y se desquitaba con sus hijos, además creía que era muy exigente con ellos.

Se identificó a Anette como una madre sobrecargada, ya que además de conseguir el sustento económico y atender a sus hijos, también cuidaba a los dos hijos de su hermana Brenda, de seis y dos años respectivamente; lo que le hacía estar muy ocupada la mayor parte del tiempo.

Diagnóstico familiar

Se trata de una familia en la que los límites, tanto hacia el interior como hacia el exterior son difusos. Así, los roles de cada miembro de la familia no están definidos y la jerarquía de Anette está disminuida, lo que a su vez se relaciona con la intromisión de la familia extensa.

Respecto al ciclo vital, básicamente se trata de una familia con hijos pequeños y en edad escolar.

Hipótesis sistémicas

Las hipótesis fueron variando a lo largo de las sesiones, no obstante, a continuación se presentan las que fueron guías principales del proceso terapéutico:

- Anette es una madre sobrecargada que está tratando de reestructurar los límites y las jerarquías en su familia, posterior a la separación de su pareja.
- Los límites tanto hacia el interior de la familia, como hacia el exterior son difusos, lo que puede propiciar la aparición de múltiples conflictos pues no hay guías claras de lo que se espera de cada uno de los miembros de la familia.
- Anette quiere demostrarle a su madre que puede hacer las cosas sola y salir adelante a pesar de no recibir el apoyo que sí ha recibido su hermana Brenda por parte de su madre.

Metas terapéuticas

Aunque inicialmente se atendió a la solicitud de Anette en cuanto a su necesidad de orientación respecto a la educación de sus hijos, conforme transcurrieron las sesiones, se establecieron objetivos adicionales, mismos que estaban relacionados con el motivo de consulta inicial. Básicamente podría mencionar las siguientes líneas de acción:

- Que Anette lograra conformar el nuevo sistema familiar, estableciendo límites claros respecto a la familia extensa, pero contando con la ayuda de los familiares que en ese momento podían apoyarla. Asumiendo al interior de su familia la jerarquía que le corresponde como figura parental.
- Propiciar consistencia y constancia en la disciplina, buscando que Anette pidiera específicamente a sus hijos lo que deseaba que hicieran y establecer un sistema de consecuencias para ello.
- Propiciar la unión en la relación madre - hija.

Estrategias utilizadas

Cabe mencionar que si bien el caso se abordó mayormente desde el modelo estructural, también se emplearon algunos recursos provenientes de otros modelos teóricos. Durante el proceso se implementaron diversas técnicas, algunas de ellas dentro de las sesiones y otras como tareas para casa, entre otras:

En un primer momento, para favorecer la fijación de límites y roles en la familia, así como disminuir la sobrecarga de trabajo de Anette, se le pidió elaborar una lista de lo que cada miembro de la familia podía hacer para colaborar en las labores del hogar, haciendo énfasis en las consecuencias de no hacerlo. En este sentido, cabe mencionar que fue difícil que Anette cumpliera con esta tarea, en inicio dijo no haber tenido tiempo, luego refirió que la lista la habían elaborado su hermana menor y sus hijos, no obstante, no había consecuencias reales (sólo ponían taches o palomas).

Ante las quejas de Anette respecto a que Daniela no la ayudaba en casa, se empleó la búsqueda de los lados fuertes de la familia, cuestionando la realidad familiar, poniendo el acento en lo que sí hacía la niña para ayudarla, como cuidar a las gemelas.

Por otro lado, se cuestionó la gravedad que ella confería al mal comportamiento de Ulises y sus problemas en la escuela, ya que sólo le habían enviado un recado de la escuela y en general en sesión el niño se mantuvo tranquilo. De esta manera se normalizó la conducta “traviesa” de Ulises.

Un tema que surgió de manera inesperada, fue que Anette llegó a una sesión sumamente ansiosa comentando que pensaba regresar a Nayarit. Ante tal situación, con la intención de que ella pudiese tomar una decisión más pensada, se hizo un cuadro en el que se anotaron los pros y contras que ella consideraba que habría si decidía irse. También se hizo uso de preguntas circulares, respecto a los sentimientos del resto de la familia sobre la posibilidad de irse a Nayarit. Además, se recurrió al consejo especializado, indicándole no tomar decisiones apresuradas hasta evaluar bien las consecuencias positivas y negativas, por las repercusiones que suele tener el tomar decisiones apresuradas, dejándole como tarea reflexionar detenidamente en las ventajas y desventajas de irse a Nayarit. Finalmente, Anette decidió que no le convenía volver a Nayarit.

Con la intención de fortalecer el vínculo madre – hija, entre Anette y Daniela, se les indicó pasar tiempo juntas. Al principio se dio una indicación abierta (es decir no se estableció un tiempo específico) y posteriormente se les indicó que debería ser tres veces a la semana, durante 15 minutos. Luego se le pidió a Anette que fuese ella quien iniciara el contacto con su hija, contándole anécdotas de su niñez.

Esta es una tarea que sí realizaron desde el inicio, aunque en primera instancia la convivencia se limitó a ver juntas la televisión. Se les sugirió salir a caminar tomando en cuenta que era una actividad que a su hija le agradaba, posteriormente refirieron que no habían salido pero sí pasaban más tiempo juntas realizando actividades en el hogar. No

obstante, Anette refirió que le costaba trabajo entablar una conversación con su hija pues esta solía permanecer callada. Para facilitar que Anette pudiese iniciar la interacción con su hija, se recurrió a la escenificación, solicitándoles que hiciesen en sesión lo que se les estaba pidiendo de tarea, específicamente que Anette le platicara anécdotas de su niñez a Daniela. Esta fue un actividad que ambas parecieron disfrutar.

Por otra parte, ante la preocupación de Anette por un supuesto robo de unas golosinas por parte de Daniela, mismo que la niña negaba, se les pidió elaborar un dibujo de una situación en que hubiesen sentido que les echaban la culpa de todo, posteriormente se realizó una escultura familiar, pidiéndoles que representaran los sentimientos que experimentaban al sentirse culpadas por otros en la situación representada en su dibujo y en un segundo momento sobre cómo les hubiera gustado que fuesen las cosas.

Evaluación del proceso

Durante las últimas dos sesiones se hizo una evaluación a nivel cualitativo, preguntando a Anette sobre la relación con sus hijos. Anette dijo que con las gemelas las cosas iban “bastante bien”. Respecto a Daniela pese a que en inicio refirió haber tenido un problema con ella, relató que se había podido solucionar tras hablar con su hija al respecto y que incluso le dio una sorpresa a la niña al pintar su cuarto, lo que puso muy contenta a esta. En este sentido, comentó que sentía que Daniela estaba respondiendo de forma diferente a los problemas. En relación con lo anterior, se resaltaron los cambios positivos que Anette estaba teniendo en la forma en que trataba a su hija y en general en la relación entre ambas.

Adicionalmente, empleando una pregunta de escala (de 1=muy mal y 10=muy bien), se investigó cómo se sentía en ese momento en comparación con el inicio de la terapia. Al respecto dijo que al inicio se ubicaba en 2 y ahora en 8 o 9, comentando que un 10 sería imposible, pero que tampoco lo necesitaba.

Al cuestionarle sobre los cambios más importantes que observaba, dijo que el poner límites, sentirse menos estresada, más contenta y tener una mejor relación con Daniela. Tras llevarla a identificar si otras personas notaban esos cambios, mencionó a varios familiares y a su hija Daniela, mencionando que cree que ésta la ve más tolerante, que se acerca a ella y la abraza, cosa que antes no hacía.

Se retomó la metáfora de una casa en obra negra (empleada al inicio del proceso), señalando que a diferencia de cuando se inició la terapia, ahora si bien podían faltarle algunos detalles, ahora ya era una casa habitable en la que al parecer ella y sus hijos se sentían cómodos y contentos.

Finalmente, al preguntarle si consideraba que podíamos dar por terminado el proceso, respondió afirmativamente, concluyendo así la terapia con Anette. No obstante, se le dio una sesión adicional a Daniela, para realizar un cierre del proceso con ella, en tanto que no había estado presente en la sesión antes descrita.

En la sesión con Daniela, al preguntarle si observaba cambios en la relación con su mamá a partir de que habían estado asistiendo a terapia dijo que la veía menos enojada y más cariñosa, señalando como ejemplo: *“de repente nos dice, hoy no vamos a hacer nada y nos acostamos a ver la tele”*. Por otro lado, dijo que veía que su mamá seguía enojándose, pero ya no por ella, sino por las gemelas, pero que era menos. Al preguntarle sobre la relación con su mamá dijo que ya platicaban más y que a veces la abrazaba *“así nada más” (sic)*, cosa que antes no sucedía.

Le comentamos que la veíamos muy diferente en relación al inicio de la terapia, específicamente más contenta y menos tímida. Al respecto dijo que se sentía bien. Al preguntarle si consideraba necesario seguir yendo a terapia dijo que no. Finalmente le comentamos que nos había gustado trabajar con ella y que si en algún momento quería regresar a terapia, podía hacerlo pidiéndoselo a su mamá. Con esto dimos por terminada la sesión y el proceso terapéutico en general.

Reflexión personal

Fue una experiencia agradable, tanto en el trabajo con mis coterapeutas como con la supervisora y la familia. Fue de los primeros casos que atendimos, en él, contamos con un acompañamiento muy didáctico por parte de la supervisora, ya que al inicio nos ofreció una guía más estrecha, con señalamientos muy puntuales de cosas que dejábamos de lado, de otras que no sabíamos cómo manejar (tanto en temas como en técnicas), así como de lo que como terapeutas nos movía personalmente el caso; todo bajo un ambiente de respeto y apoyo. Dado que este caso lo atendimos durante poco más de un semestre escolar, fuimos adquiriendo más herramientas técnicas y, al menos en mi caso, esto repercutió en la seguridad que tenía como terapeuta. A la par, la supervisión también se fue modificando, en el sentido de que, según mi perspectiva, de manera gradual la supervisora fue dejándonos la responsabilidad del caso y favoreció que echáramos mano de nuestros propios recursos, sin que ello implicara que no pudiésemos solicitar su apoyo.

Por otra parte, trabajar tres personas como coterapeutas, haciendo pareja de manera alternada, implicó un reto para mí, ya que mis dos coterapeutas poseen estilos de trabajo muy distintos, no obstante, estoy convencida que esta situación enriqueció mi formación y por supuesto el proceso terapéutico en sí. Considero que esta modalidad de trabajo representó un desafío a la flexibilidad tanto de las terapeutas como de la familia, al parecer con buenos resultados.

Al revisar el caso, entre otras cosas, observé que insistimos en una tarea a realizar en casa (lista de actividades del hogar para los miembros de la familia), a pesar de que no estaba funcionando, ya que al menos en tres ocasiones no la hicieron. En este sentido, quizás habría convenido realizar esta actividad dentro de la sesión, pues era un aspecto clave con relación al motivo de consulta. No obstante, considero que los cambios realizados en otras áreas del sistema familiar, tuvieron un impacto positivo en este ámbito.

Aunque en su momento no lo detecté, tras analizar este caso, me di cuenta de que al centrarnos en la relación madre-hija, de alguna manera dejamos de lado a Ulises, lo que se refleja en el hecho de que en el cierre del proceso terapéutico prácticamente no lo mencionamos. Dado que Anette tampoco comentó nada sobre el niño, cabe la posibilidad de que esto reflejara la ausencia de dificultades con el mismo. No obstante, habría sido importante indagar al respecto.

1.1.2 Caso dos

“LA CHICA QUE QUERÍA CRECER”

Nombre de la paciente: Sara
Terapeutas: Liliana Paredes y Alma Aguilar
Supervisora: Dra. Luz María Rocha
Modelo empleado: Estratégico y Estructural
Número de sesiones: 11
Periodo de atención: 12 de febrero al 7 de mayo de 2010.

Resumen

Sara acudió a terapia manifestando tener dificultades para tomar decisiones, además de que le costaba trabajo poner límites a sus padres, respecto a lo que ella deseaba hacer y lo que ellos le pedían. Refirió estar deprimida y sentir que no iba hacia ningún lado, situación que se asociaba con la reciente ruptura de su noviazgo, además de haber dejado la escuela por falta de recursos económicos y la sensación de que sus padres no le permitían tomar decisiones.

El objetivo terapéutico, definido conjuntamente con la paciente, fue que lograra tomar decisiones (específicamente en lo referente a su ocupación laboral) y poner límites a sus padres (haciendo lo que ella deseaba y no lo que ellos querían).

Se trabajó fundamentalmente desde el Modelo Estructural y el Estratégico, durante 11 sesiones, bajo la modalidad de coterapia.

Después de varias sesiones Sara logró definir a qué deseaba dedicarse, al margen de lo que sus padres querían, comenzando a concretar sus planes para independizarse de ellos. Al final del proceso terapéutico, manifestó haber recuperado la confianza, sentirse más feliz y satisfecha, así como haber aprendido más de sí misma y de su familia.

Hipótesis sistémicas

- Sara ocupa la posición de hija parental, de tal modo que asume diversas responsabilidades a la par de su padre, y en ciertas áreas incluso por arriba de él. Esto permite que la familia funcione, sin embargo implica una sobrecarga para Sara, quien tiende a supeditar sus propias necesidades a las de la familia.
- Si bien para Sara resulta incómodo asumir responsabilidades que no le corresponden, esto es algo que le otorga poder sobre los miembros de la familia, lo que le agrada y puede llevarla a mantener la situación.
- La familia de Sara se encuentra ante una crisis por el cambio de etapa en el ciclo vital, pues si bien en el caso de Sara, hace tiempo que cronológicamente superó la adolescencia, en términos instrumentales es ahora que muestra su necesidad de mayor independencia, lo que genera un conflicto con los padres.

Metas terapéuticas

En conjunto con Sara, definimos dos objetivos principales, que si bien por cuestiones prácticas se abordaron por separado, en realidad están íntimamente relacionados:

1. Que Sara lograra tomar decisiones, lo que ella misma definió como *“Decidir a qué voy a dedicarme y hacer actividades para mi beneficio” (sic)*.
2. Que pusiera límites a sus padres (haciendo lo que ella deseaba y no lo que ellos querían). Sobre este punto Sara dijo: *“que lo que piensen mis papás no sea tan importante para mí y que respeten mis decisiones, me apoyen y no me critiquen” (sic)*.

Estrategias utilizadas

Como terapeutas adoptamos una posición fundamentalmente estratégica, en la que es responsabilidad del terapeuta planear estrategias para resolver los problemas del cliente, por lo que una de las tareas principales de éste es formular un problema y resolverlo.

En este sentido, el objetivo se definió junto con la paciente, acordándose abordar en primera instancia lo referente a la decisión de Sara respecto a qué quería dedicarse.

Una vez definido el objetivo de la terapia, se buscó normalizar la dificultad de Sara para tomar decisiones, pues era algo que la agobiaba, ya que según sus propias palabras pensaba que a su edad era algo que no debía pasar. También resaltamos que en realidad ya estaba tomando decisiones (por ejemplo, al acudir a terapia).

En un primer momento, para hacer un análisis de sus intereses educativos/laborales, le pedimos como tarea elaborar una lista de las cosas a las que le gustaría dedicarse (administración, pedagogía, cocina u otra), anotando los pros y contras de cada opción. Tras analizar lo anterior, Sara concluyó que deseaba dedicarse a la cocina, pues era lo que le gustaba más. También consideró la posibilidad de hacer “otra cosa” (sin mencionar alguna idea concreta), lo que le permitiría independizarse, pero pensaba que eso le traería conflictos con su padre y no deseaba que eso sucediera.

En una segunda fase, se abordó lo referente a la relación con su familia, particularmente con su padre. Se habló de las características que tienen las familias; comentándose que tenemos características individuales pero también familiares. Se empleó la técnica de enfoque (zoom), centrándose en el tema de la historia familiar, lo que nos permitió obtener información sobre los valores familiares, así como las reglas implícitas de su familia. En este sentido, Sara comentó: *“si yo tuviera que ponerle una característica a mi familia sería protección y dependencia”*. De lo anterior se derivó una reflexión sobre los aspectos positivos de dichas características, pero también sobre el tono negativo que pueden adquirir al llevarse al extremo. Adicionalmente se le pidió como tarea que escribiera la biografía de sus padres, tras reflexionar sobre la familia de origen de éstos, Sara comentó: *“Ahora que escribí la vida de mis papás me doy cuenta que es muy parecida y que la de ellos está siendo muy parecida a la mía, pues ambos se preocuparon por su familia, tuvieron que hacerse responsables de sus hermanos y hasta hoy se siguen preocupando por todos.”* Finalmente se retomaron las diferencias que Sara encontraba entre la familia de sus padres y la suya, resaltando que pese a las circunstancias adversas, tanto sus padres como ella habían salido adelante y que habían adquirido habilidades que en última instancia podrían ayudarla en sus planes de independizarse.

Otra estrategia que se utilizó, fue la fijación de fronteras. En este caso, se promovió la distancia psicológica, mediante frases que ponían de manifiesto la intromisión del padre en el espacio psicológico de Sara, con el propósito de señalar y separar esa díada que se encontraba demasiado unida. También se hizo mediante una tarea en que Sara tenía que escribir cuáles eran sus sueños y cuáles los de su padre, como un modo de incrementar la intensidad.

Se implementó la técnica de desequilibramiento, mediante la alianza de las terapeutas con Sara, lo que según Minuchin y Fishman (1994) permite acentuar el lado fuerte de las personas y de este modo se convierte para ellas en una fuente importante de autoestima. Se espera que el paciente, al sentir la alianza del terapeuta, comience a cuestionar su posición prescrita dentro del sistema.

En la última fase del proceso, se cuestionó la realidad familiar, aceptando en inicio las verdades de la familia y las de Sara (en este caso, que Sara debía ser responsable y hacer lo que sus padres le han enseñado) para, a partir de ellas, construir metáforas dirigidas al cambio. En este caso, señalando a Sara que entendíamos que su padre tuviera miedo de que ella fuese independiente y tomara sus propias decisiones, pero que se encontraba en el momento justo para demostrarles a sus padres que había aprendido bien lo que le habían enseñado y estaba lista para ser independiente. Por otro lado, se habló de que una forma de amar a los demás es permitir que hagan lo que quieren (esto en relación a la sobreprotección de Sara hacia los demás y a la vez de su padre hacia ella).

Buscando que Sara comenzara a tomar acciones concretas que le permitieran alcanzar sus objetivos, se le pidió enlistar sus proyectos y lo que necesitaba hacer para cumplirlos. Al revisar esta tarea, se encontró que Sara había incluido aspectos relacionados con su

bienestar físico, con su negocio de cocina, con su salida de casa para independizarse y con el área de pareja. Al respecto comentó: *“Escribí lo que quiero y lo que necesito hacer para lograrlo,... no le puse una fecha específica porque es lo que hacía antes y me presionaba, generándome frustración si no lo lograba y compromiso con los otros”*.

Adicionalmente, a las técnicas ya mencionadas, en distintos momentos del proceso se empleó el mimetismo, aprovechando las experiencias comunes entre las terapeutas y la paciente, por ejemplo, en cuanto a los aspectos positivos y negativos de ocupar un lugar ejemplar dentro de la familia, por el reconocimiento que ello conlleva, pero al mismo tiempo lo cansado que eso llega a ser.

Evaluación del proceso

Para evaluar los alcances logrados en la terapia, al final de la décima sesión le comentamos a Sara que la siguiente sesión queríamos hacer una revisión de lo sucedido desde el inicio de la terapia hasta el momento, por lo que le solicitamos que durante la semana reflexionara sobre esto. De forma espontánea comentó que creía que iba bien, pero que le gustaría hablar del tema de pareja.

En la siguiente sesión, al preguntarle a Sara cómo estaba, dijo que bien dentro de lo posible, relatando que el fin de semana previo, su padre se había ido de la casa. Mencionó que desconocía los motivos de la salida de su padre y que no le interesaba saberlos, pues eso era asunto de sus padres. En este sentido, comentamos la importancia de lo que estaba sucediendo en su familia, pero indicando nuestro interés en realizar la revisión sobre el proceso terapéutico que se había planteado la sesión anterior. Dado que señaló que estaba de acuerdo en hacer la revisión mencionada, continuamos con ese tópico y ella enumeró sus logros señalando: *“Recuperé la confianza, la autoestima, las cosas que me gustan, más tiempo para mi (danza, leer), esclarecer qué quiero hacer, me siento más feliz y satisfecha. Aprendí más de mí misma y de mi familia”*.

Aunado a lo anterior, las terapeutas comentamos lo que observábamos diferente en cuanto a la relación con sus padres, indicando varios eventos en que ella había podido hacer valer su opinión y deseos frente a sus padres, así como el poder separar los asuntos que atañen a sus padres como pareja y evitar involucrarse en ellos.

En cuanto a la posibilidad de abordar el tema de la pareja, dijo que lo había pensado y había tomado la decisión de no buscar a nadie por el momento y centrarse en ella misma.

