



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

EL PROCESO DEL DUELO EN TERAPIA FAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

LINDA OLIMPIA LÓPEZ ARAGÓN

COMITÉ TUTORIAL:

MTRA. CAROLINA DÍAZ WALLS ROBLEDO

DRA. LUZ MARIA DEL ROSARIO ROCHA JIMÉNEZ

DRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO

DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN

DR. RAYMUNDO MACÍAS AVILÉS

MÉXICO, DF.

JULIO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

**A la Universidad Nacional Autónoma de México.
por darme la oportunidad de realizar mis metas.**

**A todos los pacientes que confiaron en mí.
Gracias por compartirme una parte de su historia.**

**A todo el personal administrativo de la Facultad de Psicología que con su trabajo facilitaron
mi estancia dentro de la Maestría.**

**Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por haberme otorgado la beca para el
sostenimiento de mis estudios.**

**A mis mejores maestros.
Con especial admiración a:
Mtra. Carolina Díaz Walls,
Dra. Luz María del Rosario Rocha Jiménez,
Dra. Silvia Becerril Cervantes,
Dr. Raymundo Macías,
Mtra. Silvia Vite San Pedro,
Mtra. Jaqueline Fortes,
Dra. Noemí Díaz y,
Dra. Sofía Rivera.**

Dedicatorias

**Con especial afecto a mi esposo y compañero de vida José Manuel Bayard Lerma.
Por darme todo el apoyo moral y afectivo para realizar y concluir la Maestría.
Gracias por tu apoyo incondicional.**

**A mis padres.
Abraham López Díaz y Elia Aragón Reyes.
Por su cariño y apoyo a todo lo que he realizado.
Gracias por haberme regalado una historia.**

**A mis hermanos, Eleoná, Fabiola y Judith.
Por el cariño y afecto que nos une.
Por ser parte importante en mi vida.**

**A mis queridas amigas
Linda, Claudia, Patricia y Ruth
Por su amistad incondicional.**

**A la Dra. Silvia Becerril Cervantes.
Maestra, compañera y amiga.
Por compartir tiempo, espacio y sabiduría.**

**A mi tutora y revisora
Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo y
Dra. Luz María del Rosario Rocha Jiménez
Por su orientación y motivación para concluir este trabajo.**

ÍNDICE Contenidos	No. de Página
Índice	4
PRESENTACIÓN	7
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.	8
1.1.1. Características del campo psicosocial	8
1.1.2. La familia mexicana en el siglo XX y XXI	9
1.1.3. Principales problemas que presentan las familias	12
1.1.4. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	17
1.2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	20
1.2.1. Descripción de los escenarios	20
1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios	21
1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los escenarios de trabajo clínico	23
II. MARCO TEÓRICO	26
2.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	26
2.1.1. Teoría General de los Sistemas	26
2.1.2. Pensamiento Lineal vs Pensamiento Circular	27
2.1.3. La cibernética	28
2.1.4. Teoría de la comunicación	31
2.1.5. Constructivismo	33
2.1.6. Construccionismo social	33
2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	35
2.2.1. Modelo Estructural	35
2.2.2. Modelo Estratégico	39

Contenidos	No. de Página
2.2.3. Modelo de terapia breve orientado al problema	42
2.2.4. Modelo de terapia breve centrado en soluciones	46
2.2.5. Modelo de Milán	50
2.2.6. Modelo Narrativo	58
2.2.7. Modelo Colaborativo	61
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	64
3.1. Habilidades clínicas Terapéuticas.	64
3.1.1. Integración del trabajo clínico por familia atendida	64
3.1.1.1. Familia 1	64
Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica	72
3.1.1.2. Familia 2	75
Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica	84
3.1.1.3. El proceso del duelo en la terapia familiar	86
3.1.2. Análisis del sistema terapéutico total	92
3.2. Habilidades de investigación	94
3.2.1. Reporte de la investigación con metodología cuantitativa	94
3.2.2. Reporte de la investigación con metodología cualitativa	104
3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento. Atención y Prevención comunitaria	117
3.3.1. Productos tecnológicos elaborados	117
3.3.2. Programa de intervención comunitaria	118
3.3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos	124
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional	126
IV. CONSIDERACIONES FINALES	129
4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	129
4.1.1. Incidencia en el campo psicosocial	132

Contenidos	No. de Página
4.2. Reflexión y análisis de la experiencia	132
4.2.1. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo	134
Bibliografía	136
Anexos	142

PRESENTACIÓN

La tesis titulada **El proceso de duelo en la terapia familiar** ha sido escrita para exponer las habilidades clínicas terapéuticas, de investigación, enseñanza, difusiones del conocimiento y de ética profesional desarrolladas durante la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México y presentarla para la obtención del grado.

En el capítulo primero se mencionan las características del campo psicosocial. El análisis de la familia actual, se inicia a través de un breve recorrido histórico a nivel global de los principales cambios de las familias en el siglo XX; se describen tres momentos históricos que dan apertura al debate del patriarcado hegemónico dominante que transforma a la familia y su organización. Se hace una descripción evolutiva de la familia mexicana en el siglo XX y XXI y se analizan sus principales problemas. Además, se describen los escenarios en donde se desarrollaron las prácticas clínicas.

El segundo capítulo está referido a los fundamentos teóricos de la terapia familiar. Se expone la Teoría General de los Sistemas, sus antecedentes y una breve semblanza de Gregory Bateson como productor de investigaciones que contribuyeron a formar parte del marco teórico en el que se fundamenta la terapia familiar. Se describe la evolución del constructivismo y su influencia en el construccionismo social analizando cómo en la era de la modernidad la ciencia, la moralidad y el arte se validaban por la verdad, el deber y la belleza unida al ideal de progreso. También se exponen cada uno de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna refiriendo los antecedentes, la descripción general, los principios, las técnicas y sus alcances y limitaciones.

En el capítulo tercero titulado: Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales, se presentan los casos clínicos trabajados y las investigaciones realizadas a lo largo de la Maestría. En el apartado de habilidades clínicas terapéuticas se exponen dos casos clínicos, uno atendido en la Clínica Guillermo Dávila y el otro en el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N Navarro; en ambos casos el tema central es el duelo. En este mismo capítulo se especifica una “Escala de Atmósfera Emocional” como parte del reporte de la investigación con metodología cuantitativa y “Acoso entre estudiantes en una escuela secundaria pública” realizado con metodología cualitativa. En el apartado de Enseñanza y difusión del conocimiento se reportan dos productos tecnológicos y un programa de intervención comunitaria; en éste último se presenta el taller titulado: “Los hijos no se divorcian”. En la parte final de este capítulo se describen las habilidades de compromiso y ética profesional.

Las habilidades y competencias desarrolladas durante la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, se presentan en el capítulo cuarto y se agrupan en habilidades teóricos conceptuales, clínicas que implican la detención, evaluación sistémica y el tratamiento a familias. También se presentan las habilidades de investigación, de enseñanza, para la prevención y el compromiso ético y social.

I. Introducción

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

1.1.1. Características del campo psicosocial.

La familia es la institución humana más antigua. Como institución se forma de una estructura donde prevalecen las normas y se mantienen roles que varían de acuerdo a la historia, cultura, religión, y costumbres de cada lugar. Therborn (2004) menciona cinco sistemas familiares a nivel global y tres procesos de cambio en la familia en el siglo XX que refiero a fin de situar a la familia actual.

La selección que hace Therborn (2004) de los sistemas familiares del mundo la realiza a través de dos ejes, el de las grandes religiones y el de las variaciones regionales de acuerdo a las estructuras de poder y del ordenamiento sexual de la familia. Las características que se presentan a continuación son las más relevantes de inicio del siglo XX.

La familia cristiana europea se distingue por la monogamia y la elección de compañero marital y una ausencia de cualquier obligación moral hacia la familia de origen. *La familia islámica de Asia Occidental y África del Norte* influenciado por la religión islámica dicta una superioridad masculina donde se permite a éste una poligamia delimitada y donde las mujeres prácticamente no tienen derechos; la sexualidad es regulada por el orden marital. *La familia del Asia del Sur* se caracteriza por la influencia histórica del confucianismo donde la relación padre-hijo es una virtud cardinal; el matrimonio es un contrato entre familias y puede disolverse, la bigamia es considerada ilegal pero la concubina ocupa una posición formal dentro de la familia; en estos sistemas se enfatiza las relaciones intergeneracionales y predomina una visión instrumental de la sexualidad masculina. *La familia subsahariana* con sus variantes históricos se caracteriza por el respeto a los ancianos y una valoración importante a la fecundidad y a los ritos de pasaje; el papel de la mujer se enfoca a las actividades agrícolas y a la crianza de los hijos; la supremacía masculina forma parte de una regla enquistada en la práctica general, con dos variantes geográficas: la de la costa occidental con una autonomía socioeconómica para la mujer y la del sureste estrictamente patriarcal, vinculada al centro oeste musulmán. *La familia del sudeste asiático* se caracteriza por ser pluralista en lo religioso, con flexibilidad a la normatividad del matrimonio y una amplia gama de posibilidades matrimoniales.

Por último, *el modelo familiar criollo*, surge de la historia socioeconómica americana, donde se utilizaba como mano de obra a esclavos negros o siervos indígenas. Las sociedades criollas dieron origen a familias duales y a veces triangulares (blancos, no blancos y mestizos) que junto con el patriarcado han generado un sistema familiar machista; en el caribe las uniones sexuales informales se desarrollan como un estilo de vida predominante. Los sistemas afriocriollos se han establecido desde el sur de Estados Unidos hasta el noreste de Brasil, y los sistemas indiocriollos en México pasando por todo Centroamérica y Sur América. Las formaciones familiares afrocriollas e indiocriollas se caracterizan por una rigidificación del patriarcado tradicional europeo, con una dominación masculina y obediencia de la mujer y con una constitución de parejas informales que

implican nacimientos extramatrimoniales. Las familias están situadas en clases sociales, donde los miembros actúan por consecuencia en forma diferente; la línea divisoria principal se establece entre las clases bajas marginalizadas, la familia trabajadora y la familia “respetable” o el campesinado establecido; los ideales de poligamia o de familia numerosa son anhelados en las clases pobres. Las normas sexuales varían, siendo el estrato superior y las clases bajas más indulgentes que las clases intermedias.

Para Therborn (2004) hay tres momentos que debilitan el patriarcado y con ello los primeros cambios en las relaciones de poder en la familia que tuvieron una concatenación internacional, social y política.