Comentó que todo lo anterior, para ella eran los primeros pasos de la autoformación, mediante las herramientas que ella tenía y las que las terapeutas le habíamos dado.

Se le reiteró que, como ella misma lo había mencionado, considerábamos que este era un proceso de acompañamiento, donde habíamos buscado retomar las herramientas que ella ya tenía y que quizás sólo le costaba trabajo ver en el momento que inició la terapia. Le

comentamos que dado lo anterior, considerábamos que podría continuar aprovechando dichas herramientas y seguir desarrollando nuevas habilidades.

Señalamos que si bien pueden surgir nuevas dificultades en la vida diaria (retomando lo que estaba sucediendo en su familia en ese momento), en función de que se habían cubierto los objetivos iniciales, desde nuestro punto de vista, podíamos terminar la terapia, pero que su opinión al respecto era muy importante. Empleamos la metáfora de un niño que aprende a andar en bicicleta y al inicio necesita rueditas, luego alguien lo sostiene, después lo sueltan y aunque podría llegar a caerse, con la práctica aprende a andar solo en la bicicleta. Al respecto dijo que ella también pensaba que podíamos terminar la terapia.

En función de lo anterior, acordamos dar por terminado el proceso, dado que los objetivos iniciales se habían cubierto.

Finalmente se planteó la posibilidad de tener sesiones de seguimiento, como una especie de acompañamiento en la ejecución de sus objetivos, con lo cual Sara estuvo de acuerdo, concertándose una cita a un mes. Cabe mencionar que Sara no acudió a dicha cita, ni volvió a ponerse en contacto con las terapeutas.

Reflexión personal

Este fue un caso que en inicio representó un modo distinto de trabajar en coterapia, ya que no conocía a mi coterapeuta (miembro de otra generación de la residencia), quien durante las primeras sesiones de alguna forma asumió la postura de observadora, respetando lo que yo hacía. Si bien es cierto que por un lado esto me daba una amplia libertad de decisión respecto al caso, por otro me generaba la sensación de tener que estar al pendiente no sólo de la paciente, sino también de mi coterapeuta, intentando incluirla y darle oportunidad de opinar y participar en las sesiones. Sin embargo, esto fue cambiando gradualmente, después de comentar con Alma que yo no tenía ningún problema si ella participaba durante las sesiones, ya sea apoyando lo que yo estaba haciendo o señalando algo distinto. En este sentido, después de las primeras dos o tres sesiones, considero que ambas participamos como terapeutas de manera equitativa durante las sesiones, lo que enriqueció el proceso.

Por otro lado, me sentí muy cómoda teniendo a Sara como paciente, en tanto que, como comentamos Alma y yo, se trataba de una “paciente modelo”, que asumió una posición muy activa en todo el proceso terapéutico, asistiendo puntualmente a las citas, haciendo siempre las tareas (incluso traía un cuaderno donde hacía anotaciones y traía la tarea aun cuando no se la pidiéramos por escrito). Sin embargo, esta situación de alguna manera reproducía la dinámica familiar de Sara, donde ella solía hacer lo que otros le decían, por lo que un punto importante fue fomentar que ella tomara sus propias decisiones. Además, en las últimas sesiones, nos enfocamos en ir haciendo el desenganche de manera gradual, dejando abierta la posibilidad de sesiones de seguimiento. En relación con lo anterior, me parece relevante mencionar que pese a que se acordó una cita de seguimiento, Sara no

acudió; aunque no tenemos información del motivo por el que no lo hizo, personalmente lo tomo como una manifestación de que quizás desea y puede seguir adelante de forma independiente.

Personalmente me identifiqué en varios aspectos con la paciente, lo que por un lado me permitió desarrollar una gran empatía hacia ella, así como compartir ciertas vivencias que en su momento consideré podrían resultarle útiles, particularmente referentes a cosas que tiempo atrás yo había trabajado en mi propio proceso terapéutico. En este sentido, considero que las aportaciones de Alma, quien obviamente tiene una experiencia de vida distinta, fueron elementos muy importantes que proporcionaron una perspectiva más amplia de los temas abordados.

El papel de la supervisora de este caso, la doctora Luz María Rocha, fue una experiencia enriquecedora, ya que en todo momento estuvo al pendiente, escuchando, acompañando, sugiriendo, cuestionando y animándonos, mostrando un interés genuino por nuestra formación como terapeutas y por supuesto por la paciente. Quisiera mencionar que anteriormente había recibido supervisión en vivo con la doctora Luz María, sin embargo, esta fue una experiencia distinta, ya que al tratarse de una supervisión narrada, me permitió un contacto más cercano, en el que tuve oportunidad de comentar con mayor libertad y amplitud mis dudas, ideas e inquietudes, recibiendo una amplia retroalimentación al respecto, pudiendo así aprovechar la experiencia de la supervisora.

1.2. Análisis teórico – metodológico de casos

Si bien los casos analizados son distintos, tanto en su configuración, como en la modalidad de atención proporcionada, en tanto que en el primero se trabajó con la familia y en el segundo de forma individual. El abordaje que se realizó en ambos casos tiene varios puntos en común, en inicio, el modelo teórico empleado, que como se señaló antes, fue mayormente el Estructural. En este sentido, a continuación se expone una breve revisión de algunos elementos centrales en la atención de ambos casos, que tienen que ver con la estructura del sistema familiar.

Los límites y el cambio en la familia

Una de las premisas básicas del Modelo Estructural propuesto por Minuchin (1979), es que si se modifica la estructura de la familia se posibilita el cambio, ya que se favorecen distintas experiencias subjetivas de sus miembros y de la relación entre ellos.

Según Minuchin y Fishman (1994), la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, define su gama de conductas y facilita su interacción recíproca. La familia necesita una estructura viable para desempeñar sus tareas esenciales, a saber, apoyar la individuación al tiempo que proporciona un sentimiento de pertenencia.

Para evaluar la estructura familiar, existen dos elementos centrales: los límites y los subsistemas. En este caso, el análisis se centrará en lo referente al manejo de los límites, teniendo presente que existe una relación directa con el tema de los subsistemas.

En el capítulo dos se incluyó alguna información acerca de los límites, misma que se retoma de manera breve en este apartado con la finalidad de contextualizar el trabajo realizado, pero incluyendo información adicional al respecto; lo anterior con el objetivo de vincular los aspectos teóricos con lo observado en ambos casos.

Los límites de un sistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera (Desatnik, 2004). Una de las principales funciones de los límites es proteger la diferenciación del sistema o subsistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben definirse con precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Los límites pueden ser de tres tipos: claros, difusos o rígidos. La claridad de los límites se considera un buen parámetro para evaluar el funcionamiento de un sistema, en este caso de la familia.

Los dos extremos del funcionamiento de los límites son designados como aglutinamiento y desligamiento. En ambos casos, se puede hablar de diversas repercusiones tanto para el sistema como los miembros que lo conforman.

De acuerdo con Umbarger (1993; en Desatnik, 2004), un excesivo aglutinamiento provoca:

- Abandono de la autonomía.
- Poca diferenciación entre sus miembros.
- Dificultad para exploración y dominio independiente del problema.
- La conducta de un miembro repercute intensamente sobre otros.
- La familia aglutinada responde a toda variación con excesiva rapidez e intensidad.

En tanto que, un excesivo desligamiento provoca:

- Desproporcionado sentido de independencia.
- Pocos sentimientos de lealtad y pertenencia.
- Poca disposición para recibir ayuda.
- Sólo un alto nivel de estrés individual puede repercutir con suficiente intensidad para activar los sistemas de apoyo de la familia.
- La familia desligada tiende a no responder cuando es necesario.

En este sentido, en el caso de Anette, observamos que al interior de su familia no había una estructura clara, lo que estaba directamente relacionado con un par de eventos relativamente recientes: la ruptura de pareja con el padre de sus hijos, así como su cambio de residencia. Lo anterior implicaba enfrentarse a una nueva dinámica familiar, en

la que debido a que su casa estaba en construcción, se veía obligada a una estrecha convivencia con una de sus hermanas, lo que a su vez generaba diversos conflictos.

Otro aspecto que representaba un conflicto importante para Anette era su necesidad de sentirse aceptada y apoyada por su familia extensa, pero al mismo tiempo su deseo de que ésta respetara sus decisiones (como jefa de su propia familia).

Tomando en cuenta los dos aspectos anteriores, en este caso, una de las tareas principales de la intervención terapéutica, estuvo encaminada a que la estructura familiar pudiese definirse de manera más clara, mediante el establecimiento de límites.

Por otro lado, la familia de Sara puede situarse en el extremo del aglutinamiento, observándose un alto sentido de pertenencia, pero con una exigencia implícita de abandono de la autonomía de cada uno de sus miembros.

El subsistema conyugal no estaba claramente diferenciado del subsistema de los hijos, en tanto que Sara se inmiscuía en los asuntos de sus padres como pareja, asumiendo también funciones propias del subsistema parental. De la misma manera, los padres de Sara (principalmente el padre), se entremetían en los asuntos de la misma.

Esto obstaculizaba que Sara hiciera lo que ella deseaba, en tanto que para ella lo usual era hacer lo que sus padres le indicaban, situación que había dejado de ser funcional.

Por lo tanto, en este caso, una de las estrategias centrales fue la fijación de fronteras, destinada a regular la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones entre sí.

En ambos casos, se optó por las líneas de acción mencionadas, teniendo en mente que esto posibilitaría el cambio en el sistema familiar.

Minuchin y Fishman (1994) señalan que cuando un miembro de la familia interactúa en el seno de su familia, experimenta el mapa que ésta traza del mundo. Sabe que en ciertos territorios existen mensajes como: "haz lo que quieras"; otros tienen las señales "avance con cautela" o "pare". Si atraviesa este último límite, el miembro de la familia tropezará con algún mecanismo de regulación. Hay también sectores marcados con la señal "prohibida la entrada". La transgresión de éstos trae consecuencias del máximo valor afectivo: culpa, angustia, aun destierro y anatema.

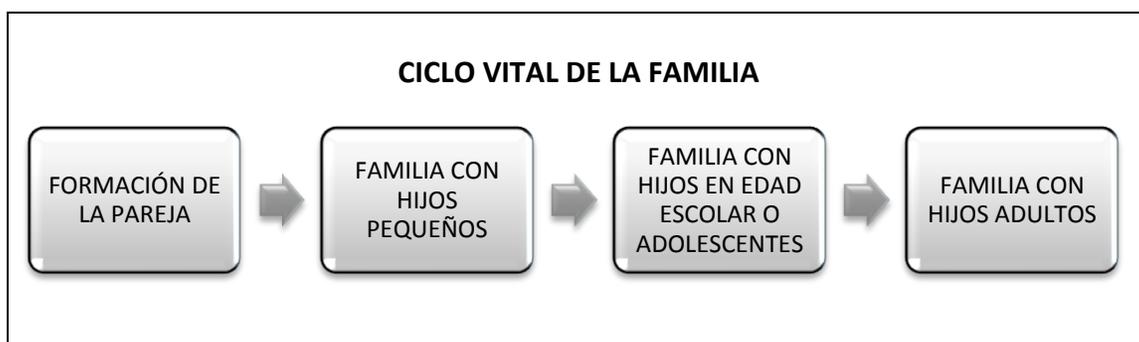
En el caso de Sara esto se puede observar claramente, pues en el momento que ella cuestiona las decisiones de sus padres o que se niega a obedecer lo que éstos le dicen, como solía hacerlo antes, esto trae como consecuencia el enojo y rechazo del padre hacia Sara, lo que a ella le genera un acentuado sentimiento de culpa, pues tiene en mente que debe complacer a sus padres y hacerse cargo del bienestar de su familia incluso dejando de lado sus propias necesidades.

En el caso de Anette, al interior, los miembros de la familia (principalmente sus hijos) no tienen claro qué es lo que se espera de cada uno, qué es lo que está permitido o no. Paradójicamente, Anette espera que los niños respeten límites y reglas que no están claros (ni siquiera para ella misma) o que incluso nunca se han establecido. Hacia el exterior, la demanda de Anette es básicamente la misma que hacia sus hijos, pues espera que su madre y hermanas no se inmiscuyan en cuestiones relacionadas con su familia, pero los límites al respecto son prácticamente inexistentes.

De acuerdo con Minuchin y Fishman (1994), la familia no es una entidad estática. Está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales. La familia está continuamente sometida a las demandas de cambio de dentro y de fuera, como podrían ser la pérdida de un miembro de la familia o una crisis económica.

Como todos los organismos vivos, el sistema familiar tiende al mismo tiempo a la conservación y a la evolución. Las exigencias de cambio suelen activar los mecanismos que contrarrestan la atipicidad, pero el sistema evoluciona hacia una complejidad creciente.

La familia intercambia información y energía con el mundo exterior. Las fluctuaciones, de origen interno o externo, suelen ser seguidas por una respuesta que devuelve el sistema a su estado de constancia. Pero si la fluctuación se hace más amplia, la familia puede entrar en una crisis en que la transformación tenga por resultado un nivel diferente de funcionamiento capaz de superar las alteraciones. En este sentido, Minuchin y Fishman (1994) mencionan cuatro etapas por las que las familias atraviesan usualmente, organizadas en torno del crecimiento de los hijos, mismas que se muestran en el siguiente esquema.



A continuación se describe lo referente a cada etapa, de acuerdo con lo que señalan Minuchin y Fishman (1996), sin embargo, dado que los dos casos analizados tienen en común que se trata de familias con hijos en edad escolar o adolescente, será ésta la que se expondrá con mayor detalle.

1) La formación de pareja

En esta etapa se elaboran las pautas de interacción que constituyen la estructura del holón conyugal, mediante la negociación. Tienen que establecerse los límites que regulan la relación de la nueva unidad (pareja) con otros sistemas (familia origen, amigos, trabajo, etc.). Idealmente se busca que estos límites permitan mantener contacto con el exterior, pero que sean claros para permitir el crecimiento de una relación íntima de pareja.

Es esencial elaborar pautas viables para expresar y resolver los conflictos que inevitablemente surgen cuando dos personas están empeñadas en formar una nueva unidad, pues habrá tensión entre las necesidades del holón de pareja y las de cada uno de sus miembros (que tienen estilos, expectativas, valores, etc., diferentes).

2) La familia con hijos pequeños

Esta etapa viene con el nacimiento del primer hijo, que trae consigo la creación de los holones parental, madre-hijo y padre-hijo. Esto hace necesaria una reorganización del holón conyugal para enfrentarse a las nuevas tareas, así como elaborar nuevas reglas.

El sistema puede correr peligro, por ejemplo, por el tiempo que necesita dedicar al hijo, así como el posible alejamiento de la pareja. En cuyo caso se pueden formar coaliciones de la madre o el padre con el hijo contra el cónyuge.

3) La familia con hijos en edad escolar o adolescente.

Entre las características más importantes de esta etapa se pueden mencionar las siguientes:

- Su inicio está marcado por el ingreso de los hijos a la escuela. Lo que implica que la familia tiene que relacionarse con un sistema nuevo, de gran importancia. Así, toda la familia debe elaborar nuevas pautas, por ejemplo: ayudar en las tareas escolares, determinar quién debe hacerlo, las reglas que se establecerán sobre la hora de acostarse, el tiempo para el estudio y el esparcimiento, y las actitudes frente a las calificaciones del escolar.
- La familia deberá negociar ciertos ajustes, modificar ciertas reglas. Los nuevos límites entre progenitor e hijo tendrán que permitir el contacto al tiempo que dejan en libertad al hijo para reservarse ciertas experiencias.
- Con la adolescencia, el grupo de pares cobra mucho poder. Así, la familia empieza a interactuar con un sistema poderoso y a menudo competidor; por otra parte, la capacidad cada vez mayor del adolescente lo habilita más y más para demandar reacomodamientos de sus padres. Los temas de la autonomía y el control se tienen que renegociar en todos los niveles.
- Los hijos no son los únicos miembros de la familia que crecen y cambian. Una nueva fuente de presión y de exigencias puede empezar a influir sobre la familia en esta

etapa: los padres de los padres. En el preciso momento en que padres de mediana edad enfrentan con sus hijos problemas de autonomía y apoyo, es posible que deban renegociar el reingreso en la vida de sus propios padres.

- Un desequilibrio leve que requiere adaptación es característico de las familias durante buena parte de este tercer estadio.
- Comienza el proceso de separación y este cambio resuena por toda la familia. Es fuerte la tendencia a recrear estructuras habituales introduciendo un nuevo miembro en la pauta ya establecida. Cuando esto sucede, puede representar el fracaso en adaptarse a los requerimientos del cambio familiar.

4) La familia con hijos adultos o “nido vacío”

Los hijos son adultos jóvenes, que han creado sus propios compromisos (estilo de vida, carrera, amigos, cónyuge). La familia originaria vuelve a ser de dos miembros. Lo que requiere una reorganización, cuyo eje será el modo en que padres e hijos se quieran relacionar como adultos.

También llamado nido vacío, lo que se asocia con la depresión que puede experimentar una madre cuando se queda sin ocupación. Sin embargo, lo que ocurre es que el subsistema de los cónyuges vuelve a ser el holón familiar esencial para ambos. Se define como una etapa de pérdida, pero puede serlo de desarrollo.

Cabe mencionar, como lo afirman los propios autores, que este esquema sólo sería aplicable para una familia compuesta por el marido, la esposa y dos hijos como promedio. Sin embargo, como ya se ha expuesto antes, actualmente es muy probable que las familias constituyan algún tipo de red extensa o experimenten divorcio, abandono o nuevo casamiento (como sucede en los dos casos analizados). No obstante, lo esencial del proceso es que la familia suele atravesar ciertas etapas de crecimiento y envejecimiento, así como periodos de crisis y de transición.

Vinculando lo expuesto sobre las etapas del ciclo vital de la familia, con los casos analizados, por un lado está la familia de Anette, donde sus dos hijos mayores se encuentran en edad escolar, siendo justamente su motivo de consulta las dificultades que tenía con ellos. Aunque el motivo principal de consulta no tenía que ver explícitamente con el cambio de etapa del ciclo vital de la familia, sí coincide con algunas de las características antes señaladas, por ejemplo, Anette y su familia tenían ante sí la tarea de elaborar nuevas reglas y límites (por ejemplo respecto a las tareas en el hogar), ya que los existentes no estaban funcionando (principalmente por su falta de claridad). Por otra parte, no sólo la madre de Anette estaba involucrada en los conflictos de la familia, sino también sus hermanas, en tanto que todas ellas intentaban influir, por ejemplo, queriendo tomar decisiones sobre los hijos de Anette.

En el caso de Sara, si bien es cierto que en términos de su edad cronológica, en lo individual podríamos ubicarla más en la etapa adulta, tomando en cuenta su motivo de consulta, la suya encaja con las características de las familias con hijos adolescentes, pues justamente uno de los conflictos principales tenía que ver con la lucha de Sara por su autonomía. En este sentido, podemos ver que esta familia se caracteriza principalmente por las dificultades para adaptarse a una nueva etapa, que se distingue por un proceso de separación entre padres e hijos, que lleva implícita la necesidad de renegociar el tema de la autonomía de los hijos (en este caso de Sara).

De acuerdo con Minuchin (1994), en el proceso de cambio de las familias, las dificultades para acomodarse a las nuevas situaciones son inevitables. Cuando, frente a esas tensiones, las familias incrementan la rigidez de sus pautas transaccionales, esto se vuelve una situación disfuncional, lo que puede llevar a la familia (o individuo) a terapia.

Esto coincide con lo observado en los dos casos analizados, en el de Anette, las dificultades tenían más que ver con su dificultad para acomodarse a los cambios derivados de las nuevas tareas que debía enfrentar ante su cambio de domicilio, la separación del padre de sus hijos, la presión de hacerse cargo del aspecto económico y la relación con la familia extensa. En su caso, intentaba hacer frente a dichas exigencias, empleando las estrategias que quizá anteriormente le había sido útiles, pero que ante los cambios que enfrentaba ya no lo eran.

En tanto que en el caso de Sara, sus problemas se vinculaban mayormente con la dificultad de sus padres de acomodarse a una nueva etapa de desarrollo de esta. Ante los intentos de Sara por obtener su autonomía, se acentuaron las pautas transaccionales de la familia, lo que finalmente llevó a Sara a terapia.

Minuchin y Fishman (1994), indican que cuando una familia demanda tratamiento, sus problemas se deben a que se ha atascado en la fase homeostática. Las exigencias de mantener el estado de cosas limitan la aptitud de los miembros de la familia para enfrentar de manera creadora circunstancias modificadas. El apego a reglas más o menos funcionales en su momento inhibe la respuesta al cambio.

Por lo tanto, una de las metas de la terapia es hacer que la familia ingrese en un periodo de torbellino creador en que lo existente encuentre reemplazo mediante la búsqueda de nuevas modalidades. Es preciso introducir flexibilidad aumentando las fluctuaciones del sistema y, en definitiva, llevándolo a un nivel de complejidad más elevado.