1.- La primera brecha: Abarca las décadas de 1910 a 1920. Suecia es el primer país que aplica una nueva ley de matrimonio y un programa de reforma de legislación familiar en 1915. En los años veinte, hay cambios legales significativos en el Reino Unido y los Estados Unidos, sin llegar a la ruptura de la dominación masculina en los roles de esposos y padres. En México, la revolución Mexicana no logró la igualdad de hombres y mujeres.

2.- El momento constitucional: Posterior a la segunda guerra mundial, un hecho que debilita al patriarcado se constituyó en Asia Oriental en donde las tradiciones patriarcales confucionistas y las normas feudales *samurai* fueron atacadas; en esta región se establecen la igualdad entre hombres y mujeres en un nuevo Código Civil igualitario. En 1950 los comunistas chinos proclaman una nueva ley de matrimonio, ésta fue la primera transformación institucional importante en la era de la China comunista; la nueva legislación familiar hizo hincapié en la igualdad de hombres y mujeres, la libre elección del matrimonio y el derecho de las mujeres a trabajar fuera del hogar. La transformación de la familia no llegaba a todos los países, pero surgía una preparación mundial con la Declaración de los derechos del hombre por la Organización de las Naciones Unidas. Cabe señalar que en este período los matrimonios impuestos dominaban toda Asia y África y en muchos estados de Estados Unidos se prohibía los matrimonios interraciales.

3.- La década de los sesenta. Abarca el final de esta la década alcanzando un clímax internacional en 1975 con la declaración del Año Internacional de la mujer por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que dio origen a un cúmulo de informes sobre la situación de las mujeres en el mundo. En diferentes países se establecen organismos oficiales dedicados a las relaciones de género y se proponen nuevas iniciativas legales; se estimuló la preocupación por las desigualdades de género y se impulsaron movimientos feministas en diversos países (Therborn, 2004).

1.1.2. La familia mexicana en el siglo XX y XXI

México se ubica al norte del continente americano, ocupa el décimo cuarto lugar entre los países del mundo con mayor territorio, siendo éste de 1, 964,375 Km². Por el monto de población, México ocupa el lugar 11 en el mundo y el tercero de América, se ubica debajo de Estados Unidos y Brasil. Las estimaciones más recientes indican que la población mexicana es de 112 336 538 millones, 51.2% son mujeres y 48.8% son hombres (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2011).

En el año 2010, ocho entidades son las que concentran el mayor número de habitantes y son el Estado de México con 15.76 millones de habitantes, seguido por el Distrito Federal con 8.851 millones; le siguen Veracruz, Jalisco, Puebla, Guanajuato, Chiapas y Nuevo León (INEGI, 2011).

En las décadas de los 40 a los 70's el modelo económico mexicano tenía como base la industrialización, la tasa de crecimiento económico eran de las más altas de América Latina; era una época de "bonanza y prosperidad". Las estructuras familiares se caracterizaban por una hegemonía nuclear con el esquema de un jefe proveedor, con muchos hijos y con escasa participación femenina en el área laboral debido a la carga doméstica, los magros recursos para competir en el ámbito laboral y las pocas oportunidades de ingresar al sector industrializado masculinizado (Ariza y de Oliveira, 2004).

Después de 1982, el país entró en un periodo de crisis que significó inestabilidad e incertidumbre generando una fuerte movilidad social en el trabajo, las secuelas fueron la proliferación de trabajo en tiempo parcial, el sub empleo, el desempleo y la inseguridad laboral. Paralelo a la crisis económica y a la reestructuración productiva, la familia disminuye su tamaño promedio influenciado por las políticas de control de la natalidad. Empieza a predominar la familia nuclear, se incrementa la participación económica de las mujeres tanto por la elevación de la escolaridad, el descenso de la fecundidad y el efecto de la contracción económica; en este periodo disminuye la migración interna y aumenta la migración externa.

En la década de los 90s las expectativas de ser mujer y de ser hombre cambian a la par de la creciente urbanización y de la exposición de otras culturas a través de los medios de comunicación, de la entrada de las mujeres al nivel medio superior y del control de la natalidad. La separación entre la sexualidad y la reproducción hace que las mujeres jóvenes redefinan un proyecto más personal y autónomo y los hombres busquen una paternidad más activa y cercana con sus hijos. Cabe señalar que los cambios macro estructurales ejercen influencia en la formación y disolución familiar, así como el incremento de la esperanza de vida y la prolongación del tiempo que se vive en pareja aumentando la probabilidad de ocurrencia de separaciones, divorcios y segundas uniones conyugales encaminadas a dejar familias reconstituidas, uniparentales y con jefatura femenina (Ariza y de Oliveira, 2004).

Los datos que proporciona el INEGI en 2009 de la situación de las familias en México, destacan que el 97% de la población forma parte de un hogar familiar y el 3% permanece sola o comparte con otras personas sin que haya una relación de parentesco. Los hogares nucleares compuestos usualmente por el jefe de familia, el cónyuge y los hijos o un jefe de familia con sus hijos, representan el 65.8% de la población; las familias extensas que están integradas por una familia nuclear al que se han integrado otros parientes y no parientes concentran el 34.2% de la población (INEGI, 2009).

El inicio del siglo XXI se caracteriza por una serie de transformaciones en el aspecto económico, sociodemográfico y cultural que trastocó la estructura y organización al interior de las familias. Ariza y de Oliveira (2001) mencionan que la economía mundial sufrió mutaciones radicales: la producción del mercado interno se transformó para dar apertura al

comercio transnacional, este cambio trastocó los referentes básicos de la vida de las personas reflejándose en los movimientos migratorios a nivel internacional. México llega al año 2000 arrastrando una crisis económica; en el ámbito laboral predomina el subempleo, desempleo, pérdida de seguridad en el trabajo y la precarización del mercado laboral. A nivel familiar hay una caída del gasto familiar, se adquiere la necesidad de que más miembros de la familia participen en una actividad productiva e ingresan mujeres y niños al mercado laboral. Se da una transformación socio demográfica por la disminución de la fecundidad en las mujeres, por la diferenciación entre sexualidad y reproducción y por la disminución de las tasas de mortalidad. La transformación cultural iniciada en las últimas décadas del siglo XX continúa, se siguen modificando los roles de género creando una nueva imagen del ser mujer que no está centralizada en la maternidad, con una fuerte tendencia al individualismo y a un protagonismo creciente en el área laboral; al mismo tiempo se empieza a resignificar las nociones de masculinidad y paternidad.

Según Ariza y de Oliveira (2001) las huellas de las transformaciones antes mencionadas se reflejan en las familias en los siguientes puntos:

1. **Estructura:** Continúa la preponderancia de la familia nuclear, seguidas por las familias extensas y después las compuestas; aumentaron ligeramente los hogares unipersonales y están en expansión las familias dirigidas por mujeres, entre ellas se encuentran las madres solteras, separadas, divorciadas y viudas.
2. **Formación y disolución familiar.** Hay un retraso en la edad al casarse, disminución de los matrimonios e incremento en la unión libre; aumento en la fecundidad adolescente y un incremento considerable en los índices de divorcio. Al respecto, los procesos de divorcio concluidos en 2008 ascendieron a 81 851, mientras que en el 2007 fueron de 72 mil 255. En 2008 por cada 100 enlaces registrados hubieron 13.9 divorcios (INEGI, 2009).
3. **En la organización doméstica.** El aumento de la vulnerabilidad y la pobreza modifica el modelo tradicional y se incrementa la incorporación de las mujeres al mercado laboral, sin embargo, el trabajo reproductivo al interior de las familias la siguen realizando las mujeres, en este sentido el apoyo masculino es esporádico. Lo que se ha incrementado es la participación de los hombres en el cuidado de los hijos (Ariza y de Oliveira, 2001).
4. **Modificación en la convivencia familiar.** Las mujeres con mayor educación y con mejores condiciones de empleo procuran relaciones de género más igualitarias; en los sectores populares las mujeres consiguen aumentar sus ingresos y muchas de las veces sus parejas sienten amenazada su autoridad y masculinidad lo que genera mayor opresión y violencia. Otro fenómeno que altera la convivencia familiar es la migración, estrategia mayormente socorrida por sectores rurales o en pobreza. Según Ariza y de Oliveira (2001) los rasgos de mayor continuidad son los arreglos mediadores, los matrimonios, la baja participación masculina en los trabajos reproductivos y la mayor subordinación de las mujeres con bajos recursos económicos. Se encuentran en expansión: el aumento de la jefatura femenina, el incremento de las separaciones o divorcio, la pérdida del modelo tradicional

familiar del hombre proveedor y la flexibilización de los modelos de autoridad. Los datos del incremento de la jefatura femenina se observan sobre todo en las familias extensas la cual asciende al 35.6% mientras que en los hogares nucleares es de 17.9% (INEGI, 2009).

Los cambios demográficos, económicos y sociales, propiciados a nivel global y nacional forman parte de lo que Andolfi (1977) denomina los cambios intersistémicos. La familia es un sistema en constante transformación y se adapta a las diferentes exigencias sociales que se plantean en un determinado tiempo. El mismo autor menciona que cada familia tiene un sistema de autogobierno que va sufriendo transformaciones por los cambios originados del exterior que incluyen los cambios de residencia, modificaciones en el ambiente, condiciones de trabajo, etc. Los cambios intrasistémicos tienen que ver con el nacimiento de los hijos, su crecimiento hasta la independencia y los retos del ciclo de vida.

De las transformaciones familiares a nivel mundial que han sido causa de grandes polémicas, son las que protagonizaron las uniones de las personas del mismo sexo. Las décadas finales del siglo XX y los inicios del XXI fueron la plataforma de las luchas por los derechos de hombres y mujeres homosexuales que se han expresado en todos los países del mundo. Los primeros países europeos que legalizaron las uniones de las parejas del mismo sexo fueron Suecia y los Países Bajos; en la legislación de algunos países de la comunidad europea se excluyen la adopción o el uso de técnicas de inseminación artificial y en otras se aprueban. En los Estados Unidos la lucha por los derechos de esta minoría, se inicia en 1973 con la eliminación de la homosexualidad de la lista de las enfermedades mentales por la Asociación Psiquiátrica Estadounidense, este avance permitió nuevos derechos como el matrimonio homosexual o las uniones civiles en algunos estados de este país. En México, en el año 2000 se abre el debate para que las parejas del mismo sexo se unan legalmente, lo cual se obtiene hasta el 16 de Noviembre del 2006 cuando la Asamblea Legislativa del Distrito Federal aprueba la Ley de Sociedades de Convivencia que permite el reconocimiento legal de las uniones civiles de las parejas homosexuales

1.1.3. Principales problemas que presentan las familias mexicanas

A 12 años del siglo XXI los problemas económicos del país siguen siendo una constante y sus efectos en la población una realidad. Para 2010 se reportaron 52 millones de pobres lo que representa el 46.3% del todo el territorio nacional. Los estados de mayor porcentaje de la población en situación de pobreza se encuentran en algunos municipios de Oaxaca, Chiapas y Veracruz. De los 15 municipios con mayor porcentaje de la población en pobreza extrema destacan 2 del Estado de Guerrero, 7 del Estado de Oaxaca, 4 de Chiapas y 2 del Estado de Veracruz (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL], 2011).

Cabe señalar que la pobreza trae consigo la carencia de recursos, medios y oportunidades para la satisfacción de las necesidades mínimas tanto de tipo material como cultural; sin contar con los medios para alimentación, vestido, educación y servicios de salud no se puede tener acceso a fuentes de trabajo devaluándose así, la vida afectiva y espiritual de las familias. Según León (2007) en 2006, 44.7 millones de personas (el 42.6% del total de la población) viven en condiciones de pobreza patrimonial; cuyo ingreso es de 1625 pesos

mensuales, monto que es considerado como mínimo para cubrir el patrón de consumo básico de alimentación, vestido, calzado, vivienda, salud, transporte y educación.

En términos de empleo y desempleo la situación en el país no está mejor. Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo realizada por el INEGI en 2011, se indica que el 59.2% de la población de 14 años o más es económicamente activa (está ocupada o busca estarlo), mientras que el 40.8% se dedica al hogar, estudia, está jubilado, tiene impedimentos personales o se dedica a otra cosa. De la población activa, el 65,7% opera como trabajador subordinado y remunerado, el 4.8% son empleadores, el 22.6% trabaja de forma independiente y el 6.9% se desempeña en los negocios o en las parcelas familiares. Cabe mencionar que en la población ocupada se incrementó la subocupación, entendida ésta como la necesidad de trabajar más tiempo, lo que se traduce en la búsqueda de una ocupación complementaria o de un nuevo trabajo con mayor horario. En este caso fue el 8.2%, proporción superior a la del mismo mes en un año anterior, cuando se ubicó en el 6.8% en el mismo mes del 2010 (INEGI, 2012).

De la población desocupada se obtuvieron los siguientes datos: a nivel nacional la tasa de desocupación fue de 4.51%; por condición de género, la tasa de desocupación en los hombres disminuyó de 5.25% del Diciembre de 2010 a 4.62 en igual mes de 2011; y de las mujeres descendió de 4.41% a 4.32% en el mismo periodo (INEGI, 2012).

El costo del desempleo a nivel económico ocasiona una pérdida en cuanto a lo que se deja de producir y de lo que no es posible recuperar, además de la degradación del capital humano; el costo social de la ociosidad forzada produce frustración, desmoralización y pérdida de amor propio.

En este sentido, la falta de servicios de salud y educación generan en las personas y en las familias, problemas de orden físico pero también psicológico. La preocupación por las enfermedades mentales radica en que éstas, superan al cáncer y a las cardiopatías. Laurance (2007) analiza una serie de artículos publicados por expertos de la Organización Mundial de la Salud, la Escuela de Higiene de Londres y el Instituto de Psiquiatría del Reino Unido quienes demandan a los países occidentales a incrementar los fondos dirigidos a la salud mental; pues declaran que alrededor del 30 por ciento de la población mundial padecen de algún trastorno mental; presentándose con mas frecuencia la depresión y los problemas con el alcohol y las drogas. El impacto se revela con los 800 mil casos de suicidio que suceden cada año en el mundo.

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica realizada en 2003, reveló que el 28.6% de la población entrevistada presentó alguno de los 23 trastornos de la Clasificación Internacional de Enfermedades, de los cuales los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad con 14.3%, seguidos por los trastornos de uso de sustancias con 9.2% y los trastornos afectivos con el 9.1%. En menores de 5 años se presentó con mayor frecuencia trastornos relacionados con ansiedad producto de la separación de uno de los padres o de ambos. En niños de 6 años lo mas frecuente son los problemas de atención; en los de 7 y 8 años se reportó con mas frecuencia trastornos de alguna fobia específica y de conducta oposicionista (Medina-Mora et al., 2003).

Los trastornos mentales consecuentes del uso de sustancias es un problema que crece a dimensiones alarmantes. En México la más reciente Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 2008, revela que los adolescentes de 12 y 17 años de edad tienen mayor riesgo de adquirir alguna adicción. La exposición a las drogas es considerada como el factor de riesgo más importante para desarrollar una adicción. La encuesta también revela que es 4.4 veces más probable que una persona use drogas si su padre las consume; 4.6 veces cuando las consume el hermano, y 10.4 veces si quien las usa es el mejor amigo. Con respecto al uso de drogas en la población en general de 12 a 65 años, esta encuesta registró un crecimiento menor al pasar de 5.03 al 6% para cualquier sustancia y del 4.6 al 5.5% en el caso de las ilegales. El problema más importante en adicciones a nivel nacional es el abuso del alcohol y de tabaco; ambos arraigados tanto en poblaciones rurales como urbanas. Los estados con mayor consumo de alcohol son los del centro-occidente como Aguascalientes, Zacatecas, Nayarit, Michoacán, Jalisco, Distrito Federal, Hidalgo, Tlaxcala, Puebla y Querétaro. Los datos de consumo de tabaco indican que el 20.4% de la población urbana entre los 12 y los 65 años de edad son fumadores activos, mientras que en las localidades rurales la proporción es de 11.3% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2009).

De las drogas ilegales que tienen mayor consumo entre la población mexicana es la marihuana seguida de la cocaína que desplazó a los inhalables al crecer de 1.3 a 2.5% en ese mismo periodo. Por último, esta encuesta revela que en materia de atención sin incluir tabaco y alcohol, existen 464 mil 386 personas que requieren atención especializada, 4 millones 58 mil 272 requieren intervenciones breves y el 80% de la población requiere algún tipo de prevención universal para las adicciones (INSP, 2009).

Un problema que se ha acrecentado notablemente es la disolución familiar. Ésta se inicia con el rompimiento del vínculo matrimonial o de unión libre y se debe a múltiples razones, algunas de ellas tienen que ver con la emancipación de la mujer, desajustes sexuales de todo tipo o por factores económicos. La crisis de la pareja comprenden las siguientes problemáticas: insatisfacción en las áreas amorosa y sexual, la organización de las labores domésticas cuando la mujer trabaja, desajustes en una pareja reconstruida por conflictos con los hijos o con la pareja anterior, violencia en la pareja, problemas de infidelidad entre otros (Velasco, 2004).

Cuando la pareja tiene hijos las dificultades aumentan considerablemente. Al respecto, Johnson y Ronsfeld (1990) mencionan que los hijos de padres divorciados experimentan toda clase de estados emocionales; están los que no superan la separación, los que logran una buena adaptación; los que pueden tener relaciones afectivas con sus padres, los que nunca se reconcilian con ellos producto del abandono o del resentimiento; los que pueden sentir enojo hacia uno o ambos padres, los que se reconcilian con ellos, etc. Hay padres que aún después del divorcio prolongan la guerra “utilizando” a los hijos, mientras que otros se alejan física o emocionalmente dificultando la aceptación y la adaptación.

Bird (1990) dice que la pareja que se enfrenta a una separación o divorcio atraviesa por una cadena de crisis y cambios relacionados entre sí; al respecto refiere 6 tipos de pérdida: a) La psíquica, que se caracteriza porque los miembros de la pareja tienen que renunciar a las ilusiones que ambos construyeron; b) La separación legal, donde ambos tienen que hacer

ajustes a la economía y tomar acuerdos con respecto a la manutención de los hijos; c) La separación de la comunidad; la pareja que se divorcia y los hijos pueden perder las relaciones afectivas con los parientes políticos o con amigos en común; d) La separación de la propiedad, en muchos casos la pareja se tiene que repartir los bienes adquiridos durante el matrimonio; e) La separación como padres, el miembro de la pareja que deja el hogar pierde la convivencia cotidiana con los hijos, f) La separación de la dependencia que se refiere a la renuncia afectiva del otro.

Otro fenómeno que provoca disolución familiar, en unos casos temporales y en otros en forma definitiva, tiene que ver con la migración. Dicho fenómeno es concurrido mayormente por sectores rurales y algunos de sectores urbanos que viven en la pobreza. Del Rey y Quesnel (2004) mencionan que las personas que emigran lo hacen porque desean mejorar su calidad de vida, aún cuando esto implique la exposición permanente a ser víctimas de abuso y discriminación y dejar a la familia por tiempos prolongados. Cabe destacar que el contexto psicosocial de la migración genera condiciones adversas como: ocupaciones con poco reconocimiento social, aumento en las tasas de fertilidad, hacinamiento, bajos salarios, aumento del uso de sustancias, decremento en el cuidado de la salud y las dificultades de la integración a una nueva cultura. Ello para los que logran llegar, para los que no, se ven obligados a regresar a sus comunidades de origen o intentan nuevamente cruzar la frontera arriesgando la vida. Las implicaciones psicológicas se presentan en tres transformaciones fundamentales: la recomposición de las redes sociales, extracción del sistema económico y por lo tanto la inserción a otro y el movimiento de un sistema cultural a otro diferente. Los conflictos que se gestan producto de la migración son estrés, conflictos familiares, síntomas depresivos para el que se va como para los que se quedan; las mujeres que no emigran se quedan a cargo de la administración de los recursos y son las encargadas de mantener la unión familiar hasta el regreso de los esposos; además deben encontrar solución a los problemas de sus hijos, pero generalmente dicen padecer sentimientos de soledad y falta de apoyo.

Otro de los problemas al interior de la familia tiene que ver con la violencia. Éste es considerado como un problema de salud pública debido a los altos índices de frecuencia con que se presentan. En México, la Encuesta Nacional sobre la violencia contra las mujeres realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en 2003, revela que el 25.8% de las mujeres han experimentado una relación violenta, de las cuales el 48.7% la han recibido de parte de su pareja o esposo. Cabe señalar que las mujeres que son víctimas de violencia de parte de sus parejas muestran una tendencia de haber tenido una relación previa de violencia con su familia de origen. Al respecto se encontró que el 42.2% de las mujeres entrevistadas habían sufrido violencia física por parte de sus padres, el 21.4% había sufrido violencia verbal. En esta investigación llama la atención los hallazgos de la aproximación cualitativa en lo que se refiere a la percepción subjetiva que tienen las mujeres de las razones por las que sus parejas reaccionan de forma violenta, entre las que destacan, situaciones conflictivas a partir de la interferencia de otros miembros de la familia, machismo reinante, problemas no resueltos del cónyuge, inseguridad, necesidad de ser reconocido y consumo de alcohol. Como motivos de la violencia destacan, la intención de maltratar por imponer su voluntad y reencauzar la relación de sumisión sobre todo cuando hay reclamo de la mujer ante la infidelidad de su pareja. Otra causa de la violencia percibida por las mujeres es la inequidad en la relación de pareja en lo referente a la

distribución de las responsabilidades y obligaciones (Instituto Nacional de Salud Pública, [INSP], 2003).