Aunque la meta señalada en el párrafo anterior, no es algo que se haya señalado explícitamente como tal en los casos analizados, sí fue un aspecto que caracterizó las sesiones de terapia llevadas a cabo tanto con Sara como con Anette, lo que en última instancia quizás haya sido uno de los factores determinantes de los cambios que lograron.

1.3. Análisis del sistema terapéutico total

Antes de proceder al análisis referido, es necesario especificar a qué nos referimos al hablar del “sistema terapéutico total”. De acuerdo con Desatnik, Franklin y Rubli (2002), el sistema terapéutico y el sistema de supervisión integran lo que se conoce como sistema terapéutico total.

En cuanto al sistema terapéutico, cabe mencionar que, de acuerdo con los postulados de la cibernética de segundo orden, el observador (en este caso el terapeuta) es considerado como parte de la realidad observada (que en nuestro caso sería la familia). Al respecto, Marcelo Pakman (en Von Foerster, 1996) explica que el terapeuta no es más alguien que describe al sistema “tal cual es desde fuera”, sino alguien que “co-construye al sistema del que él también es participante”. Así, el terapeuta pasa a formar parte del sistema, ahora llamado sistema terapéutico (Sluzki, 1987). Por lo tanto, al hablar de sistema terapéutico, nos referimos al integrado por la familia y el terapeuta.

En tanto que, al referirnos al sistema de supervisión, estaríamos hablando del sistema conformado por el supervisor y los terapeutas en formación.

En relación al supervisor, en el Programa de la Residencia en Terapia Familiar, Moctezuma y Desatnik (2001), señalan que el supervisor es el personal académico responsable del entrenamiento, la supervisión y la asesoría de los alumnos en los escenarios en los que realiza su actividad. Asimismo indican que en la práctica podrán emplearse el modelamiento, la grabación del desempeño del alumno y la supervisión que puede ser individual o grupal.

Respecto al sistema de supervisión, Troya y Aurón (1988; en Desatnik, Franklin y Rubli, 2002), mencionan que dicho sistema forma un espacio de reflexión e integración teórica, técnica y metodológica, en el que el supervisor facilita el análisis de diversas visiones, determinando cuál podría ser útil, en ese momento, para abordar el problema que presenta la familia sin descuidar a la persona del terapeuta.

Una parte fundamental de la atención a las familias, fue la supervisión de casos, ya sea que esta se llevara a cabo en vivo, de forma narrada o videograbada. Al respecto, debo decir que mi experiencia en este sentido fue muy enriquecedora, ya que tuve oportunidad de que mi trabajo como terapeuta fuese supervisado por siete terapeutas, cada uno con estilos muy distintos, pero siempre en un ambiente de respeto y apoyo.

No está por demás decir que las primeras veces que estuve en la cámara de Gessell, mis tendencias paranoides se exacerbaban, al sentirme observada y evaluada, tanto por los supervisores como por mis compañeros, de tal forma que me resultaba difícil concentrarme en los pacientes. No obstante, esto fue algo que poco a poco fue tornándose en una sensación de apoyo, ya que más que una evaluación, en general lo que recibí de mis supervisores fue un gran respaldo, al tener la certeza de su disposición para

ofrecerme su apoyo y guía en relación a los casos, así como un gran respeto por mi trabajo y un interés genuino por favorecer mi formación como terapeuta.

Respecto a la supervisión narrada, me dio la oportunidad de desarrollar habilidades distintas, ya que por un lado implicaba asumir la responsabilidad del caso (una vez sin el apoyo del equipo de supervisión detrás del espejo), sentirme con mayor libertad, así como echar mano de mis propios recursos sin depender tanto de la opinión de otros. Por otro lado, el comentar los casos después de varios días, me dio la posibilidad de reflexionar sobre lo sucedido en las sesiones de terapia, presentando aquellos elementos que para mí resultaban más relevantes, por lo que de alguna forma la supervisión era una especie de meta análisis.

En algunas ocasiones la supervisión narrada se llevó a cabo de forma individual, lo que me dio ocasión de manifestar de manera más amplia los casos y de recibir retroalimentación extensa por parte de mis supervisores, lo que a su vez facilitó una relación más cercana con éstos y en consecuencia la posibilidad de aprovechar más la experiencia. En otros casos, esta modalidad de supervisión se realizó de manera grupal, lo que implicaba largas jornadas de trabajo que por un lado llegaban a resultar cansadas y nos daban poco tiempo para comentar cada caso. Sin embargo, al considerar esas jornadas de supervisión, considero que nos dieron la oportunidad de estar en contacto con un mayor número de casos y evidentemente de posibles líneas de acción, que no habrían sido accesibles trabajando individualmente.

Respecto a la supervisión videograbada, considero que uno de los principales beneficios para mi formación como terapeuta, fue el poder centrar el análisis en los aspectos referentes a mi desempeño como tal, poniendo atención a cuestiones que en otros espacios de supervisión difícilmente se atendían, principalmente lo relacionado con la comunicación analógica y la interacción entre coterapeutas. Esto me dio oportunidad de atender a cuestiones que resultan de gran impacto ya sea para enriquecer u obstaculizar el trabajo como terapeutas, que de otro modo quizás habrían continuada como un área ciega para mí.

En cuanto a mis compañeros, algo que caracterizó la dinámica del grupo fue el respeto, tanto por el trabajo de cada uno en las sesiones de terapia, como por las opiniones vertidas durante las supervisiones (y fuera de éstas), lo que implicaba que cada uno pudiese expresar su apoyo, su desacuerdo o cualquier otra opinión. Recuerdo que en algún momento, una de mis compañeras decía que quizás éramos demasiado respetuosos, en el sentido de que pese a que en ocasiones diferíamos respecto a diversas situaciones y temas, tendíamos a evitar la confrontación. Aunque no coincido por completo con la opinión anterior, ya que según mi apreciación sí compartíamos nuestras ideas, aunque fuesen contrarias a las de otros, considero que si en algún momento evitamos la confrontación, dicha actitud tenía mucho que ver con nuestro deseo de mantener una buena relación. En este sentido, debo decir que para mí esto resultó sumamente útil, ya que me hacía sentir segura, pues sabía que más que juzgar mi

desempeño, los comentarios de mis compañeros estaban dirigidos a enriquecer mi trabajo y mi persona. Por otro lado, el que los integrantes del grupo tuviésemos características tan diversas, lo que se reflejaba tanto en la forma de abordar los casos, como en las opiniones vertidas al respecto, me dio la oportunidad de ampliar mi perspectiva en distintos ámbitos, independientemente de que coincidiera o no con el punto de vista de mis compañeros.

Para finalizar mi análisis sobre el sistema terapéutico total, puedo decir que en mi caso la modalidad de trabajo que se plantea en la Residencia resultó de gran valor, tanto en lo referente a mi formación como terapeuta, como en mi desarrollo a nivel personal, mismos que finalmente se encuentran estrechamente relacionados.

2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

Además de las habilidades clínicas, una parte importante de la formación que proporciona el programa de esta maestría, es lo referente a la investigación. Así, entre las asignaturas cursadas, se encuentran las de Medición y Evaluación, Investigación Cuantitativa e Investigación Cualitativa, cuyos productos se describen a continuación.

2.1. Reporte de la investigación cuantitativa

Desarrollo y Validación de la Escala “Expectativas Acerca del Matrimonio”

Barrera, G. Gamboa, R. Jaime, D. y Paredes, N.

Resumen

El estudio de las relaciones de pareja y la satisfacción matrimonial, ha llevado a los investigadores a interesarse en las expectativas que poseen las parejas antes de contraer matrimonio y han encontrado que éstas llegan a tener conflictos por no haber expresado lo que esperaban acerca del matrimonio y de su pareja, antes de formalizar la relación (Sager, 1980; Larsen y Olson, 1989; Rage, 1996).

Sin embargo, en México existen escasos estudios al respecto (Conde, 1991 y Balbas, 2001) y en el ámbito clínico no se cuenta con un instrumento auxiliar, capaz de detectar y prevenir posibles fuentes de conflicto entre los miembros de la pareja. Por ello la presente investigación tuvo como objetivo diseñar y validar un instrumento para evaluar las expectativas acerca del matrimonio en parejas de novios.

En el estudio participaron 300 sujetos, 43.4% fueron hombres y el 56.6% mujeres; con un rango de edad de 15 a 42 años ($x=22$); 70.9% de los participantes tenía novia (o) al realizar el estudio.

Después de someter las cinco dimensiones teóricas (Roles, Relaciones sociales, Físico-sexual, Compatibilidad de intereses y Concepción del matrimonio) a jueceo (Q-sort), la versión inicial del instrumento quedó conformado por 118 reactivos que se responden en una escala tipo Likert con 6 opciones de respuesta.

Los resultados muestran la existencia de seis factores: Roles, Idealización del matrimonio, Armonía, Atracción sexual, Ejercicio de la sexualidad y Relaciones familiares; que explican el 28.63% de la varianza y agrupan 50 de los 118 reactivos de la escala inicial.

Los seis factores poseen coeficientes de confiabilidad mayores a .70 y el Alpha de Cronbach para la escala total fue de .921.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas (mediante *t de student* y *ANOVA*) en las expectativas acerca del matrimonio que poseen los participantes, en función de las variables sexo, edad, religión y escolaridad.

Finalmente, después de los procedimientos pertinentes se obtuvo una escala (conformada por 50 reactivos agrupados en seis sub escalas) que ha evidenciado tener validez teórica, factorial y de criterio, así como un índice aceptable de confiabilidad.

Antecedentes teóricos

Cuando se realiza un contrato matrimonial legal, sólo se contemplan los derechos conyugales, “sin tomarse en cuenta las necesidades, expectativas y obligaciones emocionales, que existen en toda relación íntima. Los integrantes de la pareja firman un contrato, en el cual cada uno piensa en su propio contrato y desconociendo el del otro. Así, no son verdaderos contratos, sino dos conjuntos diferentes de expectativas, deseos y obligaciones, cada uno de los cuales existe sólo en la mente de uno de los cónyuges” (Sager, 1980).

Para lograr realizar una evaluación más objetiva y clara de la otra persona y de la relación, es de suma importancia dialogar acerca de lo que cada uno quiere y espera del otro. Ya que con frecuencia no se habla acerca de estas cuestiones. Por lo tanto resulta importante crear un instrumento que mida las expectativas de cada uno de los miembros de la pareja, para prevenir posibles conflictos o disfunciones.

Cuando las expectativas de los miembros de la pareja no se cumplen, se experimenta desilusión y frustración que pueden llevar al enojo y propiciar la aparición de conflictos en la pareja (Wright y Roberts, 1997).

Por todo lo anterior, puede afirmarse que para que una relación sea satisfactoria es necesario que ambos miembros de la pareja sean capaces de comunicarse y verbalizar explícitamente las expectativas que tienen respecto a la vida matrimonial, así como de corregir interpretaciones erróneas, hacer planes y tomar decisiones en conjunto (Beck, 1990).

En una investigación realizada por Fowers y Olson (1986) para evaluar la validez de uno de los instrumentos más importantes en el área de evaluación de la relación prematrimonial (PREPARE), se observó que, entre otras, una de las categorías más importantes para predecir el éxito matrimonial es la de expectativas acerca del matrimonio.

Por su parte, Larsen y Olson (1989) encontraron que el acuerdo entre la pareja respecto a los roles a desempeñar en el matrimonio, los intereses, las relaciones con amigos y familiares, así como la comunicación son indicadores asociados con la satisfacción marital.

Así, esta investigación tuvo como finalidad crear un instrumento que mida las expectativas acerca del matrimonio, ya que se ha observado que las parejas llegan a tener conflictos, que pudieran haberse evitado o disminuido, por no haber expresado antes de formalizar la relación lo que esperaban acerca del matrimonio así como sus propias necesidades y creencias. Consideramos relevante conocer las expectativas de ambos miembros de la pareja para propiciar una mejor comunicación entre ellos y que sus expectativas sean más realistas.

Método

Características de la muestra

La muestra con la que se realizó este trabajo, está compuesta por 300 sujetos de la ciudad de México, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico intencional por cuota, de los cuales el 43.4% fueron hombres y el 56.6% mujeres. Con un rango de edad de 15 a 42 años, siendo la media 22 años.

En lo que respecta a la escolaridad de los participantes, ésta va desde la primaria hasta el postgrado, el .3% reportó tener educación primaria, el 6.3% secundaria, 35.2% preparatoria o bachillerato, 22% carrera técnica, 33.2% licenciatura y 3% postgrado.

Respecto a la variable religión se encontró que el 48.2% de los sujetos reportó ser católico, el 23.6% cristianos, 2.6% señaló pertenecer a otra religión (judíos y agnósticos) y el 15.3% de los participantes dijo ser ateo.

Por otro lado, el 70.9% de los participantes tenía pareja al momento de participar en el estudio, mientras que el 26.2% restante reporto no tenerla.

En el caso de los sujetos con pareja, la duración de su relación va desde menos de un mes hasta los 15 años, siendo la media 2.2 años.

Confiabilidad y validez de la escala

Validez teórica

La Escala fue sometida a jueceo (Q-sort), en donde se les pidió a diez expertos en la materia que clasificaran cada uno de los reactivos en la dimensión correspondiente, de acuerdo con la definición de las cinco dimensiones originales que componían la escala. Posteriormente se eliminaron aquellos reactivos que no cumplieron con el 70% de acuerdo entre los jueces con respecto a la dimensión a la que pertenecían, quedando 118 reactivos de los 125 originales.

Validez factorial

Para identificar la estructura factorial de la prueba, se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax. Para establecer la constitución final de los factores, se eligieron sólo aquellos reactivos con cargas factoriales iguales o mayores que .40. El análisis factorial arrojó seis factores que explican el 28.63 de la varianza y agrupan 50 de los 118 reactivos que poseía la primera versión de la escala, mismos que conforman la versión final de ésta.

Consistencia interna

Para determinar la estabilidad de la escala se calcularon los coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach para cada factor y para la escala total, obteniéndose los valores que muestra la siguiente tabla.

Tabla. Factores y Alfas de la escala "Expectativas acerca del matrimonio"

| Factores | Alfa de Cronbach |
|-----------------------------|------------------|
| Roles | .876 |
| Idealización del matrimonio | .857 |
| Armonía | .832 |
| Atracción sexual | .829 |
| Ejercicio de la sexualidad | .720 |
| Relaciones familiares | .755 |
| Escala total | .921 |

Así, se obtuvieron seis sub escalas, cuya definición se muestra a continuación.

- 1. Roles:** Se refiere a la parte instrumental de la relación, la toma de decisiones, distribución de tareas y responsabilidades que se espera cumplan los cónyuges en áreas como la casa y el trabajo.
- 2. Idealización del matrimonio:** Evalúa las creencias idealizadas que se tienen acerca de lo que se encontrará en el matrimonio, cualidades y virtudes que se le atribuyen a la pareja y a la relación.
- 3. Armonía:** Incluye los deseos de la pareja de mantener una relación de unidad, cordialidad, apoyo y respeto; tanto entre ellos como con terceros.

4. **Atracción sexual:** Comprende el papel de la atracción física como parte de la satisfacción de pareja.
5. **Ejercicio de la sexualidad:** Se refiere al papel y la importancia de la sexualidad en la relación de pareja. Lo que comprende aspectos como la frecuencia y la expresión de amor a través de las relaciones sexuales.
6. **Relaciones familiares:** Evalúa los aspectos relacionados con la convivencia con la familia de origen (entre otros, la frecuencia, tipo de contacto, agrado y cercanía).

Validez de criterio

Para determinar la existencia de diferencias entre grupos, se calificó cada sub escala, obteniendo las medidas de tendencia central correspondientes. Posteriormente por medio de la *t de student* se realizó un análisis de diferencias para cada uno de los factores de la escala, tomando en cuenta las variables clasificatorias de sexo, grupos de edad, religión y escolaridad. Encontrando lo siguiente:

1. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres siendo las mujeres quienes reportan un mayor grado de desacuerdo en esperar cumplir con los roles tradicionales, en poseer creencias idealizadas acerca del matrimonio, de las cualidades y virtudes que poseen su pareja, así como en el hecho de esperar que el ejercicio de la sexualidad mantendrá plena su relación matrimonial.
2. Respecto a la variable edad, se encontró que el grupo de 29 a 42 años se aparta significativamente de lo convencional, mostrando un mayor índice de desacuerdo en cumplir con los roles tradicionales y en poseer creencias idealizadas respecto a su relación y al matrimonio.
3. Existen diferencias significativas entre los grupos religiosos que conforman la muestra, siendo los agnósticos quienes refirieron estar en desacuerdo con los roles tradicionales establecidos por la sociedad, mientras son los cristianos quienes son más conservadores, manteniéndose los católicos y los ateos en un punto intermedio.
4. En la variable escolaridad los sujetos cuyo nivel máximo de estudios es la primaria muestran mayor desacuerdo con mantener los roles tradicionales, mientras que los sujetos con posgrado, son los que se apartan más del mantenimiento de los aspectos Idealizados del matrimonio y los deseos de sostener una relación armónica (que provea unidad, cordialidad, apoyo, seguridad y respeto mutuo entre los miembros de la pareja, así como con terceros).

Estandarización

Aunque el procedimiento de estandarización no se puede hacer sobre los mismos datos utilizados para obtener la validez y la confiabilidad de la escala, con el objetivo académico de trabajar el procedimiento se realizó el cálculo correspondiente.

Discusión

Desde los años setenta, el estudio de las relaciones de pareja y la satisfacción matrimonial, ha llevado a los investigadores a interesarse en las expectativas que posee cada miembro de la pareja antes de contraer matrimonio. Esto debido a que se ha observado que las

parejas llegan a tener conflictos, por no haber expresado antes de formalizar la relación lo que esperaban acerca del matrimonio y de su pareja. Tomando en cuenta lo anterior, se consideró relevante crear un instrumento que funcionara como auxiliar en el ámbito clínico capaz de detectar y prevenir posibles fuentes de conflicto entre los miembros de la pareja.

Después de los procedimientos y análisis pertinentes para el caso, se obtuvo una escala que mide las expectativas acerca del matrimonio en personas heterosexuales, la cual fue sometida a contrastación y ha evidenciado tener validez teórica, factorial y de criterio así como un índice aceptable de confiabilidad (consistencia interna).

El análisis factorial arrojó una estructura que coincide con la teoría, así una vez realizado el análisis factorial, se encontró que los reactivos provenientes de los factores roles (relacionado con la toma de decisiones, distribución de tareas y responsabilidades que se espera cumplan los cónyuges), idealización del matrimonio (asociado a las creencias idealizadas que se tienen acerca de lo que se encontrará en el matrimonio, cualidades y virtudes que se le atribuyen a la pareja y a la relación) y relaciones familiares (aspectos relacionados con la convivencia con la familia de origen como frecuencia, tipo de contacto, agrado y cercanía), se agruparon de acuerdo a lo esperado, coincidiendo con el marco teórico que los sustenta.

Por otro lado, el factor armonía quedó conformado por seis reactivos que originalmente pertenecían a las dimensiones de idealización del matrimonio, relaciones familiares, compatibilidad de intereses, físico- sexual y roles. Al respecto, puede decirse que si bien estos reactivos se agruparon de una forma inusual, e incluyen dentro de una misma dimensión diferentes aspectos de la relación matrimonial; todos ellos coinciden en representar aspectos positivos de la relación de pareja y en estar asociados con los deseos de mantener una unión segura en la que exista apoyo y respeto entre los cónyuges y cordialidad con los que integran su entorno próximo.

Se presentaron cambios en el factor que inicialmente fue llamado “físico sexual”, ya que los reactivos que lo integraban fueron divididos, conformando ahora dos nuevos factores. El primero es el factor de atracción sexual, el cual se refiere a la atracción física que se da entre los miembros de la pareja y a la forma en que esta influye en la satisfacción que se tenga dentro de la relación. Por otra parte se conformó el factor ejercicio de la sexualidad, que tiene que ver con el papel y la importancia de la sexualidad en la relación de pareja en términos de la frecuencia y la capacidad de expresar amor a través de las relaciones sexuales. Tal vez esto indique la importancia de continuar investigando sobre estos dos aspectos de la relación física: amorosa y sexual.

En lo que respecta al análisis de diferencias entre grupos y tomando en cuenta la variable religión, se encontró que el grupo que informó tener otra religión (2.6% de la muestra), obtuvo la media más alta en el factor Roles. Lo cual significa, que están en desacuerdo con los roles tradicionalmente asignados a hombres y mujeres.

Por su parte las personas que reportaron ser “ateos” obtuvieron la media más alta en el factor Armonía, lo cual sugiere que no tienen altas expectativas de mantener una relación de cuidado, cordialidad, apoyo y respeto entre ellos y sus parejas.

Juárez y Rendón (2006) en una investigación relacionada con cuestiones matrimoniales, encontraron diferencias entre cuatro grupos religiosos, donde señalan que entre más conservador es un grupo religioso, más estrictas son sus normas y patrones de conducta, por consecuencia cuanto más liberal sea su postura religiosa, son más flexibles.