Dentro de la violencia al interior de la familia no se puede dejar de mencionar el maltrato infantil; en América Latina y en el Caribe se registran las tasas de homicidio infantil más altas a nivel mundial después de África. Avilés (2006) menciona que el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reporta 6 millones de niños que sufren actos violentos y 80 mil niños mueren como resultado del abuso de padres o familiares. En México la situación es preocupante, pues alrededor del 80% de niños y adolescentes han sufrido algún tipo de violencia en el último año. La Encuesta sobre Maltrato infantil realizada por el Instituto Nacional de las Mujeres y el Instituto Nacional de Psiquiatría realizada a 6 mil estudiantes de educación secundaria pública y privada, en Baja California, Sonora, Tlaxcala y en Yucatán, revelan que el maltrato emocional y físico es el más frecuente, siendo la madre la principal agresora. En esta encuesta se encontró que el maltrato físico severo –el que obliga a hospitalización a la víctima- lo padecen el 19.3 % en niños y el 12. 2% en niñas; siendo la madre la principal agresora. Cabe señalar que el 50% de los niños maltratados tienen pensamientos suicidas. El abuso sexual de menores se presenta con mayor frecuencia en familias conformadas por madre y padrastro (Instituto Nacional de las Mujeres [INMUJERES], 2006).

El embarazo de mujeres en la etapa adolescente se sigue presentando con mucha frecuencia en las familias. Hay una variación en las tasas de fecundidad adolescente dependiendo del nivel de desarrollo del país, como es el caso de Japón donde la tasa es de 4/1000, en México es de 70/1000; y Mauritania es de 800/1000. Ahora bien, la mayor prevalencia de casos de embarazo temprano se da en América Latina con un promedio que va del 15 al 20%, siendo el 70% no planeado (Grupo de Información en Reproducción Elegida [GIRE], 2003).

Las consecuencias del embarazo adolescente son múltiples. En el plano físico, el embarazo adolescente es considerado como de alto riesgo. Los problemas ginecológicos y obstétricos que con mayor frecuencia se presentan son la preclampsia y la eclampsia; los bebés nacen con bajo peso o prematuros. En el plano psicológico, la joven madre presenta un cambio drástico en su vida, pues pasa de niña- hija-dependiente, a madre con obligaciones dejando de tener espacio para seguir su etapa evolutiva. Aunado a esto se incluye la deserción escolar, en la cual la joven se ve obligada a abandonar sus estudios por una cuestión institucional, por decisión familiar o individual. A su vez disminuye las oportunidades de educación y trabajos futuros. Ahora bien, la joven depende completamente de la economía familiar generando en algún momento conflictos intergeneracionales. Además hay presencia de estrés generados por el propio embarazo, los sentimientos de ambivalencia y la incertidumbre de si el padre del hijo ejercerá la paternidad. En relación con la maternidad, con mayor frecuencia se presenta una disfuncionalidad en la relación madre-hijo; puede ser por la carencia de habilidades del cuidado al neonato o por falta de información; si no hay habilidades y no hay una información mínima de los cuidados a las necesidades que tiene que brindar al bebé, puede haber negligencia y patrones desadaptativos (Mankes y Suárez, 2003).

Desde finales del siglo pasado hasta la actualidad, las familias han sufrido transformaciones en su estructura. Actualmente se habla de “nuevas familias” para referirse a las nuevas configuraciones familiares que se van organizando según las circunstancias y necesidades de cada grupo familiar. En este punto tenemos a las familias reconstruidas, las familias homosexuales, las parejas sin hijos, las familias compuestas por uno o dos abuelos y uno o varios nietos, etc. En los siguientes apartados nos vamos a referir a las familias reconstruidas y homosexuales.

Las familias reconstruidas se construyen al casarse o vivir dos personas, una de las cuales (o las dos) tiene hijos de una relación anterior. Este tipo de familias enfrentan un gran número de tensiones. Según Gómez y Weisz (2005) las familias reconstruidas se enfrentan a los siguientes dilemas: los hijos que nacieron de una relación anterior tienen una historia particular y han construido hábitos y valores que pueden entrar en conflicto con la nueva familia, la educación de los hijos no se limita a los padres exclusivamente, no hay vínculos de consanguinidad y de alianza que pueden activar temores respecto a relaciones incestuosas o cuestionar la posible autoridad; las nuevas parejas no tienen derechos legales sobre los hijos de su cónyuge, se pueden presentar asimetrías marcadas en la nueva pareja en las experiencias individuales que pueden ser de edad, situación económica o laboral; se pueden brincar muchos momentos del ciclo vital; los vínculos afectivos se tienen que ir formando poco a poco, superando enojos, inconformidades, sabotajes, etc.; los hijos se mueven entre dos casas, muchas de las veces se vuelven depositarios de información, también pueden comparar entre dos tipos de padres y esto les puede generar sentimientos encontrados como enojo, desamparo, culpas, conflicto de lealtades, inseguridad, etc. En las familias reconstruidas tiene que haber una mayor adaptación a un número mayor de miembros de las familias políticas, los momentos de unión y de convivencia pueden generar tensión, molestia y conflicto.

En parejas homosexuales los problemas que a menudo presentan los hombres es el tema de la monogamia, las expectativas en los roles, la división de tareas, y otros aspectos de relación como las parejas heterosexuales; también puede estar las dificultades de tratar con el VIH y el SIDA lo que conduce a una cierta complejidad en la relación. Los conflictos que con mayor frecuencia presentan las mujeres homosexuales tienen que ver con la elección de “ser vistas” o no, en relación a que la censura en el caso de las mujeres está mediada por la clase, la educación, la edad y el ambiente de trabajo; también pueden enfrentarse a las complejidades de una estructura familiar cuando eligen tener hijos o vivir con ellos si es que los tienen. Además, las parejas homosexuales siguen estando bajo una opresión social que hace que las relaciones tanto en hombres como en mujeres tiendan a ser simbióticas y dependientes, lo que genera conflicto ante las necesidades individuales y un recorte a la libertad y a la autonomía (Gilbert y Shmukler, 2000).

1.1.4. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

La epistemología sistémica precede a la aparición de la terapia familiar y ésta principia en la década de 1950 y 1960. En sus inicios la terapia familiar se desarrolló especialmente estudiando la dinámica de la organización familiar ligada a una perspectiva psicodinámica;

posteriormente se fueron desarrollando diferentes modelos que ampliaron la investigación y las alternativas de intervención.

La terapia familiar es una terapia de conjunto, es decir, ve al individuo dentro de su contexto familiar y a partir de ahí se detectan las características de la relación que establecen los miembros de la familia (Hoffman, 1987).

En el aspecto evolutivo, la terapia familiar toma en cuenta las tareas de desarrollo que cada miembro de la familia está realizando conforme a lo esperado del ciclo vital. También se consideran los eventos intersistémicos que tienen que ver con cambios de residencia, modificaciones del ambiente, de los valores o de las condiciones laborales (Andolfi, 1977).

La terapia familiar tiene diferencias y similitudes con otras corrientes terapéuticas. A continuación se mencionan algunas diferencias sin la intención de demeritar ninguna corriente. En cuanto al **pasado y el presente** las diferencias son marcadas. El enfoque psicoanalítico ortodoxo trabaja considerando la historia y el desarrollo evolutivo de la persona. Los conductistas parten de la situación actual y valoran el efecto causal del problema. Los terapeutas familiares trabajan con los antecedentes del problema que no necesariamente llevan al pasado o a la vida infantil. En cuanto a la **interpretación y la acción**, el enfoque psicoanalítico tradicional pone énfasis en el pasado empleando la exploración y la interpretación. Los terapeutas que trabajan a partir del modelo conductista interpretan el comportamiento de la persona a fin de modificarlo. Mientras que los existencialistas llevan a la persona a adquirir nuevas experiencias. De los **objetivos de la terapia**. Los terapeutas que trabajan con un enfoque existencialista trabajan para resolver los problemas del cliente a fin de que éste obtenga un crecimiento personal en otras áreas de su vida. Los terapeutas familiares estratégicos centran sus objetivos a la resolución del problema de la familia y fomentan su desarrollo y crecimiento. Con respecto al **Método general** de trabajo. La escuela psicoanalítica trabaja básicamente con la interpretación, la transferencia y la contratransferencia; el enfoque humanista utiliza como método general ejercicios específicos para individuos o grupos o, diseñan un procedimiento especial para cada persona y para cada problema. El método que utilizan los terapeutas familiares es diverso; los estratégicos y los de la Escuela de Milán utilizarán con mayor frecuencia las prescripciones, los estructuralistas trabajarán para restablecer la organización familiar, los posmodernos trabajarán identificando el discurso dominante y buscando soluciones a partir de los recursos presentes en la familia (Madanes, 1982).

La **unidad problemática** es la diferencia **más importante** entre las corrientes psicológicas, ya que la terapia familiar pone especial atención a las relaciones y sentimientos mutuos de los miembros de la familia. Desde esta perspectiva, se identifican las características de las relaciones entre los abuelos, los padres y los hijos, se analiza la influencia generacional así como los conflictos entre los integrantes de la familia, se identifica el distanciamiento o sobreinvolucramiento de las relaciones, se reconoce la distribución del poder y el modo en que se ejerce éste. El trabajo de los terapeutas familiares se centra en obtener la conciencia de cada uno en relación a los otros, en reconocer sus necesidades, trabajar sobre acuerdos y facilitar la comunicación.

El ámbito familiar es una variable importante, porque en la familia es donde aprendemos toda la riqueza de posibilidades interpersonales que se adquieren mediante el proceso de introyección, identificación e imitación. De la familia aprendemos valores, creencias, formas de relación, normas y comportamientos sociales. En la familia se generan lazos de afecto, solidaridad y comprensión; también se generan problemas y conflictos, de igual modo se establecen esquemas de autoridad, de jerarquía, de relaciones de poder y de dominio entre generaciones o entre géneros, entre otros aspectos.