Lo anterior podría explicar que quienes señalaron tener “otra religión” (agnósticos y judíos “liberales”) posean expectativas no convencionales en relación con los roles de hombres y mujeres dentro del matrimonio y que aquellos que reportaron ser ateos, tengan menos expectativas de encontrar una permanente armonía dentro de la relación.

En contraste, los grupos más conservadores (cristianos y católicos) dentro de la investigación, reportan mayor interés en apearse a los roles establecidos socialmente y por buscar mantener una relación armónica con sus parejas, lo que refleja que la religión tiene un papel importante en la vida de las parejas

En lo que se refiere a la diferencias encontradas por grupo de edad, los resultados muestran que los sujetos cuya edad oscila entre 29 y 42 años, tienen la media más alta en los factores Roles e Idealización. Es decir, que sus expectativas no se apean al ejercicio de roles tradicionales en el matrimonio y que no tienen una concepción idealizada de su pareja y del tipo de relación que tendrán dentro del matrimonio.

Lo anterior puede explicarse en función de experiencia de vida que proporciona la edad y la oportunidad de adquirir conocimientos y habilidades que favorezcan la adquisición de una perspectiva más crítica –menos idealizada-, a diferencia de la que se puede tener en etapas de desarrollo previo, como podría ser la adolescencia (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001).

Respecto a las diferencias encontradas por género se encontró que fueron las mujeres quienes rechazaron en mayor medida el apego a los roles tradicionales, la atribución de virtudes y cualidades idealizadas a su pareja y a la relación, así como el esperar que el ejercicio de la sexualidad sea un aspecto fundamental para la plenitud de su relación matrimonial.

En relación con lo anterior, autores como Rocha, Esmeralda y Díaz- Loving (2003), señalan que el modo de pensar, sentir y comportarse de hombres y mujeres más que tener una base natural e invariable, surge a partir de una serie de construcciones sociales y familiares asignadas de manera diferenciada a cada uno. En este sentido, dentro de los estereotipos predominantes ligados a los roles en la cultura mexicana, se encuentra un papel para el hombre ligado al prototipo del rol instrumental, que se traduce en las actividades productivas (manutención y provisión) mientras que el de la mujer se vincula a

las actividades afectivas encaminadas al cuidado de los hijos, del hogar y de la pareja, así como a la posesión de características tales como la sumisión, la abnegación y la dependencia.

Sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, las mujeres actualmente reportan estar rechazando los roles tradicionales, lo que probablemente esté relacionado con las oportunidades educativas y laborales.

Finalmente, las diferencias encontradas entre grupos de acuerdo con la escolaridad, sugieren que los sujetos con estudios de posgrado tienen creencias menos idealizadas acerca del matrimonio, lo cual coincide con lo mencionado por Rocha, Esmeralda y Díaz-Loving (2003), quienes afirman que la preparación escolar, posibilita tanto a hombres como a mujeres una revaloración de su postura ideológica, lo cual podría explicar que sean los sujetos con mayor preparación académica quienes atribuyan a sus pareja y a sus relaciones, características y virtudes más realistas.

También se encontró, contrariamente a lo esperado, que el grupo con escolaridad de primaria es aquel que rechaza en mayor grado, aquellas expectativas que se relacionan con los roles tradicionales que el hombre y la mujer deben cumplir dentro del matrimonio. Esto lo atribuimos a que posiblemente, debido a su situación socio económica y al contexto en el que se desenvuelven, este grupo pueda estar en contacto con parejas que sí muestran apego a dichos roles, por lo que idealmente esperarían que en el futuro y en sus relaciones matrimoniales no se repitan los mismos patrones que existen en sus familias de origen.

Conclusiones

1. La Escala de expectativas acerca del matrimonio *ha evidenciado tener validez teórica, factorial y de criterio así como un índice aceptable de confiabilidad (consistencia interna).*
2. Los resultados arrojan seis factores: Roles, Idealización del matrimonio, Armonía, Atracción sexual, Ejercicio de la sexualidad y Relaciones Familiares los cuales poseen adecuados índices de consistencia interna
3. Existen diferencias significativas entre hombres y mujeres siendo las mujeres quienes reportan un mayor grado de desacuerdo en esperar cumplir con los roles tradicionales, en poseer creencias idealizadas acerca del matrimonio, de las cualidades y virtudes que poseen su pareja, así como en el hecho de esperar que el ejercicio de la sexualidad mantendrá plena su relación matrimonial.
4. Respecto a la variable edad, se encontró que el grupo de 29 a 42 años se aparta significativamente de lo convencional, mostrando un mayor índice de desacuerdo en cumplir con los roles tradicionales y en poseer creencias idealizadas respecto a su relación y al matrimonio.

5. Existen diferencias significativas entre los grupos religiosos que conforman la muestra, siendo los agnósticos quienes refirieron estar en desacuerdo con los roles tradicionales establecidos por la sociedad, mientras que los cristianos son los más conservadores, manteniéndose los católicos y los ateos en un punto intermedio.
6. En la variable escolaridad los sujetos cuyo nivel máximo de estudios es la primaria muestran mayor desacuerdo con mantener los roles tradicionales, mientras que los sujetos con posgrado, son los que se apartan más del mantenimiento de los aspectos Idealizados del matrimonio y los deseos de sostener una relación armónica (que provea unidad, cordialidad, apoyo, seguridad y respeto mutuo entre los miembros de la pareja, así como con terceros).

Limitaciones y sugerencias

- Debido a las características de la muestra, no fue posible realizar un estudio de confiabilidad test re-test, por lo que se sugiere que en estudios futuros se lleve a cabo este análisis con el fin de conocer la estabilidad en el tiempo que posee la prueba.
- Es recomendable utilizar la Escala de expectativas acerca del matrimonio en muestras más amplias, incluyendo población rural y balanceando aspectos como edad, escolaridad, religión y si los sujetos de la muestra tienen pareja o no, al momento de participar en la investigación. Lo cual permitiría la generalización de los datos obtenidos.
- Es necesario tomar en cuenta la agrupación atípica de los reactivos que conforman la dimensión Armonía buscando elementos que permitan explicar dicho comportamiento, dado que está compuesta por reactivos que inicialmente pertenecían a diferentes dimensiones.

2.2. Reporte de la investigación cualitativa

Atención a Parejas Prematrimoniales desde la Terapia Familiar en México

Paredes, N. y Barrera, G.

Resumen

Entre las múltiples formas de relación entre hombres y mujeres, el matrimonio es una de las instituciones más importantes en la sociedad mexicana. Por otro lado, de acuerdo con las estadísticas, el índice de divorcios ha aumentado 5.8% en 17 años (INEGI, 2007).

Una proporción importante de las personas que solicitan atención psicológica, lo hacen por problemas de pareja. Diversas investigaciones señalan que las parejas que participan en programas de enriquecimiento de la relación y/o de preparación prematrimonial, muestran mayores niveles de satisfacción y menores índices de divorcio que aquellas que no participan en este tipo de programas (Fowers y Olson, 1986; Stahmann, 2000). En Estados Unidos la investigación sobre consejería prematrimonial se remonta a la década de los setenta. Sin embargo, en México, este tema no ha sido suficientemente investigado por los profesionales de la psicología.

El objetivo de esta investigación fue conocer la opinión de los terapeutas familiares sobre este tema, así como investigar sobre su práctica clínica con esta población, para así obtener elementos que contribuyan al desarrollo de programas prematrimoniales.

Se realizó un estudio cualitativo, en el que participaron cuatro terapeutas familiares (dos hombres y dos mujeres), quienes estudiaron en algunas de las instituciones representativas en la formación de terapeutas familiares en la ciudad de México (Instituto de la Familia A.C., Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Personas). Para la obtención de la información se realizó una entrevista semiestructurada a cada uno de ellos.

Al analizar sus respuestas, encontramos que el trabajo terapéutico con esta población no es una actividad habitual en la práctica clínica de los terapeutas familiares.

Los entrevistados están de acuerdo en la importancia, necesidad y utilidad de realizar un trabajo preventivo con las parejas. Si bien cada uno de ellos menciona diferentes temas, que requieren ser abordados con estas parejas, todos están de acuerdo en que es necesario incluir temas como: roles, expectativas, mitos, sexualidad, familia de origen, ciclo vital, comunicación, creencias y plan de vida (individual y de pareja).

Por otro lado, sugieren llevar a cabo intervenciones preventivas, no sólo para esta población, sino también para parejas que no están comprometidas y/o no tienen planes de contraer matrimonio.

Antecedentes teóricos

Los inicios de la investigación en el área de la consejería prematrimonial, particularmente en lo que al ámbito psicológico se refiere, datan de finales de los años setenta. De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada, se puede señalar que la mayor parte de la investigación en esta área se ha llevado a cabo en países como Estados Unidos, Canadá y Reino Unido. De acuerdo con Stanley y Markman (1997), quienes realizaron una revisión

al respecto, las investigaciones en este ámbito se pueden clasificar en dos grandes ramas: Investigación de encuesta e Investigación de resultados.

En la **investigación de encuesta** se realizan estudios en los que se indaga sobre lo que las parejas consideran como las dimensiones más importantes para ayudar a construir matrimonios sólidos, ya sea en función de su experiencia en la preparación prematrimonial o en cuanto a su propio matrimonio. En este sentido, Stanley y Markman (1997) señalan que en este tipo de estudios, se ha encontrado que las parejas consideran útiles muchos temas, pero los seis que obtuvieron porcentajes más altos reflejan el papel central de tópicos relacionados con la comunicación y los conflictos. Obteniéndose puntajes significativamente más bajos en tópicos como personalidad, finanzas, antecedentes, compatibilidad, entre otros.

En las **investigaciones de resultados** se busca evaluar los efectos de varias aproximaciones a la prevención o reducción de dificultades matrimoniales y divorcios. Aunque existen varios Programas, a continuación se mencionan dos de los más usados y reconocidos en la investigación y el campo psicoeducativo, en el ámbito prematrimonial, los cuales se eligieron por ser trabajos pioneros que se han ido actualizando y continúan aplicándose en la actualidad, además de ser aquellos respecto a los cuales se cuenta con mayor información.

- 1) ***Prevention and Relationship Enhancement Program*** (PREP). Este programa busca aplicar aspectos cognitivos y principios de la terapia conductual marital a las relaciones premaritales (Markman, 1979; Markman y Floyd, 1980; Markman, et al, 1988; como se cita en Anaya y Bermúdez, 2002).

Parte del fundamento del PREP tiene que ver con los estudios relacionados con los factores de riesgo y predicciones. Quienes han trabajado en el PREP, categorizan los factores de riesgo marital en: estáticos y dinámicos, poniendo énfasis en éstos últimos pues son los que se pueden modificar. Entre otros:

- Estilo negativo de pelear o conversar que se torna en argumentos negativos y en silencios.
- Dificultad de comunicarse bien, sobre todo cuando hay diferencias.
- Dificultad en tratar los problemas como un equipo.
- Expectativas idealizadas del matrimonio.
- Tener diferentes actitudes sobre asuntos importantes.
- Tener un bajo nivel de compromiso con el otro (no proteger a la pareja o no ver el matrimonio a largo plazo).

El PREP considera que los cónyuges “felizmente casados” son quienes tienen habilidades de comunicación y solución de problemas. El programa está diseñado para ayudar a las parejas a desarrollar habilidades de análisis y solución de problemas antes del matrimonio para incrementar la probabilidad de hacerlo exitoso (Markman y

Floyd, 1980; Markman et al., 1988; Markman et al., 1993; como se cita en Stanley y Markman, 1997).

Las metas del PREP son las siguientes:

- Desarrollo de comunicación positiva y resolución de conflictos.
- Modificación de creencias y expectativas en relación al matrimonio.
- Mantenimiento y mejoramiento de diversión, amistad, conexión espiritual en relaciones íntimas.
- Que las parejas se vayan con un cúmulo de opciones para tratar los conflictos que inevitablemente ocurrirán en el matrimonio.
- Desarrollo de habilidades para mejorar el entendimiento y mantener el compromiso.

El PREP se ha puesto en práctica y ha sido evaluado por más de veinte años, en los que se ha demostrado que, en relación con el grupo control, las parejas del estudio muestran un incremento en las habilidades de comunicación y satisfacción en sus relaciones. La meta del PREP explicada en términos educativos incluye la enseñanza de habilidades de comunicación, una ayuda para hacer conciencia de las expectativas de la relación y educa a las parejas en temas de sexualidad humana (Markman, 1988; como se cita en Anaya y Bermúdez, 2000).

- 2) ***Premarital Preparation And Relationship Enhancement*** (PREPARE). Es un programa para parejas comprometidas que desean dar a su matrimonio un buen comienzo, así como la posibilidad de enriquecerlo.

El programa está diseñado para detectar los puntos fuertes y áreas problemáticas o de oportunidad de la relación de pareja (Wright, 1997). La idea es propiciar que la pareja hable acerca de las cuestiones significativas en su relación, así como proporcionarles habilidades que les permitan mejorarla.

La primera fase del programa consiste en aplicar un cuestionario denominado PREPARE a la pareja, a partir del cual se pretende obtener información acerca de su relación.

Según lo describen Olson y Olson (1999), el desarrollo inicial del PREPARE se remonta a 1978 y se basa teórica (Duvall, 1971; Rappaport, 1963; Rausch, Goodman y Campbell, 1963) y empíricamente (Fournier, Springer, y Olson, 1979; Kitson y Sussman, 1977) en los que se han identificado como los indicadores más comunes de conflicto en el matrimonio. Así, fue desarrollado para evaluar cada una de las principales áreas identificadas como generadoras de conflicto, incluyéndose las siguientes:

- Distorsión idealista.
- Expectativas realistas.
- Cuestiones de personalidad.
- Papeles equitativos.

- Comunicación.
- Solución de conflictos.
- Administración financiera.
- Actividades en el tiempo libre.
- Relaciones sexuales.

Al incluir en el cuestionario aspectos relevantes para las parejas, se espera que discutan e incluso resuelvan algunas de estas cuestiones antes del matrimonio.

De acuerdo con Olson y Olson (1999), se han encontrado altos niveles de confiabilidad y validez, en cada una de las escalas que conforman el PREPARE. Después de diseñar el cuestionario inicial, se llevó a cabo un proyecto de investigación para determinar el impacto de la aplicación de un inventario prematrimonial y consejería para las parejas (Olson, Fournier, Druckman & Robinson, 1979; como se cita en Olson y Olson, 1999). Dicho estudio demostró que los grupos que recibieron preparación tuvieron cambios positivos importantes.

Este programa parte del supuesto teórico de que la calidad de la relación conyugal se puede predecir a partir de la relación prematrimonial. Por lo tanto, se espera que si se logran identificar dichos factores y se trabaja en relación a estos, como consecuencia se incida en la calidad del matrimonio (Fowers y Olson, 1986).

Los inventarios empleados en el PREPARE, se basan en la teoría de los sistemas y el modelo circuplejo de la pareja y la familia (Olson & De Frain, 1997). Numerosos estudios demuestran la utilidad de los inventarios y su pertinencia con una variedad de grupos étnicos. El Programa ha sido aprobado tanto por consejeros profesionales, como por miembros de diversos grupos religiosos que se dedican a la consejería prematrimonial.

Además del cuestionario antes mencionado, como parte del programa se emplea un mapa de "Pareja y Familia" para describir tanto la relación de pareja, como a la familia origen de cada miembro de la pareja.

Posterior a la evaluación de la pareja, el programa contempla seis metas y ejercicios relacionados con éstas:

1. Explorar las fortalezas y áreas de oportunidad de la relación.
2. Fortalecer las habilidades de comunicación, incluyendo una escucha activa y asertividad.
3. Resolver conflictos de pareja empleando el procedimiento de los diez pasos.
4. Explorar aspectos relacionados con la familia de origen, empleando el mapa familiar y de pareja (Modelo Circuplejo).
5. Desarrollar un plan financiero y un presupuesto viable.
6. Desarrollar metas personales, familiares y de pareja.

Esos seis ejercicios y el material necesario para completarlos, se incluyen en un libro de trabajo que se le da a la pareja cuando acuden a la sesión de retroalimentación con el consejero.

Aunque el programa se ha desarrollado mayormente de forma particular con cada pareja, recientemente surgió una versión grupal del mismo, llamada Creciendo Juntos. En ésta, tras haber respondido el cuestionario, la pareja recibe un reporte con los resultados del mismo, un libro de trabajo llamado “Construyendo un matrimonio fuerte” y un video que ilustra los seis ejercicios de pareja. La pareja debe completar los ejercicios y entonces ellos comparten su experiencia con las otras parejas del grupo.

Investigación sobre programas prematrimoniales en México

Como se señaló al principio de este trabajo, la mayor parte de las investigaciones sobre consejería prematrimonial, se han desarrollado en países del primer mundo.

En México, las investigaciones relacionadas con el tema, se limitan a algunos trabajos de tesis realizados por estudiantes de psicología. Por otro lado, la mayor parte del trabajo con parejas prematrimoniales, se lleva a cabo a través de las instituciones religiosas. En tanto que, desde hace pocos años, en algunos lugares de la República Mexicana el gobierno imparte cursos a las parejas que optan por el matrimonio civil. A continuación se presenta una revisión de dichas investigaciones y Programas.

Ámbito psicológico

En 1990, Barrientos realizó un taller prematrimonial para parejas, con el propósito de prevenir problemas familiares, a través de una serie de dinámicas, que pretenden desarrollar habilidades y comportamientos que ayuden a los participantes a afrontar de manera adecuada las situaciones difíciles que pudieran presentarse más adelante en la dinámica familiar. En dicho taller se utilizaron técnicas de la aproximación cognitivo-conductual. Los resultados demostraron que estas técnicas son eficaces para tal propósito (Barrientos, 1990).

Por su parte, Navarro (1998) diseñó un taller de orientación para parejas, el cual está dirigido a aquellas parejas que deseen un crecimiento en su relación o que intenten mejorar su funcionamiento en algún área que para ellos represente dificultades. Las parejas pueden estar en cualquier etapa del ciclo vital, incluso en formación. Sin embargo, se sugiere que dichas parejas no tengan una disfunción severa y que asistan voluntariamente. Cabe mencionar que dicho taller no se llevó a la práctica.

Deras (2000) realizó una propuesta de psicoterapia breve sistémica como alternativa de intervención para parejas con planes de casarse. Sugiere un mínimo de seis sesiones, sin embargo, señala que el tiempo y duración de la terapia dependerá de las condiciones y conflictos que presente la pareja. Contempla la detección de patrones de conducta disfuncionales en la familia de origen de los miembros de la pareja, que

podieran ser factores de riesgo para la relación. Por otro lado, incluye la enseñanza de habilidades de comunicación y negociación.

Anaya y Bermúdez (2002) llevaron a cabo un programa de entrenamiento premarital en habilidades de comunicación, solución de conflictos y reforzamiento recíproco, trabajando con cinco parejas de novios con planes para casarse. En términos generales, concluyen que este programa es una opción adecuada para la prevención de problemas en la pareja.

Ámbito religioso

En México los programas prematrimoniales se llevan a cabo principalmente por medio de las instituciones religiosas. De hecho, uno de los requisitos para contraer matrimonio eclesiástico por la religión católica (así como en algunas iglesias cristianas) es asistir a pláticas prematrimoniales. A continuación se muestra un ejemplo, del contenido del material empleado en los cursos prematrimoniales en la religión católica (de acuerdo con la información obtenida de un documento encontrado en la red ⁴):

Los temas que suelen abordarse son los siguientes:

- Necesidad de la fe para casarse por la Iglesia.
- ¡Una sola carne!
- Somos diferentes y complementarios.
- La comunicación y el diálogo.
- El amor conyugal.
- Sexualidad humana y sexualidad conyugal.
- Paternidad y maternidad responsable.
- Métodos naturales y métodos anticonceptivos.
- Educación de padres.
- Jesucristo y la Iglesia: La vida cristiana.
- El Sacramento del Matrimonio.
- Espiritualidad Matrimonial.

Según lo señala el documento antes citado, el objetivo de estos cursos es tener el contacto más personal posible con cada pareja de novios, creando un clima de amistad y de confianza para favorecer una buena asimilación de los contenidos además de un seguimiento posterior e integración, si se puede, en la vida de la

⁴ El documento referido se basa en el texto *Proyecto pastoral para novios. Casarse en el Señor. Materiales pedagógicos para la elaboración de cursos de preparación al matrimonio*, de la Arquidiócesis de Toledo, España. Pese a que se trata de un texto elaborado fuera de México, se tomó como ejemplo, considerando que tanto los contenidos como las formas de impartirlo son muy similares a los de este tipo de cursos en nuestro país.

parroquia. Se busca tener grupos pequeños, con la presencia de matrimonios de la iglesia.

En cuanto a la forma de impartir el curso, toman en cuenta tres niveles: 1) el grupo, 2) el diálogo de la pareja y 3) la distribución de los novios en grupos más pequeños, con matrimonios de la parroquia o del Decanato.

Señalan que el equipo responsable de impartir los cursos, es un grupo constituido por parejas de esposos cristianos entre los que no han de faltar, si es posible, expertos en medicina, derecho y psicología, con un sacerdote, a fin de que estén debidamente preparados para realizar dicha misión. No obstante, cabe mencionar que, en la práctica, la presencia de los profesionales mencionados no es una constante.

Respecto a la duración de los cursos, señalan que se decide en función de la ciudad y necesidades de los participantes. También consideran ofrecer a los novios algunas sesiones alternativas de preparación, posteriores a la celebración del curso prematrimonial, que les ayudarán a profundizar algunos de los temas, o bien la formación de grupos de matrimonios jóvenes para que se sigan preparando.

Ámbito legal

Por otra parte, existen ya algunas aportaciones por parte de las autoridades en materia prematrimonial. Así, actualmente en Oaxaca, Coahuila y Jalisco, por ley aquellas parejas que deciden casarse deben realizar obligatoriamente un curso prematrimonial, con el objetivo de que quienes deciden utilizar la vía civil para unirse con su pareja, sepan de los alcances y consecuencias de la ley en materia matrimonial.

A continuación se muestran las características principales del curso que se imparte en Jalisco (muy similares a las de Oaxaca y Coahuila), tomadas del Manual Operativo del mismo.

Como justificación señalan que debido a la importancia social de la familia, y por ser el matrimonio una institución de carácter público e interés social; es deber del Estado el velar por su integración y su preservación en un ambiente de estabilidad, bienestar y armonía. La instauración de un Curso Prematrimonial Civil como requisito obligatorio para contraer matrimonio, pretende coadyuvar a que los futuros esposos reflexionen sobre el paso trascendental que darán a sus vidas, la responsabilidad que van a adquirir y sus derechos, con la finalidad de lograr una mejor convivencia, armonía, estabilidad y duración en el matrimonio.

Como objetivos específicos señalan:

- Coadyuvar a los futuros cónyuges a reflexionar sobre la importancia del matrimonio, la responsabilidad que se adquiere, con el ánimo de lograr una mejor convivencia, armonía, estabilidad y duración.

- Procurar la disminución del índice de divorcios y preservar la integración familiar y en consecuencia, prevenir el incremento de la disolución del vínculo.
- Proveer a los futuros cónyuges de la información necesaria respecto a los derechos y obligaciones que nacen con el matrimonio.
- Prevenir con miras a eliminar la violencia en los hogares.
- Informar sobre las obligaciones que adquieren los cónyuges respecto a los hijos
- Que los futuros contrayentes conozcan la existencia de los distintos regímenes patrimoniales y sus características y puedan elegir la mejor opción para la administración de sus bienes.

Los servicios se otorgan mediante pláticas de orientación, que se imparten siguiendo la siguiente temática:

- Familia (valores, normas, actitudes, motivaciones, formas de conducta, convivencia, transmisión de la cultura, etc.).
- Matrimonio (características, fines, deberes y obligaciones, regímenes económicos patrimoniales, etc.).
- Violencia intrafamiliar.
- Derechos de los hijos.
- Formas de terminación del matrimonio.

El DIF es la institución encargada de diseñar e impartir el curso, a través de profesionales del derecho.

En cuanto al D.F., se puede mencionar que con el objetivo de prevenir la violencia familiar, el Instituto de la Mujer del Distrito Federal, en coordinación con el Registro Civil del Distrito Federal, hace un par de años, estaba realizando el proyecto ¿Hasta que la muerte del amor nos separe? cuya población objetivo eran las parejas que pretendían contraer matrimonio. El personal de los Centros Integrales de Apoyo a la Mujer (CIAM) era el encargado de ofrecer a las parejas un curso prematrimonial de cuatro horas en el que se les proporcionaba información legal, social y psicológica para el manejo de conflictos. No obstante, al momento de realizar la presente investigación, se encontró que dicho curso ya no se lleva a cabo.

Planteamiento del problema

El ser humano está sujeto a los aprendizajes que se dan en la cultura en la que vive y en la cual va construyendo significados, que le van dando sentido a su mundo y a sí mismo (Bruner, 1991) y que al formarse una pareja se unen estos dos mundos distintos, cuyas realidades son diferentes pero que juntos forman un sistema que buscará su “homeostasis” es decir mantener un conjunto de procesos que permiten a un organismo conservar estabilidad interna, lo cual determinará la manera en que la pareja se vinculará a lo largo de su relación (Bertalanffy, 1967).

Es indispensable prevenir las posibles pautas negativas de interacción en el sistema de la pareja, desde su concepción, para así poder crear un sistema sano, pues la pareja es la

base de la formación de la familia, que de acuerdo a Bruner (1991) es una de las principales fuentes de aprendizaje de creencias en nuestra sociedad y cultura.

Parte del interés en realizar esta investigación tiene que ver con nuestra experiencia en la atención a pacientes dentro de la residencia en Terapia Familiar, ya que muchos de ellos acuden por problemas de pareja, algunos de los cuales, desde nuestro punto de vista, podrían prevenirse si se realizará un trabajo terapéutico previo al matrimonio. En otros casos, las parejas se encuentran en la etapa previa al matrimonio, sin embargo, no contamos con lineamientos claros para la intervención con dichas parejas, pues es un tema poco abordado dentro de las asignaturas que forman parte de la Residencia.

Justificación

Si bien han surgido nuevas formas de relación de pareja, el matrimonio sigue siendo una de las instituciones más importantes dentro de nuestra sociedad, pero a la par el índice de divorcios va en aumento. De acuerdo con datos del INEGI (2007), los índices de divorcio en la población mexicana van en aumento, pues en 1990 se presentaron 42,479 divorcios a nivel federal, lo cual representa el 7.2 % de la población de matrimonios de ese año, en cambio en el año del 2007 se presentaron 77,255 que corresponde al 13 % de la población de matrimonios registrados en dicha fecha, evidenciando un incremento del 5.8 % en dicho proceso en 17 años.

Por otro lado, un porcentaje importante (quizás alrededor del 50%) de las personas que solicitan atención psicológica lo hacen por problemas de pareja o por motivos relacionados con éstos; algunos de los cuales podrían prevenirse o enfrentarse de una mejor manera si se ofreciera a las parejas la oportunidad de desarrollar las habilidades necesarias para hacerlo en una etapa temprana de la relación.

Pese a que en países como los mencionados al inicio de este trabajo se ha realizado investigación sobre programas de consejería prematrimonial durante muchos años, en algunas encuestas realizadas en esos lugares, se ha encontrado que el trabajo terapéutico con este tipo de población, no es una actividad habitual entre los terapeutas familiares (Stahmann, 2000), pese al impacto positivo que esto podría tener en la salud pública, pues como señala Rutledge (1966, como se cita en Stahmann, 2000), si los terapeutas dedicaran una cuarta parte de su tiempo a la consejería prematrimonial, podría esperarse que esto reportase un mayor impacto en la salud de un país, que el resto de sus actividades terapéuticas. De ahí la importancia de realizar una investigación como la que se propone, cuyo objetivo principal es aportar elementos que favorezcan una intervención terapéutica a nivel preventivo, con parejas en etapa prematrimonial.

Objetivos

a) General

Desarrollar un estudio exploratorio de la terapia prematrimonial en México.

b) Específicos

Investigar:

- Qué trabajos hay respecto a la terapia prematrimonial en México.
- Qué opinan los terapeutas familiares y de pareja respecto a la terapia prematrimonial.
- Si la llevan a cabo en su práctica profesional.
- Qué opinan los terapeutas familiares y de pareja respecto a la pertinencia y necesidad de la terapia prematrimonial en México.
- Si consideran necesario incluir el tema en los programas de terapia familiar y si es así, qué temas consideran necesarios incluir.
- Qué opinan los terapeutas familiares y de pareja acerca de la disposición de las parejas para recibir terapia prematrimonial.
- Si consideran que habrá diferencias entre los matrimonios de las parejas que reciben terapia prematrimonial y aquellas que no lo hacen.

Hipótesis

- Es posible la complementariedad entre el enfoque sistémico y el enfoque cognitivo conductual en el trabajo con parejas prematrimoniales.
- Resulta viable la complementariedad entre el ámbito psicológico, el religioso y el legal dentro de la terapia prematrimonial.

Metodología

Durante esta investigación empleamos el enfoque cualitativo, el cual de acuerdo con Taylor y Bogdan (1984) mantiene una perspectiva fenomenológica, lo que determina lo que se estudia y la manera en la que se interpreta lo estudiado, así el objetivo principal de la investigación cualitativa es tratar de comprender el punto de vista de las otras personas, describiendo sus opiniones y conductas ya sean habladas o escritas.

Se busca plantear un problema, para luego poder ir definiéndolo y encontrar las preguntas adecuadas, tomando en cuenta el entorno social en el que se trabaja, pues es un proceso inductivo donde se inicia explorando para poder describir lo observado y entonces poder reportar las nuevas perspectivas que se encuentren (Hernández, 2006).

Este enfoque recolecta datos de manera no estandarizada, que se pueden recabar de manera escrita, verbal o no verbal, en el caso de la presente investigación se elaboró un formato de entrevista que se empleó con los participantes, la estructura de dicho encuentro, busca establecer comunicación entre el entrevistador y el entrevistado de tal manera que juntos se dé una construcción conjunta de significados sobre el tema a tratar (Hernández, 2006).

Como herramienta de investigación se empleó la entrevista semiestructurada, que de acuerdo a Hernández (2006) es una guía de preguntas generales, que va cuestionando el entrevistador, con la libertad de introducir preguntas que vayan surgiendo en el

transcurso del diálogo, lo cual permite que se obtenga más información sobre el tema que se desea tratar.

Dichas entrevistas se realizaron a cuatro terapeutas familiares (dos hombres y dos mujeres), quienes estudiaron en algunas de las instituciones representativas en la formación de terapeutas familiares en la ciudad de México (Instituto de la Familia A.C., Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Personas). A continuación se muestra la guía de entrevista empleada.

Guía de entrevista

1. Datos de identificación (nombre, edad, escolaridad)
2. ¿Nos podría decir cuál es su formación profesional y en qué lugar la recibió?
3. ¿Cuáles son sus principales actividades profesionales y desde cuándo las lleva a cabo?
4. ¿Nos podría describir de forma breve las características de su práctica terapéutica (enfoque, población que atiende, escenarios)?
5. ¿Qué nos podría decir de la terapia prematrimonial?
6. ¿Conoce algún trabajo al respecto? ¿Cuál?
7. ¿Lleva a cabo la terapia prematrimonial en su práctica profesional?
8. ¿Ha tenido oportunidad de atender a alguna pareja en la etapa previa al matrimonio?
9. ¿Nos puede comentar sobre algún caso de este tipo?
10. ¿Considera que puede haber diferencias entre las parejas que reciben terapia prematrimonial y aquellas que no lo hacen?
11. ¿Qué opina acerca de la disposición de las parejas para recibir terapia prematrimonial?
12. ¿Considera que en México es necesaria la terapia prematrimonial?
13. ¿Cuáles considera que son las necesidades de la población prematrimonial en México?
14. ¿Considera que es un tema con suficiente investigación y práctica en nuestro país?
15. ¿Cuáles considera que son las necesidades de la población prematrimonial en México?
16. ¿Cuál es su postura respecto a la introducción de este tema en los programas de terapia familiar?
17. ¿Qué temas consideraría necesario incluir?
18. ¿Qué resultados considera que se pueden obtener de la terapia prematrimonial?
19. ¿Cuáles serían sus objetivos al llevar a cabo la terapia prematrimonial?
20. ¿Conoce el trabajo con parejas prematrimoniales que llevan a cabo las instituciones religiosas en México? ¿Cuál es su opinión al respecto?
21. ¿Conoce el trabajo con parejas prematrimoniales que se realiza en el ámbito legal en nuestro país? ¿Qué opina al respecto?
22. ¿Hay alguna otra cosa que considere importante mencionar al respecto?

Análisis de datos

Después de realizar las entrevistas, la primera fase del análisis de la información obtenida, consistió en agrupar las respuestas de los terapeutas, según las siguientes categorías:

- Práctica terapéutica con población prematrimonial
- Necesidad y utilidad de este tipo de intervención
- Modalidad de trabajo sugerida
- Temas a abordar sugeridos
- Otros

Posteriormente, se estableció que en los resultados se reportarían aquellas respuestas que se repitieran dos o más veces en cada categoría. No obstante, también se incluyen algunos datos que sin cubrir el criterio antes mencionado, aportan información relevante acorde al objetivo de esta investigación.

Resultados

Al analizar sus respuestas, encontramos que el trabajo terapéutico con esta población no es una actividad habitual en la práctica clínica de los terapeutas familiares, principalmente porque es poco frecuente que estas parejas acudan a terapia. Sin embargo, mencionaron haber tenido contacto profesional con parejas de novios en distintos contextos, por ejemplo, en grupos psicoeducativos sobre prevención de violencia, en grupos de corte religioso y eventualmente en terapia (donde se solicitó apoyo del novio de una paciente, pese a que el motivo de consulta no tenía que ver con la relación de pareja).

Los entrevistados están de acuerdo en la importancia, necesidad y utilidad de realizar una intervención con las parejas en esta etapa. Todos indicaron la importancia de realizar este trabajo con un enfoque preventivo, sin embargo, también señalaron que paralelamente se podría enfocar en mejorar la relación presente y en el crecimiento individual de los miembros de la pareja.

Por otro lado, sugieren llevar a cabo intervenciones preventivas, no sólo para esta población, sino también para parejas que no están comprometidas y/o no tienen planes de contraer matrimonio. En este sentido, una de las terapeutas entrevistadas, sugiere que incluso habría que replantear el uso del término prematrimonial, entre otras razones, porque no se tiene la certeza de que las parejas contraerán matrimonio, ya que hay parejas que optan por modalidades de convivencia en pareja distintas al matrimonio, así como para incluir a parejas de novios que como ya se mencionó, no están comprometidas.

Respecto a las modalidades de intervención, no se observó acuerdo entre los entrevistados, ya que sus sugerencias incluyen la atención individual, los grupos de reflexión, los grupos psicoeducativos y/o una combinación de los anteriores.

Si bien cada uno de los entrevistados mencionaron diferentes temas, que requieren ser abordados con estas parejas, todos están de acuerdo en que es necesario incluir los

siguientes: expectativas, mitos, roles, sexualidad, familia de origen, ciclo vital, comunicación, creencias y plan de vida (individual y de pareja).

Entre los temas sugeridos, el de las expectativas es uno que de cierta forma permea de manera importante el abordaje del resto de ellos, en el sentido de que sugieren propiciar la expresión de lo que esperan uno del otro, del matrimonio en general, de los roles a desempeñar, de su plan de vida individual, de lo referente a la sexualidad, de la convivencia con la familia de origen y otros grupos (como compañeros de trabajo o amistades), del manejo del dinero, etc.

Al margen de las categorías de análisis establecidas, cuyos resultados ya mencionaron, también se obtuvo información sobre la perspectiva teórica sugerida para este tipo de intervención, así como respecto a la disposición de la población objetivo para participar en programas de este tipo.

Respecto a la perspectiva teórica que sugieren para el trabajo con esta población, cada terapeuta indicó aquella que coincide con la que emplean en su práctica profesional, entre ellas: el modelo estructural, la terapia feminista, el modelo dinámico sistémico integrativo, el construccionismo social y la terapia breve centrada en soluciones.

En cuanto a la disposición de las parejas para solicitar y/o acudir a terapia, cursos u otra modalidad de intervención, durante la etapa del noviazgo, los terapeutas entrevistados opinan que dicha población no está familiarizada con la idea de la prevención de problemas, por lo que sería necesario realizar un trabajo de sensibilización sobre la necesidad y utilidad de este tipo de intervención, antes que esperar que las parejas acudan por iniciativa propia.

Finalmente, al preguntar a los entrevistados su opinión sobre la posibilidad de incluir este tema en los programas de formación de terapeutas familiares, coinciden en que sería muy útil que existiera un módulo específico sobre pareja y que esto proporcionaría herramientas básicas para el trabajo con parejas, sin embargo, dos de ellos indican que dado que las características y necesidades de las parejas de novios son muy distintas de las que viven juntas, sí resultaría necesario un módulo en el que se revisase el tema en particular.

Discusión

Como se indicó al inicio de este apartado, el objetivo de esta investigación fue conocer la opinión de los terapeutas familiares sobre este tema e indagar sobre su práctica clínica con esta población, buscando obtener elementos para el desarrollo de programas de intervención para parejas en etapa prematrimonial. En consonancia con dicho objetivo, a partir de los resultados obtenidos, se puede señalar que:

Pese a que los entrevistados consideran necesaria, importante y útil la atención a parejas en etapa prematrimonial, el trabajo con esta población no forma parte de su práctica

clínica habitual. Como se menciona arriba, esto se debe en gran medida a que es poco frecuente que las parejas de novios acudan a terapia. Esto puede explicarse, al menos en parte, por la falta de una cultura de prevención que existe en México, no sólo en el ámbito psicológico, sino en la mayoría de los temas relacionados con la salud.

En consecuencia, resulta obvio que los entrevistados coincidan en la necesidad de realizar un trabajo importante de sensibilización sobre la importancia y utilidad de este tipo de intervenciones con la población objetivo, previo a la implementación las mismas. Si bien es cierto que los terapeutas indican la importancia de un enfoque fundamentalmente preventivo, también sugieren que la atención no se limite a las parejas que planean contraer matrimonio, por lo que resultaría necesario además de enfatizar las ventajas de la prevención (en este caso prevención de problemas en el futuro matrimonio), incluir los beneficios inmediatos que podrían obtenerse al participar en este tipo de programas, buscando que resulte atractivo para las parejas.

Se encontró que entre los entrevistados no existe acuerdo en cuanto al modelo teórico a adoptar al trabajar con las parejas de novios. Por otro lado, la literatura revisada muestra que la mayoría de los programas de intervención prematrimonial se basan en la aproximación cognitivo-conductual. Así, tomando en cuenta que no existen evidencias contundentes de que en la terapia un modelo teórico sea más afectivo que otro, el modelo teórico a adoptar resultaría un aspecto secundario en el desarrollo de intervenciones para esta población.

Respecto a la modalidad de atención si bien no se observó un acuerdo total, en algún punto todos los entrevistados mencionaron la posibilidad de incluir el trabajo con grupos. En este sentido, Wright (1997) señala que la forma más efectiva de asesoría prematrimonial es el enfoque individual (con cada pareja) y que el asesoramiento en grupo es un buen complemento al enfoque individual, pero que por sí mismo tiene únicamente 30% de efectividad; por lo que sugiere el primero o una combinación de ambos. No obstante, muchos de los programas de asesoría prematrimonial se llevan a cabo en grupos, con buenos resultados.

Por otro lado, todos coinciden en la mayoría de los temas que consideran necesarios de abordar, mismos que además concuerdan con los que se incluyen en los programas de intervención llevados a cabo en otros países (mencionados en el marco teórico). Por lo anterior, se puede concluir que sería importante tomar en cuenta la inclusión de dicho temas al diseñar intervenciones dirigidas a esta población.

En tanto que, si bien no hay acuerdo entre los entrevistados sobre la necesidad de incluir el tema de la atención a parejas de novios, de manera específica, en los programas de formación de terapeutas familiares, sí coinciden en que es necesario incluir un módulo sobre el trabajo con parejas en general. Lo anterior, resalta la necesidad de considerar la inclusión de tópicos específicos sobre pareja en los programas de formación de terapeutas familiares.

Limitaciones y sugerencias

Como principal limitante de esta investigación se puede señalar el bajo número de terapeutas entrevistados, ya que no permite generalizar los hallazgos, lo que si bien es una característica propia de la investigación cualitativa, en este caso, adicionalmente pudo verse acentuado por el hecho de que todos los entrevistados tienen en común, en mayor o menor medida, una formación y práctica clínica desde la perspectiva sistémica. En este sentido, sería interesante conocer la opinión y experiencia de terapeutas familiares con orientaciones teóricas diferentes, así como la inclusión de terapeutas de pareja entre los entrevistados.

Por otro lado, si bien la atención a parejas en etapa prematrimonial, en términos generales no es un tema al que se le dé mayor atención dentro del ámbito de la psicología y en México son pocas las investigaciones realizadas al respecto, la falta de difusión de las mismas contribuye de manera negativa al fenómeno, por lo que una forma de revertir esta situación sería mediante la difusión del mismo en los foros adecuados. Es decir, también es necesario realizar un trabajo de sensibilización con los profesionales de la psicología en general y particularmente con los terapeutas.

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

3.1. Productos tecnológicos

a) Juego multimedia “El terapeuta de hierro”

Como parte de la materia de Terapia Breve, junto con dos de mis compañeros (Hernán Paniagua y Mónica Reyes) elaboré un juego multimedia cuyo objetivo es reforzar, de forma amigable, los conocimientos adquiridos referentes a las técnicas de intervención del Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema.