La terapia familiar sistémica y la terapia posmoderna son una opción para los diversos problemas que presentan las familias mexicanas. Los precursores de cada uno de los modelos de terapia familiar han reportado en diversos ámbitos académicos y en periodos diferentes los logros que han obtenido en familias que reportan problemas de comunicación, de alimentación, de organización en los casos de familias separadas, divorciadas o reconstruidas, etc. Los problemas de carácter social y político que presentan las familias, se trabajan a partir de diversas corrientes como el modelo Estructural planteado por Minuchin y Montalvo.

Los problemas familiares de orden psiquiátrico han sido tratados por el equipo de Milán orientado por M. Selvini Palazzoli, G. Prata, L. Boscolo y G. Cecchin. Además, las aportaciones de este grupo son una alternativa de trabajo para pacientes con trastornos alimenticios como la anorexia y la bulimia, aplicable también a pacientes diagnosticados con psicosis y esquizofrenia, adicciones y maltrato infantil. El enfoque narrativo también ha dado a conocer casos resueltos de pacientes psicóticos.

El modelo Estructural resulta ser bastante útil para el trabajo con familias que presentan dificultades con la adaptación a las diferentes etapas del ciclo vital, también para las familias que viven procesos de separación o divorcio o para las familias que son reconstruidas y que requieren nuevas formas de organización para funcionar adecuadamente. El modelo estratégico orienta sus intervenciones a partir de la observación de las relaciones de poder que se establecen dentro de la familia y resulta benéfico en casos de adolescentes y jóvenes con problemas de emancipación y de violencia intrafamiliar. El modelo de terapia breve resulta efectivo en los conflictos de pareja o de padres e hijos adolescentes, ya que se centra en interrumpir las secuencias de las soluciones ineficaces, redefine los comportamientos problemáticos y diluye la naturaleza, origen y duración del problema.

La terapia familiar se inició en México en 1969 con el Dr. Raymundo Macías, que en colaboración con los doctores Roberto Dervez y Lauro Estrada iniciaron el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana. Posteriormente el Dr. Macías fundó el Instituto de la familia (IFAC) en 1970, cuyos objetivos son: la promoción del estudio y la enseñanza de la dinámica familiar, la formación de psicoterapeutas familiares, la capacitación de profesionales de la salud, la realización de investigaciones científicas y el tratamiento de familias. Otras instituciones que emprendieron la terapia familiar en México son: el Instituto Latinoamericano de Estudio de la Familia (ILEF) fundado en 1984 por el Dr. Maldonado, el Instituto de Terapia Familiar CENCALLI, creado en 1987 para la formación de recursos humanos en la investigación de las problemáticas familiares, el desarrollo de métodos y técnicas de

tratamiento y el desarrollo de habilidades clínicas para la prevención, atención y rehabilitación de los problemas familiares.

La Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) es el organismo que proporciona las facilidades para el intercambio profesional y científico de la terapia familiar a nivel nacional, fue fundada en 1981. Tiene como objetivos la difusión de la terapia familiar, la unificación y revisión de los programas de los diferentes institutos de formación así como la difusión de su propia publicación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

1.2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.

1.2.1. Descripción de los escenarios.

El programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica que promueve la Universidad Nacional Autónoma de México en la Facultad de Psicología tiene como sedes de entrenamiento el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila y el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro”.

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” fue inaugurado el 24 de Octubre de 1966, a partir de que se cierra el Hospital de “La Castañeda”. El Hospital fue fundado a partir de la necesidad de crear una institución especializada en la atención de niños con problemas de salud mental; actualmente brinda atención primaria (promoción para la salud e identificación temprana) secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), dicha atención se presta en forma continua e integral y brinda servicios de consulta externa y de admisión continua.

Los servicios se organizan por consulta **no urgente y urgente**. De la primera, son atendidos los niños y adolescentes que presentan problemas emocionales, conductuales, problemas mentales secundarios al consumo de sustancias, al maltrato, a la negligencia o al abuso físico o sexual, también se atienden problemas secundarios al desarrollo neurológico o físico y problemas mentales secundarios debido a alteraciones en la dinámica familiar. El **servicio urgente** contempla los trastornos de conducta agresiva incontrolable, intento de suicidio, crisis de angustia, intoxicación a fármacos o drogas, inquietud y agresividad incontrolable y fallas graves de conducta que no puede ser controlada por el núcleo familiar. Los proyectos de investigación que realiza el Hospital Psiquiátrico Infantil están enfocados a los factores biológicos de la depresión y al trastorno obsesivo compulsivo.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) fue creado en un primer momento para brindar servicio psicológico tanto a los estudiantes de psicología como a su familia nuclear y posteriormente se dio la apertura para brindar servicio a la comunidad. El CSP está ubicado en el Edificio de la División de Estudios de Posgrado, en el Sótano del edificio “D” de la Facultad de Psicología y tiene como objetivos:

- Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica directa y supervisada.

- Desarrollar programas de investigación.
- Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

El CSP “Dr. Guillermo Dávila” cuenta con varios programas para el desarrollo profesional de los estudiantes que cursan la licenciatura, para los pasantes y para los estudiantes de maestría y doctorado. Los estudiantes que cursan la licenciatura cuentan con el programa de formación en la práctica, cuyo entrenamiento se basa en la adquisición de habilidades en la entrevista clínica y atención a pacientes crónico degenerativos. Los pasantes de licenciatura pueden prestar su servicio social en los programas de estrés y salud, de alteraciones fisiológicas y en la formación clínica. Los estudiantes de maestría en psicología tienen acceso al trabajo con pacientes en las diversas residencias que incluyen las de Terapia con Adolescentes, de Terapia Infantil, de Medicina Conductual de Adicciones y de Terapia Familiar.

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro” depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y del Sector Social de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, su creación fue en 1979 a partir de la realización de una investigación en la Colonia Ruiz Cortines dirigida por el Dr. Mac Gregor. El centro comunitario se inauguró en mayo de 1981, está ubicado en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lote 24 en la Colonia Ruiz Cortines de la Delegación Coyoacán. Los objetivos del Centro son los siguientes:

- Proporcionar apoyo a la comunidad mediante la creación de programas preventivos y de intervención en las distintas áreas de la psicología, tomando en cuenta las principales problemáticas y el nivel de incidencia, que se presentan en dicha comunidad.
- Participar en la profesionalización de los estudiantes de las diversas áreas de la psicología, así como en los distintos niveles de formación (licenciatura, postgrado, especialización, etc.) mediante su incorporación en los programas y actividades del Centro, bajo la supervisión de profesores/as del área de competencia.

Los servicios psicológicos que ofrece el Centro “Dr. Julián Mac Gregor Sánchez y Navarro” son a nivel preventivo y de tratamiento. En el **nivel preventivo** se realizan acciones como son pláticas informativas, conferencias, ciclos de cine debate, talleres y grupos de reflexión. A **nivel de tratamiento**, el servicio puede ser individual, familiar o grupal, bajo distintos enfoques como son el Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual, Familiar y Psicodinámico. El centro comunitario proporciona a los alumnos un escenario real para el desarrollo de sus habilidades profesionales a través de la formación en el servicio comunitario, también promueve permanentemente la oportunidad para que los profesores y el estudiantado lleven a cabo prácticas profesionales, de servicio social y proyectos de investigación. El centro establece contacto con asociaciones y organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a fin de potencializar sus programas.

1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” cuenta con un equipo multidisciplinario integrado por médicos, psiquiatras infantiles, psicólogos, trabajadoras sociales y enfermeras

especialistas en psiquiatría. Los psicólogos realizan pruebas de psicodiagnóstico, trabajan en psicoterapia individual, familiar o grupal y brindan apoyo a padres de los usuarios a través de talleres informativos. El personal de enfermería atiende las necesidades que se originan de la atención a los pacientes hospitalizados y de consulta externa. El equipo de trabajo social centra sus funciones a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial de los trastornos psiquiátricos que se presentan en la infancia y la adolescencia orientadas a la prevención. El equipo de rehabilitación psicosocial proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana a través del trabajo con educación especial, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia de lenguaje y psicopedagogía. El servicio de consulta externa está constituido por seis clínicas que son las siguientes:

- Clínica de Desarrollo. Atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo.
- Clínica de las Emociones. Brinda atención a menores de 6 y 12 años con trastornos de ansiedad, de depresión, reacciones de adaptación y de fobias.
- Clínica de los trastornos de la conducta. Atiende a menores entre 6 y 12 años con trastornos hiperkinéticos, de comportamiento social, de aprendizaje escolar y de trastorno disocial.
- Clínica PAINAVAS. Es un programa de atención integral a víctimas de abuso sexual. Ofrece atención a niños, adolescentes y a sus familias.
- Clínica de la adolescencia. Atiende a menores de 12 y 17 años que presentan cuadros de ansiedad, de depresión, de aprendizaje o de conducta alimentaria.
- Psiquiatría legal. Este departamento realiza peritajes psicológicos o psiquiátricos a menores que son referidos de juzgados para resolución de algún caso legal.

El Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con el departamento de Terapia Familiar, en éste se reciben pacientes que son canalizados de la Clínica de Desarrollo y de las Emociones. Los problemas que con mayor frecuencia se atienden son trastornos depresivos, fobias, distimias, intentos de suicidio en niños y adolescentes de 12 a 17 años, problemas de separación en la pareja y familias constituidas. Los conflictos de pareja más frecuentes son los relacionados con la lucha por el poder, falta de comunicación, expectativas indefinidas, infidelidad, represión de sentimientos por miedo al cónyuge, confusión de roles y falta de reglas y límites.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSP) cuenta con personal administrativo quienes realizan funciones de recepción y de secretariado. También tiene personal voluntario que realizan prácticas de entrevista con pacientes de nuevo ingreso.

El CSP brinda servicio a toda la población que lo solicite. Se requiere que la persona o personas interesadas acudan a las 8:30 de la mañana o a las 4 de la tarde y soliciten el servicio. Para ello deben presentar una identificación oficial. Se les da una hoja de solicitud donde escriben sus datos generales y el motivo por el cual solicitan el servicio y firman la aprobación para que las sesiones terapéuticas sean videos grabados. Se realiza una primera entrevista por pasantes de licenciatura en psicología, psicólogos titulados, personal voluntario o estudiantes de algunas de las maestrías de la Facultad de Psicología. En la entrevista, se exploran con mayor profundidad los aspectos relacionados con el motivo de consulta, los antecedentes, la organización familiar, el historial médico, farmacológico y

psicoterapéutico. Las hojas de entrevistas son concentradas en la jefatura del centro y posteriormente son derivadas a cada una de las residencias según sea el caso.

El Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor” cuenta con personal secretarial, de vigilancia e intendencia. El centro tiene dos coordinaciones, el de programas y el de servicios terapéuticos. De la coordinación de programas se derivan los proyectos de prevención en adicciones, de problemas escolares, de prevención y atención de la violencia y promoción para la salud. Éste último tiene un proyecto de escuela para padres y de hábitos alimenticios. La coordinación de servicios terapéuticos está organizado por escuelas psicoterapéuticas, así tenemos el programa Psicodinámico, Humanista, Gestalt, Cognitivo Conductual y Terapia Familiar. Cada programa cuenta con un titular quien es responsable del tratamiento de los pacientes y de la supervisión de los estudiantes que realizan sus prácticas profesionales. Las personas que generalmente acuden al Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor” vienen de las colonias cercanas. Las problemáticas que con mayor frecuencia se atienden son problemas familiares, de pareja, de aprendizaje y escolares, problemas relacionados con las adicciones, la depresión, la ansiedad, el manejo de emociones y el desarrollo de la autoestima.

1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.

Las prácticas profesionales que realicé en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” iniciaron en Febrero de 2006 y concluyeron en Agosto de 2007. La participación en este espacio se inició con una orientación sobre el funcionamiento del hospital, el manejo de la agenda y los expedientes clínicos, además de participar como equipo terapéutico con una familia alcohólica. Posteriormente se nos fue asignando familias para trabajar en coterapia y de forma individual.

Durante la Residencia en este Hospital atendí a 6 familias, de las cuales cuatro fueron dados de alta, una con baja temporal y otra de baja definitiva (Véase la tabla 1). También participé como coterapeuta en un grupo de padres diagnosticados con depresión cuyos hijos habían intentado suicidarse, la atención al grupo de padres fue de Marzo a Noviembre de 2006, el número de personas atendidas en el grupo fue variable manteniéndose estable en un promedio de 6 personas.

La supervisión en esta Residencia estuvo a cargo por la Dra. Silvia Becerril Cervantes quien fungió un papel importante en mi formación profesional. En este proceso se observaron intervenciones con familias multiproblemáticas o con casos que no avanzaban por estancamiento del terapeuta o de la familia. Otra parte del trabajo de supervisión se dio a través de la discusión teórica y de casos clínicos que se realizaba al término de las sesiones, situación que aclaraba los objetivos a mediano y largo plazo del tratamiento.

Mi participación en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” se inició desde el primer semestre de la maestría, en Agosto de 2005. Recibimos una orientación por parte de la coordinadora sobre el funcionamiento y organización del centro, se nos dio a conocer el reglamento y las condiciones para el uso de las cámaras de Gesell. En el primer semestre trabajamos con familias simuladas y con algunas familias de los terapeutas en formación. La atención a personas y familias que solicitaron el servicio en el Centro de Servicios

Psicológicos “Guillermo Dávila” se llevó a cabo del segundo al cuarto semestre (de Febrero de 2006 a Mayo de 2007). En este periodo, participé como terapeuta y coterapeuta en cuatro casos se llevó a cabo del segundo al cuarto semestre. Iniciando en Febrero del 2006 hasta Mayo de 2007. En este periodo, participé como terapeuta en cuatro casos de los cuales tres fueron en coterapia. El primer caso fue atendido en forma conjunta con la Psicóloga Liliana Moreno Lucero. El segundo caso se inició con terapia de pareja y posteriormente individual, trabajé con el Psicólogo Ariagor Manuel Almanza. El tercer caso se inició con terapia individual integrándose posteriormente la pareja; este caso fue trabajado en coterapia con el Dr. Raymundo Macías. El último caso lo atendí con la supervisión de la Mtra. Carolina Díaz Walls Robledo (Véase la tabla 2).

Tipo de terapia	Persona/s atendidas	Problemática presentada	Tratamiento
Terapia familiar y de pareja. En coterapia	Padre de 43, madre de 43, hija de 19 e hijo de 8 años	Hijo menor diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y problemas de pareja	Modelo Estructural y Estratégico Alta
Terapia familiar y de pareja. En coterapia	Padre de 31, madre de 31, hijo de 14, sobrino de 14, hija de 8, hijo de 2 años.	Problemas de adaptación de la etapa adolescente y por la llegada del sobrino	Modelo Estructural y Estratégico. Alta.
Terapia familiar y de pareja	Padre de 39, madre de 35, hijo de 14, hija de 3 años.	Intentos de suicidio del hijo de 14 años	Modelo Estratégico y de Milán. Alta.
Terapia familiar y de pareja	Padre de 63, madre de 43, hijo de 20, hija de 17, hijo de 13, e hija de 10.	Familia multiproblemática. Familia constituida, problemas de pareja e infidelidad, adicción del hijo mayor.	Modelo Estratégico y de Milán. Alta.
Terapia familiar y de pareja	Padre de 45, madre de 41, hija de 15 años.	Intentos de suicidio de la hija de 15 años Pareja divorciada y con conflictos	Modelo Estratégico y de Milán. Baja temporal
Terapia familiar y de pareja	Padre de 52, madre de 35, hijo de 8, hija de 5	Hijo mayor con conducta opositora. Padres separados	Modelo Estratégico y de Milán. Baja definitiva

Tabla 1. Familias atendidas en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”.

Tipo de terapia	Persona/s atendidas	Problemática presentada	Tratamiento
1. Terapia individual. En coterapia	Hombre de 31 años	Problemas en las relaciones interpersonales con la pareja y con la familia	Modelo Estratégico ALTA
2. Terapia de pareja y terapia individual. En coterapia	Hombre de 42 y mujer de 25 años	Problemas de pareja	Modelo de Soluciones y Narrativa ALTA
3. Terapia individual y terapia de pareja. En coterapia	Padre de 54, madre de 42, hija de 19, hijo de 16 años diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención	Hijo adolescente diagnosticado con trastorno por déficit de atención y problemas de pareja.	Modelo Estructural Baja
4. Terapia familiar e individual	Padrastro de 31, madre de 29, hija de 11 e hijo de 8 años	Abuso sexual	Modelo Estratégico y Modelo de Milán Baja

Tabla 2. Familias atendidas como terapeuta y en co-terapia en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.

Tipo de terapia	Persona/s atendidas	Problemática presentada	Tratamiento
Terapia familiar.	Familia integrada por padre, madre, hijo e hija.	Hija diagnosticada con fobia escolar	Modelo Estructural y Estratégico. ALTA
Terapia individual.	Mujer de 44 años	Problemas de pareja	Modelo Estratégico y Terapia Breve. ALTA
Terapia individual.	Mujer de 32 años	Problemas de pareja	Modelo Estructural BAJA
Terapia individual.	Hombre de 43 años	Problemas de pareja	Modelo Estructural BAJA
Terapia individual.	Mujer de 24 años	Problemas de autoestima y relaciones interpersonales familiares y sociales	Modelo Estratégico ALTA
Terapia individual	Hombre de 43 años	Problemas de pareja	Modelo Estructural BAJA
Terapia individual.	Mujer de 25 años	Diagnosticada con trastorno bipolar	Modelo de Terapia Breve ALTA
Terapia familiar.	Madre, una hija de 25 y una hija de 19 años	Problemas en las relaciones interpersonales particularmente entre las hermanas	Modelo de Terapia Breve ALTA
Terapia familiar.	Padre, madre, hija de 18 años con retraso mental leve. Y una hija de 15 años	Problemas de pareja y problemas en el ejercicio de la paternidad	Modelo de Terapia Breve ALTA
Terapia familiar.	Padre, madre, hija adolescente, hijo adolescente	Problemas de organización familiar y abuso sexual	Modelo Narrativo ALTA
Terapia individual	Mujer de 25 años	Separación de la pareja	Modelo Narrativo ALTA
Terapia individual	Mujer de 37 años	Problemas de violencia de pareja	Modelo de Terapia Breve ALTA
Terapia de pareja	Hombre de 45, mujer de 42	Separación de la pareja	Modelo de Terapia Breve ALTA
Terapia de pareja	Hombre de 32, mujer de 26	Violencia física y verbal	Modelo de Terapia Breve BAJA
Terapia individual	Hombre de 43 años	Problemas de pareja	Modelo narrativo BAJA

Tabla 3. Familias atendidas como equipo terapéutico en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.

En toda la maestría participé como parte del equipo terapéutico en 15 casos clínicos, de los cuales 9 fueron de terapia individual, 4 de tratamiento familiar y 2 de terapia de pareja. En todos los casos colaboré con observaciones, sugerencias, intercambio de experiencias y en el análisis sistémico. En algunos casos participé como parte del equipo reflexivo compartiendo mi pensar y mi sentir a la familia atendida (Véase la tabla 3).

II. Fundamentos teóricos de la terapia familiar

2.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

2.1.1. Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de los Sistemas es creada por Ludwig von Bertalanffy. Con esta teoría, el biólogo alemán estimuló el cambio de un paradigma que había dominado todo el siglo XIX y parte del siglo XX. En aquel tiempo, el conocimiento científico se explicaba a través de dos corrientes: la mecanicista y la vitalista. La primera fue el pilar de la ciencia clásica, que ocupaba únicamente dos variables, una que es la causa y la otra el efecto. Mientras que la corriente vitalista explicaba los fenómenos a partir del organismo.

Para lo que estaba observando Bertalanffy en los años 60s, ninguna de las corrientes anteriores le funcionaba; de este modo propuso el término ORGANISMICO, para señalar que un organismo era un conjunto de cosas organizadas. Posteriormente se dio cuenta que esto podría generalizarse y lo condujo a una Teoría General de los Sistemas que fue desarrollado hasta su primera publicación realizada en 1968 (Bertalanffy, 1976).

La postulación de la teoría de los sistemas se dio a partir de que:

- La ciencia nomotética resultaba reduccionista y entonces la biología, el comportamiento y las ciencias sociales se “calzaban” con la física generalizando los conceptos científicos.
- Los campos de la biología, del comportamiento y la sociología no entraban dentro del modelo científico.
- Surge la necesidad de expandir la ciencia considerando las características específicas de los fenómenos.

La Teoría General de los Sistemas hace un análisis de las totalidades y las interacciones internas y externas con el medio. Aparece como una poderosa herramienta que permite la explicación de los fenómenos que suceden en la realidad y que hacen posible la predicción de la conducta futura (Johansen, 1982).

Sistema

Johansen (1982) menciona que la mayoría de los autores coinciden en definir al sistema como un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos. Otra definición es la que especifica al sistema como un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento, está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran.