Con tal propósito, después de una breve introducción, se plantean al usuario dos casos hipotéticos, entre los que debe elegir uno. Al hacerlo, se accede a una descripción más amplia del caso, posteriormente el usuario debe seleccionar, de una serie de opciones de intervención, la que considera más adecuada para ese caso particular. El juego está diseñado de tal forma que una vez que el usuario ha elegido una opción, obtiene retroalimentación sobre la elección que ha hecho, pudiendo así corroborar si es correcta o no de acuerdo con el Modelo en cuestión.

Si las elecciones realizadas son las adecuadas, el usuario continúa avanzando en el juego y al llegar al final obtiene una felicitación y un premio que consiste en el acceso a un video que muestra una entrevista realizada a uno de los principales representantes de la Terapia Familiar.

Por el contrario, si las elecciones realizadas son erróneas, el usuario obtiene información sobre el motivo por el que su elección no es correcta, sugiriendo que revise nuevamente el Modelo, terminando el juego en ese momento.

b) Directorio de servicios complementarios

Se elaboró un directorio de instituciones que proporcionan servicios que los solicitantes de terapia familiar podrían requerir ya sea como complemento a la misma y/o cuando el terapeuta no pueda proporcionar la atención solicitada. Por ejemplo: apoyo legal, atención psiquiátrica, atención a discapacitados, programas sociales, entre otros. Así, el terapeuta contará con información que le permita brindar opciones de atención a quienes lo necesiten.

3.2. Reporte del programa de intervención comunitaria

Como parte de la materia de Intervención Comunitaria, mi compañera Georgina Barrera y yo, diseñamos e implementamos un taller titulado: *¿Qué onda con mi vida?* Cuyo objetivo es propiciar que los participantes analicen el contexto familiar del que provienen, las características de las relaciones de pareja que existen, así como las que ellas desean; brindándoles diferentes opciones de acción, tomando en cuenta el entorno social en el que viven, para que tengan mayores posibilidades de tomar decisiones encaminadas hacia el establecimiento de un proyecto de vida.

Con tal objetivo, se incluyeron tres temas principales, cuyo contenido general se menciona a continuación:

- a) Relaciones familiares. Este tema se enfocó a la dinámica familiar cuando los hijos son adolescentes, los conflictos propios de esta etapa del ciclo vital, así como a los tipos de familia que existen y la influencia que puede tener la familia en la vida individual.
- b) Relaciones de pareja. El énfasis se hizo en las características de las relaciones de pareja que pueden considerarse sanas y aquellas que no. Así como en el tema del ejercicio responsable de la sexualidad.
- c) Proyecto de vida. Se habló de la importancia de tener un plan de vida, de lo que hay que tomar en cuenta al elaborarlo y de lo que se necesita para alcanzar las metas propuestas.

El taller se impartió a un grupo de 22 adolescentes, mujeres, quienes al momento de participar en el taller, se encontraban estudiando la secundaria o el bachillerato en un internado.

El taller tuvo una duración de 10 horas, divididas en tres sesiones (dos sesiones de tres horas y media cada una, y una sesión de tres horas), impartidas de forma semanal.

Al tratarse de un taller, los temas se revisaron de forma vivencial, mediante ejercicios, dinámicas, reflexiones, entre otros recursos.

Al finalizar el taller, se solicitó a las participantes realizar una evaluación del mismo, mediante un cuestionario de retroalimentación, cuyos resultados cuantitativos indican que los temas revisados les agradaron, siendo el relacionado con la familia el que menos les gustó. Consideraron útil lo abordado, principalmente lo referente al proyecto de vida. Las dinámicas y actividades realizadas les agradaron, pero en cuanto a la duración del taller, no se mostraron totalmente satisfechas.

En tanto que, en la evaluación cualitativa, se puede mencionar que lo que más les gustó a las participantes fue el tema de la pareja, el poder reflexionar sobre las maneras de relacionarse sanas y no sanas, además de aclarar sus dudas sobre sexualidad, también les agradó el tener un espacio para elaborar un plan de vida. Hubo parte de la población a la que no les gustó el tema de la familia, además de la duración del taller (indicaron que les habría gustado que durara más). En relación a lo que les resultó más significativo, mencionaron la importancia de realizar un plan de vida, el reflexionar sobre las relaciones de pareja y los tipos de familia que existen, así como la convivencia con sus compañeras.

Respecto al desagrado que manifestaron algunas de las participantes en relación al tema de la familia, es oportuno mencionar que consideramos que esto podría deberse a que es un tema que implicó abrir situaciones complejas y dolorosas, pero también con que fue abordado durante la primera sesión, en un momento donde la relación entre las facilitadoras y las participantes aun no era sólida, además de que en el grupo había personas que no se llevaban bien, por lo que no deseaban exponer su historia. Por lo anterior, se sugiere que antes de abordar el tema de la familia, se promueva un clima de mayor confianza, tanto entre las instructoras y las participantes, como entre los equipos que se formen. Por ejemplo, si se trata de un grupo que ya lleva tiempo formado (como sucedió en este caso), permitir que las participantes sean quienes formen los equipos.

3.3 Participación en foro académico como asistente

Al XI Congreso Nacional de Terapia Familiar “Ser, Estar y Trascender en la Terapia Familiar”, organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, realizado del 14 al 17 de Octubre de 2008, en la ciudad de Querétaro.

3.4 Participación en foro académico como ponente

- a) Presentación de un caso durante la V Jornada Clínica, de la Residencia en Terapia Familiar, llevada a cabo el 2 de junio de 2010.
El caso presentado se intituló “La chica que quería crecer”, mismo que se describe y analiza al inicio de este capítulo.

- b) Presentación de carteles en el XVIII Congreso Mundial de la Asociación Internacional de Terapia Familiar (IFTA), realizado en Buenos Aires, Argentina, del 17 al 20 de Marzo de 2010.

Los trabajos presentados fueron los siguientes:

- Atención a parejas prematrimoniales desde la terapia familiar en México (Paredes, N. y Barrera, G.).
- Desarrollo y validación de la escala “Expectativas acerca del matrimonio” (Barrera, G., Gamboa, R., Jaime, D. y Paredes, N.).
- Intervención con el modelo estratégico de Haley: un caso individual (Exzacarías, E. y Paredes, N.).
- Terapia familiar feminista en el caso de una madre divorciada en proceso de reconstrucción (Jaime, D., Jiménez, P. y Paredes, N.).

4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

4.1. Discusión e integración de consideraciones éticas

Como se indicó al inicio de este capítulo, una de las actividades que ocupa una proporción importante del tiempo es la práctica clínica supervisada, en este sentido, junto con mis compañeros, tuve la oportunidad de estar en contacto con una variedad importante de pacientes, tanto en términos de sus características sociodemográficas, como de los motivos de consulta y de configuraciones familiares (ya sea que la atención se brindara de forma individual, familiar o en pareja).

Como se menciona en el capítulo uno de este reporte, hace tiempo que dejó de ser viable hablar de la familia, para dar paso al uso del término familias, atendiendo al hecho de que en la actualidad nos encontramos ante una amplia variedad de configuraciones familiares, en el sentido de los miembros que la conforman, por no hablar de la dinámica particular de cada una de éstas.

Ante tal situación, un aspecto sobresaliente del trabajo del terapeuta familiar, tiene que ver con el respeto a la diversidad de las familias, en tanto que en la práctica terapéutica, al margen del modelo que adopte, requiere tener claro lo que Minuchin y Fishman (1994) señalan, en cuanto a que el terapeuta de familia debe evitar imponer los modelos que le son familiares, así como reglas de funcionamiento a las que pudiese estar habituado o que le parezcan correctas o adecuadas. Situación que eminentemente implica un asunto ético, pues si bien es cierto que cada uno de nosotros tenemos distintas características de personalidad, experiencias de vida, formación, etc., que nos llevan a preferir ciertas teorías, modelos, valores, etc., sobre otros, es algo que no necesariamente coincide con las características, experiencia y formación de las personas que vienen a terapia. Así, no habría por qué intentar hacerlos encajar dentro de nuestros esquemas. Es decir, no habría por qué intentar organizar al otro con el mandamiento “tú debes”, que según Aurón (2009), retomando los planteamientos de Von Foester, es el origen de los códigos

morales. En tanto que la ética sólo puede verse desde la primera persona del singular, lo que tendría que ver con el organizarse a sí mismo con el mandamiento “yo debo”, que sería el origen de la ética.

Como señalan Cecchin, Lane y Ray (1992), para un terapeuta es muy importante tener conciencia de sus propios prejuicios (entendidos como preconceptos o ideas que el terapeuta –y el cliente– traen consigo, en función de su historia, formación, cultura, etc. y se hacen presentes durante la sesión), dado que una vez que somos conscientes y responsables de nuestras ideas, podemos servirnos de ellas, defenderlas o incluso ser irreverentes hacia ellas, entendiendo la irreverencia como una forma de evitar caer en el extremo de permanecer fiel a una sola teoría o explicación, cuando ya no resulta útil.

Otro asunto que considero importante mencionar en este apartado, es lo referente a los modelos teóricos que empleamos en el trabajo terapéutico, en diversos momentos hablamos acerca de las implicaciones éticas de la aplicación de ciertas técnicas, pero también de la aplicación de un modelo u otro, refiriéndonos al hecho de si debíamos hacer que el caso se adaptara al modelo o que el modelo se adaptara al caso. Al respecto, en varias ocasiones hablamos de si era válido (y ético) aplicar un modelo a todos los casos porque era el único que se conocía o incluso porque ese era el modelo que nos estaban supervisando, independientemente de que quizás habría otros modelos que podrían resultar de mayor beneficio para los involucrados en el caso. A este respecto, algo que concluimos fue que en nuestro caso particular, al encontrarnos en una institución académica, dentro de un programa de formación, de cierta forma sí se privilegiaba el aspecto de la enseñanza, sin que esto implicara dejar de lado el bienestar y beneficio de los pacientes. Lo anterior, tomando en cuenta, entre otros aspectos, que desde el inicio se les proporciona información relacionada con las características de la atención que se les ofrece, por lo que el paciente siempre puede decidir si desea o no continuar con el tratamiento. Por otro lado, en caso de que el paciente requiriese algún tipo de atención que no pudiésemos proporcionarle siempre existía la opción de canalización. Finalmente, el trabajo del terapeuta en formación, es supervisado por un terapeuta experimentado, quienes en conjunto siempre buscan el beneficio del paciente.

Adicionalmente, comentamos que una realidad es que cada uno de los miembros del grupo, justamente en función de nuestras diversas características, experiencias y formación, terminaríamos por elegir alguno de los modelos para la práctica de la terapia familiar, pero que en cualquier caso, habría que poner la técnica al servicio del paciente, según las necesidades específicas de este.

En relación con lo anterior, Trull y Phares (2003) mencionan que hay evidencia limitada de que un enfoque o técnica sea más efectivo que otro. En tanto que, se ha encontrado que los cambios positivos efectuados por el tratamiento psicológico pueden deberse a un conjunto de factores, entre los que sobresale la alianza terapéutica.

Al margen de lo que la investigación señala, considero que algo fundamental para el éxito de la terapia, son los recursos que los pacientes poseen, individualmente y como familia. Quizás este sea uno de los principales aspectos que logré redimensionar de manera importante durante mi estancia en la Residencia. Considero pertinente mencionarlo en este apartado, pues tenerlo presente y otorgarle el valor que merece, en última instancia representa una actitud de respeto hacia las personas que solicitan atención terapéutica, lo que a su vez nos lleva a otorgar el crédito correspondiente a los pacientes ante los cambios logrados, lo que sin duda representa una conducta ética del terapeuta.

También tuvimos oportunidad de abordar casos que directamente implicaban aspectos éticos complicados, como los casos donde estaba presente la violencia en sus diferentes manifestaciones. Por ejemplo, recuerdo un caso en que varios miembros del grupo consideraban que ciertas situaciones que relataba una paciente eran una forma de violencia, en tanto que ella parecía no visualizarlo así, en esa ocasión, hablábamos de qué tan válido era decirle a esta mujer (o cualquier otra) que lo que vivía era violencia, preguntándonos si no era una forma de volver un problema algo que antes no lo era, sin embargo, en esa ocasión analizamos que en todo caso, si efectivamente esas situaciones no le generaban incomodidad o problemas, aunque introduyésemos esa información sería algo que no iba a generar mayor efecto, pero en caso contrario quizás sería una forma de que tomara conciencia de lo que pasaba y principalmente de que pudiese hacer algo al respecto.

En relación con lo anterior, el código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, señala lineamientos generales acerca de aspectos como la responsabilidad con los pacientes, la confidencialidad, la capacidad e integridad profesional, entre otros. Sin embargo, quisiera concluir esta sección, retomando lo que se indica al inicio de dicho código, como un principio rector para el ejercicio profesional de la psicoterapia: “los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada”.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

1. RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS ADQUIRIDAS

Como se indica en el Programa de la Residencia en Terapia Familiar, la formación está basada en dos ejes fundamentales: las asignaturas teórico-técnicas y la práctica supervisada en escenarios clínicos. Así, mediante las actividades que integran dicho Programa, se promueve la adquisición de una serie de habilidades que posibilitan el ejercicio profesional de la psicología, particularmente en la especialidad antes mencionada, con altos estándares de calidad.

En los capítulos precedentes, de alguna forma se ha hecho referencia a tales actividades, sin embargo, en este apartado se presenta un resumen y análisis de las habilidades adquiridas, en consonancia con lo señalado por Moctezuma y Desatnik (2001), en el Programa de la Residencia en Terapia Familiar, respecto al perfil profesional del egresado, donde indican que, además de cubrir las competencias del Programa de Maestría de la UNAM, el egresado de la Residencia desarrollará una serie de habilidades y competencias, específicas de un terapeuta sistémico, dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social.

1.1. Habilidades teórico conceptuales

La adquisición de dichas habilidades se promueve mediante las clases teóricas en las que se revisan temas que van desde los antecedentes históricos de la terapia familiar, pasando por los fundamentos teórico epistemológicos del enfoque sistémico y posmoderno, hasta los principales modelos teóricos, derivados de dichos enfoques. Esto me permitió obtener una visión general de al menos ocho modelos terapéuticos, obteniendo así un cúmulo de herramientas de las cuales echar mano, tomando en cuenta las características particulares del caso, así como las propias.

La revisión teórica antes mencionada, se ve reforzada por la aplicación de los conceptos y modelos a casos prácticos, ya sea mediante la elaboración de ejemplos, la aplicación de estos a casos hipotéticos, el análisis de películas comerciales, la simulación de casos y por supuesto la atención a pacientes desde distintos modelos de terapia.

1.2. Habilidades clínicas (detección, evaluación sistémica y tratamiento)

En este rubro, puedo mencionar que la atención a pacientes en preconsulta, en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad, me permitió establecer contacto inicial con

quienes solicitan el servicio, que es una habilidad importante, pues ya desde ahí se pueden establecer bases para el trabajo terapéutico. Mediante esta actividad también tuve oportunidad de ejercitar mis habilidades para entrevistar, sin embargo, el tener que ajustarse a lo establecido por el mismo Centro, hasta cierto punto limitó que el abordaje inicial fuese fundamentalmente desde la modalidad de terapia familiar (o de pareja), ya que, por ejemplo, aunque una pareja o familia acudiese solicitando terapia de pareja o terapia familiar, el procedimiento usual era realizar entrevistas individuales (en muchos casos por distintas personas), que finalmente llevaban a integrar expedientes por separado e incluso que posteriormente (sin detectarlo) se asignara un mismo caso a dos o más terapeutas. En este sentido, considero que sería útil promover mayor comunicación entre la dirección del Centro y la coordinación de la Residencia, para llegar a acuerdos que favorezcan la optimización de recursos.

El desarrollo de las habilidades de evaluación y tratamiento, se facilitó entre otros, mediante la simulación de casos, en las que participé (junto con mis compañeros de grupo) como terapeuta, coterapeuta, observadora o miembro de una familia. Esta modalidad de trabajo me permitió implementar los conocimientos adquiridos en las clases teóricas, en un ambiente seguro, ya que existía la posibilidad de hacer pausas para recibir indicaciones por parte mis supervisores, ya sea sobre aspectos que estaba dejando de lado al realizar entrevistas desde la perspectiva sistémica o sobre cuestiones operativas para la implementación de técnicas correspondientes a los distintos modelos terapéuticos, entre muchos otros aspectos.

Además, mediante el análisis de películas, tuve la oportunidad de conectar la teoría con la práctica, específicamente en lo que se refiere a la evaluación de las familias desde la perspectiva sistémica, así como a la elaboración de hipótesis.

Una actividad que resultó particularmente interesante para mí, fue ver y comentar un video de una sesión en la que una de mis supervisoras era la terapeuta a cargo, pues me permitió observar la aplicación de un modelo terapéutico a un caso real. Desafortunadamente esto fue algo que sólo sucedió en una ocasión. En la misma línea, puedo mencionar lo relacionado con la observación, en vivo, de una sesión en la que otra de las supervisoras participó como coterapeuta, lo que desde mi punto de vista permite el aprendizaje mediante el modelado de formas prácticas de abordar un caso desde determinada postura teórica. Si bien, en el Programa de la Residencia se contempla tanto el análisis de videos como el modelamiento, entre las estrategias didácticas a emplear, para el desarrollo de habilidades clínicas, en mi generación fue algo que, con excepción de los dos casos mencionados, se dejó prácticamente de lado. Por lo anterior, considero que podría darse mayor peso a actividades como estas, pues si bien es útil poner ejemplos, analizar películas comerciales y dramatizar casos, no se compara con los casos reales y principalmente con poder observar a un terapeuta experimentado con un familia real.

Sin duda, una de las principales actividades encaminadas al desarrollo de habilidades clínicas, fue la atención a pacientes, bajo la supervisión (en vivo o de forma narrada) de un

terapeuta experimentado. Pese a la relevancia de dicha actividad, no abundaré en este punto, dado que en otros apartados ya he mencionado de manera extensa mi experiencia al respecto. Únicamente deseo señalar que, observar el trabajo de mis compañeros como terapeutas, fue tan enriquecedor como participar directamente como terapeuta y recibir supervisión, ya que al estar detrás del espejo los supervisores realizaban comentarios acerca de lo que iba aconteciendo en la sesión, ya sea sobre aspectos técnicos, temas dejados de lado, ideas de posibles líneas de acción, etc. Además, en la mayoría de las ocasiones existía la oportunidad de emitir nuestras opiniones al respecto, ya sea mientras la sesión se desarrollaba o una vez que esta concluía, estando presente el terapeuta a cargo.

Otro recurso, fue el análisis de sesiones videograbadas, en las que el énfasis recaía en la observación de mi desempeño como terapeuta, en relación a aspectos como la comunicación no verbal y el cuestionamiento respecto a porqué elegía cierto curso de acción y no otro. Esto me permitió detectar aspectos que antes no había tomado en cuenta y que tienen un efecto importante en la práctica terapéutica. Esto me ha permitido tomar acciones al respecto, buscando mejorar mi desempeño profesional.

En cada una de las actividades mencionadas, una constante fue la elaboración de reportes, lo que más allá de tener un registro físico de los casos, me ayudó a plasmar mis ideas de la forma más clara posible, así como a seleccionar la información más relevante, acorde con el modelo teórico correspondiente.

1.3 Habilidades de investigación y enseñanza

El diseño e implementación de un par de investigaciones como parte de mis actividades durante la residencia, favoreció el desarrollo de mis habilidades, tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa, aproximándome al estudio de los problemas psicosociales de la pareja, buscando entender el fenómeno, pero sobre todo enfocándome a la búsqueda de alternativas de solución a los mismos, específicamente mediante la intervención preventiva.

Aunque lo referente al taller de intervención comunitaria se contempla en el siguiente apartado, lo menciono aquí porque considero que en el trabajo realizado con tal fin, la investigación también jugó un papel importante, particularmente a nivel documental.

Otro aspecto que se espera en el perfil del egresado es la difusión de conocimientos, que en mi caso se vio favorecido al participar en un par de foros en los que tuve oportunidad de mostrar los trabajos de investigación en los que participé, así como el trabajo clínico con un par de casos.

También tuve oportunidad de adquirir y fortalecer mis habilidades para la enseñanza mediante la presentación en clase de temas teóricos, así como mediante la exposición de casos y la implementación del taller de intervención comunitaria.

Quizás el desarrollo de habilidades para el trabajo inter y multidisciplinario fue de las que menos abordé, ya que los trabajos de investigación que llevé a cabo estaban circunscritos a cuestiones propias del ámbito psicológico. No obstante, dentro de la revisión teórica de una de las investigaciones se aborda lo referente al trabajo que se está haciendo desde diferentes ámbitos (psicológico, legal, religioso), lo que contempla un marco de trabajo multidisciplinario.