Por su naturaleza, un sistema puede ser cerrado o abierto. Se dice que es **cerrado** cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. **Un sistema es abierto** cuando intercambia materia, energía e información; en este caso, el sistema es modificado por su entorno y viceversa. Las propiedades de los sistemas abiertos son los siguientes:

- **Equifinalidad.** Un sistema abierto puede alcanzar un estado final partiendo de diferentes condiciones iniciales y por diferentes caminos. Es decir, que 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.** Este principio explica que una causa puede tener efectos múltiples.
- **Ciclo de vida.** Un sistema abierto tiene como propiedad un inicio, un desarrollo y un fin.
- **Organización.** Un sistema generalmente pertenece a un subsistema mayor y éste a su vez a otro superior; por eso es que cada sistema posee sus propias condiciones.
- **Jerarquía.** Boulding (en Johansen, 1982) formuló una escala jerárquica de sistemas partiendo de los más simples hasta llegar a los más complejos: El primer nivel lo forman las estructuras estáticas. El segundo nivel lo componen los sistemas dinámicos simples con movimientos determinados; el tercero lo ocupan los mecanismos de control o los sistemas cibernéticos; le siguen los sistemas abiertos donde la vida comienza a diferenciarse de las materias inertes, a este nivel acceden las células. El quinto nivel se denomina genético-social, en este nivel se ubican las plantas y se caracteriza por: la división del trabajo entre las células para formar una sociedad de células y por una diferenciación entre genotipo y fenotipo. El sexto nivel se caracteriza por un incremento en la movilidad, en la conducta teleológica y en la conciencia. El séptimo es el humano, considerado como el sistema que posee conciencia, capacidad de reflexión y habla, en este plano se producen, absorben y se interpretan símbolos complejos. El último nivel de complejidad lo constituyen las organizaciones sociales.
- **Fronteras.** Es la línea que demarca lo que está dentro y fuera del sistema. Una frontera consiste en una línea cerrada alrededor de variables seleccionadas entre aquellas que tengan mayor intercambio (de energía o de información) con el sistema. Las fronteras varían en cuanto al grado de permeabilidad, dicha permeabilidad definirá el grado de apertura del sistema en relación al ambiente.
- **Energía.** Un atributo importante de los sistemas es la energía la cual recibe a través de las corrientes de entrada. La energía dentro del sistema puede ser cinética o potencial; cinética porque alude a la velocidad de un cuerpo y potencial porque se enlaza con la masa del cuerpo y los cambios de altura.
- **Homeostasis.** Es el equilibrio dinámico entre las partes del sistema. Los sistemas tienen una tendencia a adaptarse con el fin de alcanzar un equilibrio interno frente a los cambios externos del entorno
- **Entropía.** Concepto proveniente de la Física, derivada de la segunda ley de la termodinámica. Según esta ley, los sistemas en general tienden a alcanzar su estado más probable; es decir, hay una tendencia natural de los cuerpos a pasar de distribuciones menos probables a otras de mayor probabilidad.
- **Neguentropía.** Es el mecanismo mediante el cual el organismo se mantiene estacionario y a un nivel bastante alto de ordenamiento. La neguentropía es entonces la energía necesaria para obtener una organización.

2.1.2. Pensamiento Lineal vs Pensamiento Circular

El concepto central de la epistemología de la terapia familiar radica en el pensamiento circular. En el campo de la salud mental y de la psiquiatría los tratamientos se basaron en el modelo médico sustituido después por el modelo psicodinámico. El modelo médico busca

las causas del malestar a nivel biológico u orgánico; el tratamiento será la administración de medicamentos o la intervención de otros medios para bloquear lo que esté atrofiando el buen funcionamiento orgánico. El modelo psicodinámico, concibe la aparición de síntomas por un suceso en el pasado que se presenta como un trauma o conflicto; el tratamiento consiste en ayudar al paciente a recordar el trauma original, esperando que experimente las emociones ocultas para que el síntoma no vuelva a aparecer, a este paradigma se le conoce como pensamiento lineal (Hoffman, 1987).

Según Hoffman (1987) el paradigma circular aparece cuando se empezó a utilizar la pantalla. Los investigadores detrás del espejo observaban las relaciones, interacciones, comunicación y comportamiento del paciente y su familia; desde esta perspectiva, se puede decir que el comportamiento de la persona sintomática es tan sólo una parte del todo, es decir de la familia.

La familia como sistema.

Tomando en cuenta las propiedades que tienen los sistemas abiertos propuesta desde la Teoría General de los Sistemas, la familia es un sistema abierto porque está en constante asimilación y eliminación de elementos para mantenerse en equilibrio: la aplicación de la teoría de los sistemas a la terapia familiar permite ver los problemas, el comportamiento y las relaciones dentro de un contexto.

Sánchez y Gutiérrez (2000) menciona 5 principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus propias reglas. En este punto se hace énfasis de que el comportamiento individual no se puede comprender sino desde la interacción con el sistema al que pertenece.
- La estructura sistémica familiar se forma por subsistemas. Las jerarquías delimitan las obligaciones y responsabilidades generalmente determinadas por la generación, la edad, el género y las funciones de los integrantes de la familia.
- Los patrones son circulares y no lineales. La familia es vista como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de un miembro de la familia repercute en todos los demás y viceversa.
- Mantenimiento de la estabilidad por el mecanismo de homeostasis. La familia tiende a mantener el equilibrio, pero se pueden romper por la entropía o por el propio crecimiento.
- La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos como en el caso de la familia que es uno de los sistemas más dinámicos.

2.1.3. La cibernética

La epistemología de la cibernética tuvo su aporte a la terapia familiar en la diferencia de percibir distinciones, estableciendo así el síntoma en la familia y no en el individuo. La cibernética estudia el control y la comunicación en los sistemas complejos en organismos vivos, máquinas y organizaciones; desarrolla un lenguaje y técnicas que permiten abordar el problema del control y la comunicación en general. Esta ciencia nace en 1948 y es impulsada inicialmente por Norbert Wiener. Los estudios de la cibernética aplicada a las ciencias humanas permitieron reconocer la interacción del hombre con su entorno en un

sentido amplio, a partir de la comunicación y el intercambio de información a diversos niveles. Recibimos la influencia de las personas cercanas e influimos en ellas; en este sentido, todo comportamiento o comunicación se inscribe en una amplia red de interacciones.

La idea básica de la cibernética es la “retroalimentación” que es definida por Wiener (1954/1967; en Keeney, 1987) como el “método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado” (p. 83). Keeney (1987) menciona que en los contextos del cambio y del aprendizaje se establecen o modifican la retroalimentación. También señala “para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado Keeney, 1987, p. 83).

Con el estudio de los procesos cibernéticos se discutieron las conexiones entre el cambio y la estabilidad. En un inicio se empleó el término “homesotasis” para analizar cómo los procesos de cambio llegan a la estabilidad; el término se considera erróneo porque indica un “estado estacionario”. Wiener propone que la estabilidad y el cambio se explican por diferentes órdenes de control de la retroalimentación; si no está sujeta a un control de orden superior se conduce a la intensificación descontrolada que termina destruyendo al sistema (Keeney, 1987).

A la cibernética que permite comprender los procesos reguladores de primer orden en el animal y la máquina se le denominó cibernética simple e incluye las nociones de homeostasis y adaptación. Mientras que a la cibernética que incluye los conceptos de autorreferencia, autonomía y los que corresponden a unidades más complejas de la mente se le denominó la cibernética de la cibernética Keeney, 1987).

Heinz von Foerster (1974; en Keeney, 1987) hace una distinción entre cibernética de primer orden (“cibernética de los sistemas observados”) de la cibernética de segundo orden (“cibernética de los sistemas de observación”). Desde la perspectiva de la cibernética del segundo orden se admite el nexo necesario entre el observador y lo observado y examina cómo participa el observador en lo observado.

Gregory Bateson

El influjo familiar y cultural que tuvo Gregory Bateson en su propuesta científica es sumamente importante dentro del desarrollo de la Terapia Familiar. La influencia que tuvo Bateson de su abuelo y de su padre dirigen la línea humanista y científica que lo caracteriza. Pensadores marginales del siglo XIX como Blake y Samuel Butler van a ser su “motor científico” además de la cautela que tuvo de aplicar prematuramente sus ideas. Siendo Biólogo, Bateson se fascina del contacto con personas de diferentes culturas y se hace antropólogo. La antropología de los años 20s tenía una orientación evolucionista y ciertas dificultades metodológicas que le hacían preguntarse ¿Qué se tiene que observar? (Wittezaele y García, 1994).

Su primera obra es publicada en 1936 bajo el nombre de *Naven*. Bateson presenta la organización de una sociedad primitiva a partir de una sola ceremonia, el *naven*. En este ritual los hombres visten un disfraz de mujer y viceversa; la ceremonia se lleva a cabo

cuando un niño o un adolescente realizan un acto de adulto. La importancia de la obra radica en la reflexión metodológica y epistemológica de su trabajo de campo.

Bateson designó al equilibrio social de los *iatmul* como *cismogénesis* y distinguió dos tipos de configuración interaccional cismogénica:

1. La cismogénesis complementaria. Bateson observó que los estímulos de las mujeres *iatmul* reforzaban el exhibicionismo de los hombres, lo que producía mayor estímulo, por tanto mayor exhibicionismo, así sin interrupción. En esta interacción el comportamiento de un individuo o grupo complementa el comportamiento del otro.
2. La cismogénesis simétrica. En esta configuración el comportamiento de un individuo o grupo es el reflejo del otro. Este tipo de interacción puede desarrollar situaciones de competición, en donde la conducta de uno, (agresión, violencia, etc.) puede generar en el otro una respuesta similar, así sin suspensión.

La pauta que conecta

Bateson (1993) ofrece la frase *la pauta que conecta* como sinónimo del libro *Espíritu y naturaleza*, en el cual refiere que la Epistemología humana de los años cuarenta, era producto de una física obsoleta que suponía que los seres humanos eran criaturas totalmente singulares y materialistas, no contemplaba el universo viviente de lo singular y lo espiritual. En esta obra Bateson propone ideas, proposiciones o verdades que la epistemología debe considerar. Una de estas ideas es que la ciencia “nunca prueba nada”; aquí Bateson afirma que la predicción no puede ser nunca válida y que la ciencia no puede generalizar ni proponer una verdad definitiva. Otra invitación es la frase: “el mapa no es el territorio”, refiriendo que entre el pensamiento, la percepción o la comunicación hay una transformación entre la cosa sobre la cual se informa y lo que se informa de ella, en este sentido afirma que no existe la experiencia objetiva porque toda experiencia exterior siempre está mediada por determinados órganos sensoriales y vías neurales. Otro enunciado es el que dice: “nada puede provenir de nada, sin información”, para explicar que la ausencia de todo suceso o indicador puede ser un mensaje; por ejemplo la carta que no se escribe o las disculpas que no se ofrecen, pueden ser mensajes suficientes y eficaces dentro de un contexto determinado, cabe señalar que el contexto lo crea el receptor del mensaje.

Los niveles de aprendizaje

Otra de las contribuciones de Bateson a la terapia familiar fueron los cuatro niveles del aprendizaje, definida ésta como el aumento de las redundancias entre la persona que aprende y su entorno; así tenemos:

- Aprendizaje de nivel cero. Es el aprendizaje más simple, donde los efectos de un estímulo son estereotipados. En este nivel la persona no utiliza el resultado de una experiencia para mejorar situaciones futuras.
- Aprendizaje de Nivel 1. El que más se ha estudiado en los laboratorios de psicología experimental con el enfoque sobre el condicionamiento pavloviano y skineriano. Este tipo de aprendizajes se da cuando una persona permite una diversidad de conductas y poco a poco, por una serie de ensayos corrige sus errores.

- Aprendizaje de nivel 2. Este consiste en un cambio en el proceso mismo de aprendizaje. Es denominado por Bateson “aprender a aprender”.
- Aprendizaje de nivel 3. Este tercer nivel de aprendizaje y su entorno es considerado como la trascendencia de las diversas coacciones que constituyen las premisas del mundo (Witzezaele y García, 1994).

2.1.4. Teoría de la comunicación

La teoría de la comunicación humana tuvo una influencia significativa en la terapia familiar en los decenios de 1950 a 1980; los pioneros de esta teoría fueron: Don D Jackson y Jay Haley, que estudiaban el modelo de comunicación en la esquizofrenia. En 1958 Jackson funda el *Mental Research Institute* (MRI) siendo sus primeros colaboradores Jules Riskin y Virginia Satir, posteriormente se unieron Haley, Weakland y Watzlawick. Las primeras investigaciones del MRI se centraron en el estudio de familias esquizofrénicas, luego trabajaron con familias que tenían un miembro delincuente, con asma, ansiedad, niños con bajo aprovechamiento y otros. Las primeras formulaciones teóricas incluyeron: la homeostasis en la familia, la retroalimentación positiva o negativa, las reglas prescriptivas y descriptivas que ayudan a identificar patrones irregulares dentro de una familia, el desarrollo de reglas implícitas y explícitas en una familia, la puntuación como ayuda o como rescate para parejas en conflicto y la causalidad circular o negación del comportamiento paradigmático. Posteriormente Watzlawick, Beavin y Jackson, analizaron las áreas de análisis de la comunicación humana y postularon axiomas que explican la interacción comunicativa entre los miembros de la familia (Sanchez y Gutiérrez, 2000).

Al respecto, Watzlawick, Beavin y Jackson (1967) refieren que la comunicación humana tiene tres áreas para su análisis. La sintáctica, la semántica y la pragmática. La primera abarca el estudio de la transmisión de la información y sus dificultades en relación a la codificación, canales de comunicación, capacidad, ruido, redundancia y otras. La semántica estudia el significado de lo que se comunica. La pragmática se centra en los efectos de la comunicación en la conducta considerando el contexto en que la comunicación tiene lugar y la relación emisor receptor y viceversa. Otros conceptos generales de la comunicación humana son la información, la retroalimentación la redundancia y la metacomunicación.

Según Watzlawick et al. (1967) la comunicación humana tiene ciertas propiedades simples que en la práctica establecen ciertas consecuencias interpersonales para el emisor y para el receptor. A estas propiedades simples se les denominó axiomas de la comunicación; cada uno de ellos puede verse distorsionado y generar una comunicación patológica. Los axiomas y las posibilidades de distorsión son las siguientes:

1. **La imposibilidad de no comunicar.** Con este axioma se declara que por más que uno intente no puede dejar de comunicar. En este sentido, la actividad, la inactividad, las palabras o el silencio comunican algo que puede influir en los demás. Éstos no pueden dejar de responder y por ende, también comunican. El aspecto patológico de este axioma se presenta cuando una persona intenta *no* comunicarse y responde con: rechazo de la comunicación, descalificando la comunicación por medio de las autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, oraciones incompletas, malentendidos, interpretaciones literales de la metáfora etc. También se puede utilizar la comunicación como un síntoma, de modo que alguien puede fingir somnolencia,

sordera, ignorancia del idioma o cualquier otra deficiencia que justifique la imposibilidad de comunicar.

2. **Los niveles de contenido y de relación.** Este axioma define dos aspectos que se determinan mutuamente. El contenido puede ser cualquier cosa que sea comunicable. La relación se refiere al nivel de compromiso de los comunicantes. De modo que además del contenido, todo mensaje contribuye a la definición de la relación. En este sentido puede haber las siguientes variaciones:

- Cuando los participantes concuerdan en el contenido y en la definición de su relación, este es considerado el mejor de los casos.
- Los participantes están en desacuerdo en el nivel del contenido y en el nivel de relación. Considerado por los autores como el peor de los casos.
- Los participantes están en desacuerdo en el nivel de contenido, pero no de la relación. Considerado por los autores como la forma más madura de manejar los desacuerdos.
- Los participantes están de acuerdo en el nivel de contenido, pero no en la relación, lo que significa que la estabilidad de la relación puede verse seriamente amenazada.
- Las situaciones en que una persona se ve obligada a dudar de sus propias percepciones por temor o amenaza de perder la relación.

3. **La puntuación de la secuencia de los hechos.** El universo es distinguido por “divisiones” de tipo espacial y temporal, la percepción que tenemos de las secuencias se limita a la postura de espectadores de lo que sucede fuera, sin incluirnos. En este sentido la puntuación es el fenómeno en el que se dividen las secuencias interaccionales para descubrir los efectos y las causas de un fenómeno cualquiera. El aspecto patológico de este axioma se presenta cuando hay un *impasse* en la relación donde predominan los círculos viciosos que solamente se pueden romper hasta que los participantes estén en condiciones de metacomunicarse.

4. **Comunicación digital y analógica.** La comunicación digital incluye el lenguaje verbal con una sintaxis lógica y compleja. La comunicación analógica contiene todo lo que sea comunicación no verbal como la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras. El trastorno de la comunicación se dan por los errores de traducción entre el material analógico y el digital.

5. **Interacción simétrica y complementaria.** Este axioma se refiere a las características de la relación que pueden estar basadas en la igualdad o en la diferencia. Una relación es simétrica cuando los participantes tienden a igualar sus posiciones. Una relación es complementaria cuando hay dos posiciones distintas, un participante puede estar ubicado en una posición superior mientras que el otro se ubica en una posición inferior, de este modo ambos se complementan. La interacción extrema de ambas provocan patologías potenciales.

2.1.5. Constructivismo

La teoría constructivista ha tenido un desarrollo inmenso desde la segunda mitad del siglo XX; para Neimeyer y Mahoney (1998) esta teoría es una expresión multifacética que reconoce al individuo como un participante activo y en evolución de su propia experiencia. Lyddon (1998) define al constructivismo como “una perspectiva epistemológica basada en la afirmación de que los seres humanos crean activamente las realidades a las que responden” (p. 89).

La psicología constructivista se fundamenta a partir de una tradición filosófica y psicológica. De la filosofía retoma el análisis de los límites del conocimiento derivado de Kant, y la filosofía Neokantiana de Vaihinger. De la psicología retoma la epistemología genética de Piaget, el análisis constructivista de la memoria humana de Barlett, la naturaleza constructiva del sistema nervioso del ser humano de Hayek, los constructos personales de Kelly y la metateoría motriz de la mente de Weimer (Lyddon, 1998).

Desde la perspectiva constructivista el ser humano es concebido como un agente que actúa en y sobre el mundo con autoeficacia, es un participante activo dentro del propio proceso de la experiencia; con necesidad de un orden que establezca el desarrollo de sus propios esquemas y la creación de significados; se forma una identidad a partir de la autoorganización biológica, de aquí emergen las experiencias corporales y las emociones son centrales para la experiencia.

En el campo de la psicoterapia el constructivismo es un proceso no correctivo ni confrontacional, pretende reconstruir los procesos de ordenamiento del cliente a fin de mantener el sentido del sí mismo y las estructuras de organización nuclear. Este modelo tiene como objetivos promover la creación de significados, reformular las metáforas centrales de la narrativa del cliente, movilizar el sistema de significados a nivel personal o social y cuestionar los paradigmas implícitos que a menudo están inarticulados. El terapeuta que trabaja desde este modelo solicita autoinformes (diarios, tareas estructuradas de auto observación, etc.) utiliza ejercicios de enfoque para el reconocimiento emocional, agendas de sesión, historia del proyecto de vida, resumen y rituales de finalización.

2.1.6. Construcciónismo social

Como refiere Limón (2005) la explicación de la realidad ha pasado por diferentes momentos históricos a lo largo de diferentes épocas. El movimiento que empieza a finales del siglo XIX y adquiere su máxima expresividad a mediados del XX se le conoce como la modernidad. Este movimiento retoma al pensamiento ilustrado del siglo XVIII incorporándolo nuevamente al poder de la razón y la observación como “la base del conocimiento verdadero”. Esta época tuvo un gran impulso por el desarrollo del mercado y por el avance tecnológico en la informática y las telecomunicaciones que se generaron a partir de las dos guerras mundiales incluyendo la llamada “guerra fría”. Díaz (1999) refiere que en la modernidad la cultura es concebida por medio de tres esferas: la ciencia, la moralidad y el arte y se validaban por la verdad, el deber y la belleza unida al ideal del progreso. Por tanto, el discurso modernista va a hacer referencia a las leyes universales que explican la realidad utilizando términos como determinismo, racionalidad, universalidad, verdad, progreso, emancipación, unidad, continuidad y ahorro. El proyecto de la modernidad de entonces, apostaba a la prosperidad. Al respecto, Díaz (1999) refiere: “se

creía que la ciencia avanzaba hacia la verdad, que el progreso se expandiría como forma de vida total y que la ética encontraría la universalidad a partir de normas fundamentadas racionalmente” (p.20).

En este contexto surge una nueva forma de pensar a la que se le ha identificado como la posmodernidad. Este movimiento histórico- cultural ha generado grandes debates en la ciencia, la ética y el arte. Díaz (1999) menciona que la posmodernidad cuestiona los valores y las promesas al pretendido progreso global de la humanidad después de sucesos como el nazismo, la invasión a Hungría, el proceso militar en Argentina entre otros y duda