1.4 Habilidades hacia la prevención

En este rubro, se espera que el egresado sea capaz de elaborar programas y proyectos de salud comunitaria. Como parte de la asignatura de intervención comunitaria, tuve oportunidad de diseñar, implementar y evaluar un taller, cuyo enfoque fue fundamentalmente de tipo preventivo, ya que al tratarse de mujeres adolescentes provenientes de familias con diversas problemáticas (violencia, adicciones, conductas delictivas, etc.), que estudian en una institución exclusiva para mujeres, se puede considerar como una población de alto riesgo. En este sentido, la idea general fue proporcionar información a la que difícilmente tienen acceso, así como promover la reflexión sobre esos temas y el diseño de un plan de vida, que proporcionara un panorama más amplio al que podían acceder dadas sus condiciones de vida. Para que el taller se pudiera impartir fue necesario buscar la autorización y colaboración de los agentes institucionales, en este caso las responsables del internado.

Otro aspecto que se contempla, es que el egresado sea capaz de diseñar programas de difusión, para la solución y prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario. Esta fue una actividad que prácticamente no desarrollé, pues se trataba de una población cautiva, sí fue necesario generar una “demanda de servicio” en las asistentes al taller, ya que si bien estaban ahí por orden de la directora del internado, un aspecto clave para que pudiesen aprovecharlo, era contar con su cooperación y participación, lo que finalmente se logró.

No obstante, el escuchar y comentar el trabajo de mis compañeros de grupo, sobre sus talleres, me permitió detectar factores importantes a tomar en cuenta, entre otros: el medio elegido para la difusión del taller o programa, los temas a abordar y el tipo de actividades que pueden resultar más útiles (tomando en cuenta la población objetivo).

Por otro lado, observar los principales motivos de consulta referidos por los pacientes, me permitió darme cuenta de la necesidad de diseñar y aplicar programas preventivos sobre temas relacionados con dichos motivos. En este sentido, al margen del taller que llevé a cabo junto con una de mis compañeras de grupo, puedo señalar que la información

obtenida de las investigaciones en las que participé, me resultó de gran ayuda en el diseño e implementación de un taller para parejas en etapa prematrimonial, mismo que he venido trabajando desde hace varios años, pero que se vio enriquecido de manera importante a raíz de mi experiencia en la Residencia.

1.5 Ética y compromiso social

Un aspecto fundamental en la práctica profesional de la psicología, particularmente en el ámbito clínico, es lo referente a la ética. En este sentido, en todo momento se fomentó y predominó una actitud de respeto hacia los pacientes, así como el manejo confidencial de la información obtenida, buscando siempre el bienestar de los mismos.

De la misma forma, la dinámica de trabajo en equipo, como una constante en la realización de actividades académicas, implicó un desafío importante, principalmente en los primeros momentos, ya que había que colaborar con personas desconocidas, con estilos de trabajo sumamente distintos, sin embargo, en todo momento teniendo presentes las metas u objetivos en común, llevándonos a dejar de lado nuestras particularidades.

Considero que esto facilitó que posteriormente pudiésemos hacer equipo ya sea como co-terapeutas o como equipo terapéutico en la atención a pacientes, buscando siempre el beneficio del paciente, más allá de nuestros estilos de trabajo, nuestras opiniones personales o cualquier otra cosa.

Otro aspecto importante fue la práctica de la autocrítica, en relación al trabajo realizado como terapeuta, ya sea sobre aspectos técnicos, características de mi personalidad que podían interferir con mi trabajo; así como el autoanálisis en relación a lo que los casos me implicaban personalmente, ya sea en relación a alguna dificultad para abordar ciertos temas, la ansiedad que me generaban, etc. Al respecto, la retroalimentación de mis supervisores y compañeros, jugó un papel muy importante, pues me ayudaban a detectar cuestiones como las que menciono líneas arriba, que de otra manera habría sido difícil detectar. En este sentido, actualmente estoy más consciente de aspectos de mi persona que debo tener presentes, en los que necesito seguir trabajando, principalmente considerando el impacto que tienen en mi desempeño profesional.

Por otro lado, si bien durante la Residencia adquirí una serie de conocimientos que enriquecieron mi formación profesional, también me permitió darme cuenta de que el campo de conocimiento de la psicología, particularmente en el ámbito de la terapia, es sumamente vasto y cambiante, por lo que resulta indispensable mantenerse actualizado.

1.6 A manera de conclusión

Aunque sabía que el programa de la maestría incluye aspectos teóricos y metodológicos, que considero importantes, mis expectativas al ingresar se centraban en poder adquirir herramientas prácticas que me permitieran desempeñarme como terapeuta, teniendo así la posibilidad de realizar una intervención profesional que contribuyese al bienestar psicológico de aquellos que atraviesan por situaciones difíciles (ya sea individuos, parejas o familias).

En relación con lo anterior y para ilustrar lo referente a las habilidades y competencias adquiridas, puedo mencionar que tras varios meses de haber egresado de la maestría, al integrarme nuevamente al ámbito laboral, los conocimientos adquiridos, pero sobre todo las habilidades desarrolladas, me han resultado de gran utilidad, ya que he podido desempeñarme en ámbitos que incluyen la docencia, la detección de casos de maltrato, la práctica terapéutica, la investigación y el desarrollo de programas preventivos.

Debo decir que si bien anteriormente ya había tenido oportunidad de participar en varias de estas actividades, mi incursión actual en las mismas me ha resultado mucho más satisfactoria, en diversos planos, desde sentirme más segura en relación a los conocimientos que poseo, hasta adoptar una perspectiva más amplia, en la que suelo poner mayor atención al contexto, es decir, a las características de los sistemas en los que me desempeño.

Quizás lo que sucede en mi caso es que una vez profundizando en el enfoque sistémico, me resulta difícil no analizar las situaciones desde esa perspectiva, sin embargo, más que verlo como un obstáculo, lo visualizo como *una* forma más de analizar lo observado, pero con la conciencia de que justamente se trata de una opción entre muchas otras que pueden resultar igual de válidas y útiles.

Lo sistémico no es lo único que ha impactado mi forma de recortar los sucesos, otras influencias importantes para mí han sido lo referente a la inclusión de una perspectiva de género, tema que anteriormente para mí era prácticamente desconocido, pese a la actualidad y relevancia del mismo.

Por otro lado, tengo la impresión de que al escuchar posturas y opiniones diferentes, más que percibir las como una amenaza, busco visualizarlas como alternativas que pueden enriquecer tanto mi trabajo como mi persona, lo que lógicamente implica un beneficio potencial para otros miembros de los sistemas en los que participo.

En relación con esto último, recuerdo que en alguna clase relacionada con los enfoques derivados del posmodernismo, al hablar de que más que una serie de técnicas tenían que ver con una postura, se mencionaba que una vez que se adopta una perspectiva posmoderna, no hay tal cosa como “dejar de ser posmoderno”. En este sentido, si bien no

me considero partidaria del posmodernismo, definitivamente he recibido una influencia importante al respecto.

Retomando lo referente a mis expectativas al ingresar a la maestría, puedo decir que lo que menciono en los párrafos anteriores, definitivamente ha ampliado y fortalecido mis habilidades como terapeuta, pero también mi perspectiva y postura ante dicha labor.

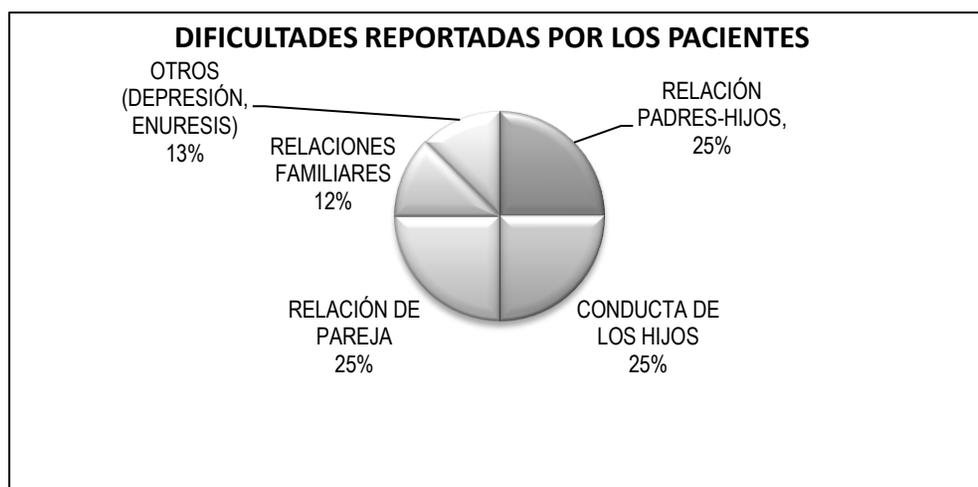
2. INCIDENCIA EN EL CAMPO PSICOSOCIAL

Como señalan Moctezuma y Desatnik (2001), una de las funciones más importantes de la Universidad Nacional Autónoma de México, es la formación de profesionales capacitados y comprometidos en la solución de problemas que aquejan a la sociedad mexicana. En este sentido, las actividades relacionadas con la práctica clínica, me dieron la oportunidad de estar en contacto directo con diferentes situaciones que afectan a los integrantes de distintos grupos de la sociedad mexicana.

Como se señaló en los capítulos precedentes, la atención a pacientes se llevó a cabo en tres escenarios diferentes. Esto me permitió estar en contacto con poblaciones que por un lado comparten ciertas características, en tanto la naturaleza misma del ser humano, pero que al mismo tiempo poseen un toque distintivo, relacionado directamente con el contexto de las mismas.

El total de casos en los que participé como terapeuta fue de 13, de éstos, dos los atendí en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", cuatro en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" y siete en el Centro Comunitario "San Lorenzo". El número de sesiones llevadas a cabo al atender los casos mencionados fue de 105.

En la siguiente gráfica se muestran las principales dificultades reportadas como motivo de consulta en los casos que atendí durante la Residencia.



Como puede observarse, se muestran de manera separada los casos en que el motivo de consulta expresado fue lo referente a las dificultades con la conducta de los hijos y aquellos en que se refirieron dificultades en la relación padres e hijos, esto tiene que ver con lo expresado por los pacientes, aunque, como se sabe, en la práctica se trata de dificultades que están directamente relacionadas; de la misma forma que con las dificultades de pareja y las dificultades familiares, que a la vez se vinculan con el contexto social, por ejemplo, con problemas de tipo económico, separaciones, divorcios, dificultades escolares, entre otros. Problemas que reflejan lo que sucede actualmente en la sociedad mexicana, de tal forma que la atención proporcionada a cada uno de los consultantes incide directamente en la misma.

Por otro lado, el taller de intervención comunitaria, me dio la oportunidad de trabajar directamente con 22 mujeres adolescentes, pertenecientes a una población de alto riesgo, con quienes la intervención realizada fue de tipo preventivo. En este caso, cabe señalar que la institución en la que se encontraba dicha población contaba con una psicóloga, sin embargo, durante el taller detectamos que pese a tener muchas dudas y dificultades personales y familiares, era un servicio al que no recurrían, entre otras cosas porque creían que, si lo hacían, la información que compartieran ahí llegaría hasta los directivos de la institución, lo que no deseaban que sucediera. Así, el trabajo realizado mediante el taller se consiguió responder, al menos en parte, a las necesidades de dicha población.

En tanto que, las investigaciones llevadas a cabo, son trabajos que de fondo tienen el objetivo de aportar elementos que ayuden al profesional de la psicología en su trabajo con la población objetivo, lo que en última instancia se espera beneficie a quienes requieren de atención en el área investigada.

Considerando uno de los principios básicos del enfoque sistémico, más allá del impacto que cada una de las actividades antes descritas pudo tener en las personas atendidas, se puede hablar de un efecto indirecto en los diversos sistemas a los que cada una de ellas pertenece, de tal forma que, se espera que la incidencia del trabajo realizado vaya mucho más allá del número de personas atendidas de manera directa.

3. REFLEXIÓN Y ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

Hace poco más de dos años, regresé a la Universidad con grandes expectativas acerca de la Residencia en Terapia Familiar. El hecho de haber ingresado, representaba un gran logro en sí mismo, sin embargo, también lo veía como el inicio de un nuevo reto, que no estaba exento de cierto temor, y es que la idea de pasar tantas horas en la escuela (después de no hacerlo por varios años), de la práctica clínica supervisada y todo lo que ello implicaba, no era para menos.

Conforme transcurrieron las primeras semanas, me di cuenta que las cosas eran más complicadas de lo que había imaginado, principalmente porque ante las altas exigencias

de las actividades que conforman el Programa, comencé a dejar de lado varios aspectos importantes de mi vida, como mi familia, mis amigos y el tiempo de esparcimiento. Esto implicó para mí un desgaste físico y emocional importante, pues sentía que por más que me esforzaba nunca era suficiente, lo que me generaba una especie de desesperanza. Es claro que esto no podía durar mucho, así que después de un par de meses, llegó un momento de crisis, en el que varios de los integrantes del grupo compartimos lo que nos estaba sucediendo y tuvimos oportunidad de escuchar la experiencia de otros, algunas muy similares, pero increíblemente algunas muy distintas, pues había personas que seguían con sus actividades habituales y si bien reconocían que también se sentían presionados por la carga de trabajo, lo manejaban de una manera muy distinta, por no decir más adecuada.

Se dice que en oriente la palabra crisis tiene dos acepciones básicas: problema y oportunidad. Afortunadamente, en mi caso (y me atrevo a decir que en el de varios de mis compañeros), esta crisis resultó ser una oportunidad para analizar diversas cuestiones que estaban influyendo en que mi experiencia en la maestría fuese tan desgastante, pero sobre todo fue la ocasión para hacer ajustes al respecto, mismos que definitivamente le dieron un giro importante al resto de mi estancia en la misma.

Que giro más drástico que el ver la maestría como *un* aspecto más de mi vida, el cual pude disfrutar y aprovechar en muchos sentidos, desde lo meramente académico hasta aspectos personales, de los que hablaré más en el siguiente apartado, aunque evidentemente entrelazados.

Si bien el encontrar un equilibrio entre las actividades de la maestría y el resto de mis actividades me ayudó a enfrentar los retos de la misma de una mejor manera, debo decir que hubo muchos otros retos a superar, sin embargo, uno que para mi cobró especial importancia fue lo referente a trabajar en equipo, ya que durante el primer semestre, en la mayoría de las materias fue necesario hacerlo, sobre todo para revisar material de lectura y/o investigar temas que posteriormente debíamos presentar frente al grupo. En este sentido, algo que me resultaba sumamente complicado era que en cada materia los integrantes de los equipos eran distintos, por lo que conciliar tiempos para reunirnos era muy difícil, pero no menos que lo referente a nuestras formas de trabajo. Situación que lógicamente ocasionó diversos conflictos que en ocasiones se resolvieron fácilmente, pero otras terminaron en verdaderos altercados.

Ante tal panorama, tuve que tomar decisiones que implicaron poner límites claros y aprender a decir no, pensando en mi propio bienestar. Por supuesto, no siempre tomé las mejores decisiones, ni obtuve los resultados deseados, pero en su momento creía que era lo único debía o podía hacer. Así que una lección más fue recordar que no puedo controlar todo, que estoy muy alejada de ser perfecta y que mi punto de vista es sólo tan válido o correcto como el de los demás, por lo que no puedo esperar ni pedir que los demás se comporten como yo quisiera, sino más bien aprovechar las diferencias y si hay algo respecto a los demás que considero que puede afectar mis intereses lo único que puedo

hacer es asumir mi responsabilidad y dejar que los otros asuman la suya, en lugar de tratar de resolver todo (como era mi costumbre) y a mi manera.

Mi cuestionamiento sobre el por qué nos hacían trabajar tanto en equipo, obtuvo respuesta en el segundo semestre, cuando comenzamos a atender pacientes en coterapia, ya que por un lado, el conocer la forma de ser y de trabajar de mis compañeros así como el haber tenido que resolver diversas diferencias con ellos, sentó las bases para sentirme más cómoda haciendo equipo con ellos ya sea como coterapeutas a cargo del caso o como equipo terapéutico junto con los supervisores detrás del espejo, así como tratar y resolver las situaciones que así lo requiriesen con mayor fluidez.

Otro elemento importante de la Residencia fue el seminario de integración, al cual inicialmente no le encontraba mucho sentido, ya que no me quedaba claro si se trataba de una materia más o si era una especie de grupo terapéutico. Sin embargo, más allá de mi conceptualización de dicho espacio, me dio oportunidad de conocer aspectos personales de cada uno de mis compañeros y de mi misma. Escuchar la historia personal-familiar de cada uno me permitió ver que pese a tener historias tan distintas, siempre había aspectos en común, aunque experimentados por cada uno de forma diferente. Ahí tuve ocasión de escuchar relatos divertidos, enternecedores, tristes, confusos, etc., pero que siempre dejaron una huella en mí.

En ese mismo espacio compartí mi propia historia o al menos una edición de la misma, ya que lo que expresé fue una selección de eventos que quizás en otro momento y en otro lugar no parecían tener mayor relevancia, así como otros que antes dominaban mi historia y que en ese momento ya no lo hacían. De tal forma que, además de mostrar a mis compañeros parte de lo que para mí es importante, también fue una especie de auto observación.

Al margen de lo anterior, en términos generales considero que las expectativas que tenía al iniciar la maestría, respecto a adquirir herramientas prácticas que me permitieran desempeñarme mejor como terapeuta, fueron cubiertas.

Sin embargo, debo agregar que dichas expectativas fueron cambiando conforme transcurría el tiempo, quizás porque, por un lado iba adquiriendo conocimientos y experiencia en el manejo de diversas técnicas pero, por otro, me fui dando cuenta de que las cosas que no sabía eran más de las que creía. En este punto, uno de los tópicos que me habría gustado que revisáramos es el de la terapia de pareja, ya que si bien los motivos de consulta expresados por los consultantes son diversos, en muchos de ellos de fondo hay una situación de pareja que requiere atención, ya sea de forma directa, como en los casos de infidelidad (que fueron muy frecuentes) o indirecta, por ejemplo, cuando los pacientes refieren problemas con la conducta de sus hijos y después de indagar se encuentra que esto se relaciona con sus dificultad para ponerse de acuerdo respecto a la disciplina de los mismos, quizás por cuestiones del manejo del poder en la relación (sólo por mencionar un ejemplo). Por lo anterior, si bien tengo claro que la Residencia en la que me inscribí fue

terapia familiar y que existen cursos específicos de terapia de pareja, considero que sería muy útil incluir algún seminario o curso breve al respecto, de la misma forma que se hizo con los temas de género y violencia, mediante el seminario de temas selectos.

Otro aspecto que desde mi punto de vista es importante cuidar, es que lo que se revisa sobre un modelo de terapia en la parte teórica vaya en concordancia con la supervisión, ya que en mi caso, durante uno de los semestres me confundió tener dos profesores que me daban clase sobre el mismo modelo, pero que tenían posturas muy distintas. Así, lo que revisábamos en la clase teórica era muy distinto de lo que se nos solicitaba leer y aplicar a los casos en la supervisión del mismo modelo; situación que al concluir el semestre, también me dificultó el análisis de los casos.

Relacionado con lo anterior, considero que sería mejor que en cada asignatura se revisara un solo modelo, pues de otra forma resulta más difícil identificar qué corresponde a qué modelo, en tanto que llegan a manejarse indistintamente, como sucedió en una de las materias referentes a los modelos derivados del posmodernismo. Si bien tengo presente que las premisas fundamentales de dichos modelos son similares, pienso que cuando se está en formación resulta más didáctico que se manejen por separado.

Finalmente quisiera señalar que, según mi perspectiva, es muy importante buscar estrategias adicionales que permitan aprovechar al máximo los recursos con que se cuenta en la maestría, sobre todo en lo que se refiere a los supervisores, pues para mi resultó frustrante contar con buenos supervisores y no tener pacientes, como nos sucedió en el último semestre, por las dificultades que tuvimos para conseguir pacientes en el centro de servicios psicológicos de la Facultad. De tal forma que, pese a que inicialmente se planeaba atender entre dos y cuatro familias por cada supervisión (aproximadamente 11 en total), en realidad terminamos viendo prácticamente la mitad, lo que desde mi punto de vista redujo de manera importante lo que se pudo aprovechar de las mismas, pues si bien hubo más tiempo para analizar/supervisar cada caso, en algunos momentos para mi resultó algo redundante.

En el caso de la supervisión videograbada, como mencioné en otro apartado, lo ahí abordado me resultó muy útil, sin embargo, considero que después de cierto tiempo lo que se hace y se comenta tiende a volverse repetitivo (al menos así me pareció), particularmente porque muchos de los videos que se analizan son de casos en los que estuvimos presentes como equipo terapéutico. En este sentido, un tema que se abordó sucintamente en este espacio, fue el del trabajo en coterapia, que es un tópico que no habíamos revisado de manera teórica en otra clase, pese a que una proporción importante de los casos se atienden bajo esa modalidad, lo que ocasiona que dicho trabajo se lleve a cabo de manera empírica. Así, desde mi punto de vista, este sería un tema que podría aportar beneficios importantes si se le otorgase mayor atención, por ejemplo, dedicando algún espacio a la revisión de aspectos teóricos sobre el trabajo en coterapia así como sugerencias prácticas al respecto.

4. IMPLICACIONES EN LA PERSONA DEL TERAPEUTA

Resulta difícil realizar una descripción de las implicaciones que esta experiencia ha tenido en mi vida, sin dejar fuera muchas de ellas. No obstante, de forma breve, haré mención de aquellas que resultaron más significativas para mí y que en última instancia tengo más presentes.

Quizás uno de los aspectos donde noto una diferencia radical, tras mi experiencia en la maestría, es en lo referente a mi postura sobre la responsabilidad del terapeuta frente a los pacientes, ya que anteriormente, una de mis mayores preocupaciones y/o fantasías era que si hacía algo mal podía arruinar la vida de la gente y que si hacía las cosas bien, entonces prácticamente estaría salvándolas. En este sentido, si bien no dejo de tener presente que efectivamente el terapeuta ha de buscar siempre el beneficio del paciente, con una conducta profesional y ética, ahora también tengo en mente que es cierto que a final de cuentas es justamente el paciente quien decide qué toma o no de lo que el terapeuta le dice, le sugiere o incluso le manda; pero sobre todo que cuenta con recursos propios de los que puede echar mano, por lo que entre los objetivos del proceso terapéutico estarían: propiciar que el paciente asuma la responsabilidad de su vida, evidenciar los recursos que posee y fomentar que siga adelante de manera independiente.

Vinculado con lo anterior, el estar en contacto con información de los diversos modelos de terapia, las múltiples problemáticas que presentan los pacientes, las líneas de investigación de mis compañeros y de otros profesionales del área, me hace aún más patente que es muy importante continuar preparándose y mantenerse actualizado, así como el valor de la supervisión. Sobre esto último, puedo agregar que una vez fuera de la Residencia, no me ha sido posible estar en un grupo de supervisión formal, no obstante, he tratado de continuar con esta modalidad de trabajo, ya sea comentando con algún colega aquellos casos que me resultan más difíciles de manejar o mediante una especie de meta observación y análisis de mi propio trabajo, particularmente en mi rol de terapeuta, pero también tratando de incorporar otras voces (incluida la del propio paciente) al proceso terapéutico.

Por otra parte, el hecho de haber compartido esta experiencia con un grupo de ocho personas sumamente distintas, con quienes tuve la oportunidad de convivir, estudiar, trabajar y muchas cosas más. Qué mayor implicación que esta, y es que pasar juntos entre seis y ocho horas diarias (o más), cinco o seis días a la semana, durante dos años, nos permitió vivir de cerca (al menos en parte) lo que puede implicar la formación de una nueva familia, con las dificultades cotidianas del día a día y el reto de resolverlas, pues difícilmente podían evitarse, en tanto que al día siguiente estaríamos nuevamente juntos.

No puedo decir que haya sido fácil, pero sí sumamente enriquecedor, principalmente porque me dio la oportunidad de aprender cosas nuevas, que si bien incluyeron las estrictamente académicas, no se comparan con el aprendizaje derivado de estar en

contacto con lo que caracteriza a cada uno de mis compañeros. Algunos de ellos con quienes en mayor o menor medida me identifiqué y otros con quienes pese a considerar que no tenía nada en común, después de un tiempo me enseñaron muchas cosas e incluso me ayudaron a adoptar ciertos aspectos que enriquecieron y facilitaron mi estancia en la maestría, por ejemplo, con su toque juguetón, optimista y en ciertos momentos hasta despreocupado.

El rol de los supervisores jugó un papel clave en mi formación como terapeuta y tuvo diversas implicaciones para mí, desde los primeros momentos en que predominaba el temor de ser observada, hasta el punto de sentirme totalmente apoyada por éstos, logrando beneficiarme de sus conocimientos y experiencia, pero también de sus cuestionamientos sobre mi desempeño.

El contacto con compañeros, maestros y supervisores tan distintos, desafió mi capacidad de adaptación, obligándome a ser más flexible en muchos aspectos, desde lo académico, pasando por el ejercicio de la psicoterapia (al tener que trabajar en coterapia), hasta las relaciones interpersonales en general. Sé que no he terminado, pero definitivamente sí he andado algunos pasos en ese camino.

Las experiencias vividas durante y en la Residencia me han hecho una persona diferente. No me refiero a un antes y un después de cursar cierto número de asignaturas en la maestría, sino a las implicaciones de formar parte de sistemas tan diversos, sólo por mencionar algunos, como: México (con todos sus problemas y recursos), la Universidad (que en su nombre lo dice todo), la Residencia en Terapia Familiar (donde paradójicamente aprendí más de lo que esperaba y menos de lo que esperaba), la octava generación (con su sello distintivo), mis amigos (que enriquecen mi vida) y por supuesto mi familia (que todos los días me recuerda algunos de los desafíos que enfrentan las familias). Quisiera terminar esta reflexión con una frase que refleja en gran medida uno de los principios fundamentales de la perspectiva sistémica y que quizás ilustre lo que quiero decir: *“el todo es más que la suma de las partes”*.

REFERENCIAS

- Alvárez- Gayou, J. (1996). *Sexualidad en la pareja*. México: Manual Moderno.
- Anaya, C. y Bermúdez (2002). *Prevención de problemas en la pareja: Programa breve de entrenamiento en habilidades de comunicación, solución de conflictos y reforzamiento recíproco*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Andersen, T. (1996). Reflexiones sobre la reflexión con familias. En Sh, Mc Namee y K. Gergen (comps.). *La terapia como construcción social* (pp.77-91). Barcelona: Paidós.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu:
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1995). El cliente es el experto: un enfoque de la terapia de no saber. *Sistemas Familiares*, Diciembre, 1995, pp. 9-21.
- Arquidiócesis de Toledo (2000). *Proyecto pastoral para novios. Casarse en el Señor. Materiales pedagógicos para la elaboración de cursos de preparación al matrimonio*. España: Autor.
- Balbas, A. (2001). *Expectativas matrimoniales y de roles de género en jóvenes universitarios*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: Universidad Anáhuac.
- Barrientos, B. (1990). *Taller prematrimonial de parejas*. Tesis de Licenciatura en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Beck, A. (1990). *Con el amor no basta*. México: Paidós.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp. 197-223). México: Pax.
- Bertalanffy, L. (1976). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Biever, J. et al. (2005). Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En G. Limón (comp.) *Terapias postmodernas, aportaciones construccionistas* (pp.1-23). México: Pax.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2000). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Boscolo, L., Cecchin, G., Bertrando, P. y Bianciardi, M. (2003). Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin en entrevista con Paolo Bertrando y Marco Bianciardi. *Postfacio de Clínica Sistémica*. Milán, Italia: Bollati Boringheri.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bravo, M. (2001). *Las expectativas sobre la relación de pareja como un factor que incide en la violencia conyugal*. Tesis de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala, UNAM.
- Bruner, J. (1991). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Bueno, B. (1985). *Relaciones de pareja. Principales modelos técnicos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998). *La construcción del universo*. España: Herder
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1992). *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. Barcelona: Paidós.
- Cinabal, L. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. España: Club Universitario.
- CONAPO (2005). *Comunicado de prensa 04/05*. Recuperado el 19 de octubre de 2010, de <http://www.conapo.gob.mx/prensa/2005/042005.pdf>
- CONAPO (2007). *Comunicado de prensa 15/07*. Jueves 10 de mayo de 2007. Recuperado el 8 de septiembre 2010, de www.conapo.gob.mx/prensa/informes
- CONAPO (2009). *Con 54.7 millones, las mujeres son mayoría en México: Conapo*. Recuperado el 19 de octubre de 2010, de http://www.cronica.com.mx/especial.php?id_tema=1244&id_nota=419136
- CONAPO (2010). *Comunicado de prensa*. Recuperado el 8 de septiembre 2010, de www.conapo.gob.mx/prensa/informes/003.pdf
- Conde, M. (1991). *Expectativas matrimoniales y satisfacción conyugal: correlación entre cumplimiento de expectativas y satisfacción conyugal*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Cuenca, A. (2006). *Los 10 puntos clave de la Ley de Convivencia*. Recuperado el 30 de noviembre de 2011, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/386811.html>
- De Shazer, S. (1985). *Claves para la solución en terapia breve*. Buenos Aires: Paidós.

- Deras, E. (2000). *Psicoterapia sistémica una respuesta a la problemática de la pareja en el noviazgo*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Desatnik, Franklin y Rubli (2002). Visiones, Re-visiones y Super-visión del Proceso de supervisión. *Psicoterapia y Familia*, 15:1, 47-56
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar: su uso hoy en día* (pp.49-79). México: Pax.
- Diez, M. (1991). *Vida en pareja y patología sexual*. México: Editores Asociados Mexicanos.
- Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar en México. En L. Eguiluz (comp.) *Terapia familiar: su uso hoy en día*. México: Pax.
- Eguiluz, L. (2007). Historia de la pareja humana. En: L. Eguiluz (comp.) *Entendiendo a la pareja* (pp. 1-18). México: Pax.
- Elkaïm, M. (1996). Constructivismo, construccionismo social y narraciones ¿En los límites de la sistémica? *Perspectivas sistémicas*. 9 (2), 4-11.
- Espinosa, M. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: L. Eguiluz (comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 115-136). México: Pax.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder.
- Fishman, Ch. (1994). *Terapia estructural intensiva: tratamiento de familias en su contexto social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fowers, B. y Olson, D. (1986). Predicting marital success with PREPARE: A predictive validity study. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol.12, No.4, 403-413
- Galicia, I. (2004). Terapia estratégica. En: L. Eguiluz (comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp.81-113). México: Pax.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2004). *La terapia como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias*. Recuperado el 21 de noviembre de 2008, de <http://www.swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web/page.phtml?id=manu18>
- Goolishian, H. y Anderson, H. (1992). Strategy and intervention versus nointervention: a matter of theory? *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol. 18. No. 1, 5-15
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1994). ¿Por qué no hacemos terapia prolongada? En: J. Zeig y S. Gilligan (comps.). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 27-43). Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. y Richeport, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Sh, Mc Namee y K. Gergen (comps.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- INEGI (1998). *Las familias mexicanas*. México: El autor
- INEGI (2003). *Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres*. México: INEGI
- INEGI (2007). *Sociodemografía y Género*. Recuperado el 31 de julio del 2009, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=124>
- INEGI (2010). *Indicadores de demografía y población*. Recuperado el 21 de octubre de 2010, de <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>.
- INMUJERES (sin fecha). *Tipos y modalidades de violencia contra las mujeres en el D.F. y servicios de atención que brinda el gobierno del D.F.* México: El autor
- Keeney, B. (1985). *Estética del cambio*. España: Paidós.
- Klemmer, R. (1978). *Hombres y mujeres en el matrimonio*. México: Pax.
- Larsen, A. y Olson, D. (1989). Predicting marital satisfaction using PREPARE: A replication study. *Journal of Marital and Family Therapy*, Vol.15, No.3, 311-322
- Larsen, J. y Holman, T. (1994). Premarital predictors of marital quality and stability. *Family Relations*, 43, 228-237.
- Lazarus, A. y Fay, A. (1994). Psicoterapia breve: ¿tautología u oxímoron? En: J. Zeig y S. Gilligan (comps.). *Terapia breve. Mitos, métodos y metáforas* (pp. 63-79). Buenos Aires: Amorrortu.
- Leal, G. y Hernández, G. (2005). *Expectativas del matrimonio en jóvenes universitarios solteros*. Tesis de Licenciatura en Psicología. México: UNAM, FES Iztacala.
- Limón, G. (2005). *El giro interpretativo en psicoterapia. Terapia, narrativa y construcción social*. México: Pax.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Madanes, C. (2004). Estrategias y metáforas de terapia breve. En: J. Zeig. y S. Gilligan (comps.). *Terapia breve. Mitos métodos y metáforas* (pp.44-62). Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez, T. (2000). *La importancia de las expectativas en las relaciones de pareja*. Tesis de Licenciatura en Psicología. FES Iztacala, UNAM.
- Matthews, A. (1991). *Por qué a pesar de todo me caso contigo*. Barcelona: Gedisa.
- Mc Namee, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós
- Moctezuma y Desatnik (2001). *Programa de residencia en terapia familiar sistémica*. México: UNAM.
- Navarro, (1998). *Propuesta de un taller de orientación para parejas*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.
- Notimex (2009). *Mujeres acaparan divorcio "expres"*. Recuperado el 30 de noviembre de 2011, de <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/93723.html>
- O'Hanlon, W. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Neill, N; O'Neill, G. (1976). *Matrimonio abierto*. México: Grijalbo.
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Olson, D. y Olson, A. (1999). PREPARE/ENRICH Program: Version 2000. En Berger, R. y Hannah, M. *Handbook of Preventative Approaches in Couple Therapy*. 196-216. New York: Brunner/Mazel, Inc. Recuperado el 11 de junio de 2009, de http://www.prepare-enrich.com/about_us.cfm?id=22
- Otero, S. (2010). *Dos millones con discapacidad en México: CNDH*. Recuperado el 19 de octubre de 2010, de <http://www.eluniversal.com.mx/notas/697500.html>
- Papalia, D.; Wendkos Olds, S. y Duskin Feldman, R. (2001). *Desarrollo humano*. México: Mc Graw-Hill.
- Penn, P. (1982). Interrogatorio circular. *Family Process*. Vol.21 No.3
- Pérez, M. y Reyes, G. (2004). *Expectativas sobre el matrimonio en parejas próximas a casarse*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, UNAM.

- Quintanilla, S. (2002). Arturo Rosenblueth y Norbert Wiener: dos científicos en la historiografía de la educación contemporánea. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 7 (15), 303-329.
- Rage, E. (1996). *La pareja, elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdés.
- Rocha, R., Esmeralda, T. y Díaz- Loving, R. (2003). *El impacto de los estereotipos en el desarrollo de roles de género y características de personalidad de los adolescentes*. Recuperado el 18 de junio de 2009, de http://www.accessmylibrary.com/coms2/summary_0286-975004_ITM
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L. Eguiluz (comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 161-195). México: Pax.
- Rojas, E. (1997). *El amor inteligente*. Madrid: Fin del siglo.
- Sager, C. (1980). *Contrato matrimonial y terapia de pareja*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, R. (1995). *El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis de Licenciatura. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Secretaría de Salud (2007). *Programa Nacional de Salud 2007-2012*. México: El autor.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Elaboración de Hipótesis, Circularidad, Neutralidad: Tres directrices para la coordinación de la sesión. *Family Process*. Vol.19 No.1
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, Agosto, 65-69.
- Stahmann, R. (2000). Premarital counselling: a focus for family therapy. *Journal of Family Therapy*, Vol. 22, 1,104.
- Stanley, S. y Markman, H. (1997). *Acting on what we know: the hope of prevention*. Washington: Family Impact Seminar.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, Vol. 14, No. 3, pp. 511-532.

- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos*. Buenos Aires: Paidós.
- Trull, T. y Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos*. México: Thomson
- Von Foerster, H. (1996). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1967). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J.H. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wiener, N. (1981). *Cibernética y sociedad*. México: CONACYT
- Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder.
- Wright, N. (1997). *El manual de asesoramiento premarital*. México: Unilit.
- Wright, N. y Roberts, W. (1997). *Antes de decir "sí"*. Miami: Unilit

ANEXO

ESCALA

“EXPECTATIVAS ACERCA DEL MATRIMONIO”

EXPECTATIVAS ACERCA DEL MATRIMONIO

DATOS GENERALES

Instrucciones: Por favor marque con una X la opción que corresponda y anote los datos que se piden en los espacios en blanco

Sexo: 1. Fem. 2. Masc. **Edad:** ____ años

Nivel máximo de estudios: _____

Religión: _____

Ha vivido en pareja anteriormente: 1. SI 2. NO

Tiene pareja actualmente: 1. SÍ 2. NO

Cuánto tiempo llevan de relación: ____ años ____ meses

INSTRUCCIONES

Por favor marque con una X la casilla que mejor describa su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes frases, en función de lo que usted espera que suceda en su matrimonio.

| | | Totalmente de acuerdo | Moderadamente de acuerdo | Ligeramente de acuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Moderadamente en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|----|---|-----------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1 | Espero tener relaciones sexuales para complacer a mi pareja | | | | | | |
| 2 | Espero que aunque la mujer trabaje se haga cargo de las labores del hogar | | | | | | |
| 3 | Espero que las buenas relaciones sexuales resuelvan los problemas que se presenten en el matrimonio | | | | | | |
| 4 | Espero que mi pareja tenga una relación cercana con su familia | | | | | | |
| 5 | Espero que el esposo sea el único proveedor económico de la familia | | | | | | |
| 6 | Espero que cuando me case sea feliz | | | | | | |
| 7 | Espero que mi pareja se sienta atraída sexualmente solo por mí | | | | | | |
| 8 | Espero satisfacer sexualmente a mi pareja | | | | | | |
| 9 | Espero vivir tan cerca de mi familia como sea posible | | | | | | |
| 10 | Espero que si yo soy fiel, mi pareja también lo sea | | | | | | |
| 11 | Espero que las relaciones sexuales fortalezcan nuestro matrimonio | | | | | | |
| 12 | Espero que el esposo sea quien tome las decisiones | | | | | | |
| 13 | Espero que si hay amor los conflictos desaparezcan | | | | | | |

| | | Totalmente de acuerdo | Moderadamente de acuerdo | Ligeramente de acuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Moderadamente en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|----|--|-----------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 14 | Espero que sea una prioridad tener una vida sexual plena | | | | | | |
| 15 | Espero que la esposa sea quien cuide a los hijos | | | | | | |
| 16 | Espero que mi pareja me sea fiel toda la vida | | | | | | |
| 17 | Espero que mis padres sean lo más importante para mi | | | | | | |
| 18 | Espero que mi pareja cubra todas mis necesidades sexuales | | | | | | |
| 19 | Espero que mi pareja siempre me atraiga físicamente | | | | | | |
| 20 | Espero que nuestro amor resuelva todos los conflictos | | | | | | |
| 21 | Espero que una vida sexual satisfactoria ayude a que la relación se mantenga plena | | | | | | |
| 22 | Espero pasar la navidad con mis padres | | | | | | |
| 23 | Espero que la esposa apoye las decisiones de su marido | | | | | | |
| 24 | Espero que nuestra comunicación mejore cuando nos casemos | | | | | | |
| 25 | Espero aceptar los defectos de mi pareja con el tiempo | | | | | | |
| 26 | Espero que la esposa sea quien prepare la comida | | | | | | |
| 27 | Espero que mi pareja se esfuerce para satisfacer todas mis necesidades | | | | | | |
| 28 | Espero que mi pareja sea quien tome la iniciativa en el plano sexual | | | | | | |
| 29 | Espero seguir atrayendo físicamente a mi pareja | | | | | | |
| 30 | Espero que sea responsabilidad de la esposa mantener la casa limpia | | | | | | |
| 31 | Espero nunca volver a sentirme solo (a) | | | | | | |
| 32 | Espero vivir cerca de la familia de mi pareja | | | | | | |
| 33 | Espero que teniendo a mi pareja a mi lado me sienta completo(a) | | | | | | |

| | | Totalmente de acuerdo | Moderadamente de acuerdo | Ligeramente de acuerdo | Ligeramente en desacuerdo | Moderadamente en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|----|---|-----------------------|--------------------------|------------------------|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|
| 34 | Espero que mi pareja siga siendo igual de atractivo (a) | | | | | | |
| 35 | Espero que el amor que nos tenemos evite la infidelidad | | | | | | |
| 36 | Espero que mi matrimonio sea para toda la vida | | | | | | |
| 37 | Espero que el esposo asuma el liderazgo de la familia | | | | | | |
| 38 | Espero seguir frecuentando a mis padres | | | | | | |
| 39 | Espero pasar el mayor tiempo posible con mi familia de origen (padres y hermanos) | | | | | | |
| 40 | Espero visitar a mis papás cada vez que sea posible | | | | | | |
| 41 | Espero que el matrimonio me proporcione seguridad | | | | | | |
| 42 | Espero que sea trabajo del esposo arreglar los desperfectos de la casa | | | | | | |
| 43 | Espero que las relaciones sexuales sean una forma de expresarle amor a mi pareja | | | | | | |
| 44 | Espero que mi pareja y yo seamos como uno mismo | | | | | | |
| 45 | Espero que mi pareja haga sacrificios para demostrarme su amor | | | | | | |
| 46 | Espero que el esposo proteja a la esposa | | | | | | |
| 47 | Espero que el esposo sea el principal responsable de disciplinar a los hijos | | | | | | |
| 48 | Espero que si mi pareja está contenta con su vida sexual, no necesite tener relaciones fuera del matrimonio | | | | | | |
| 49 | Espero que la esposa sea quien inculque valores a los hijos | | | | | | |
| 50 | Espero mantener relaciones sexuales a diario | | | | | | |

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN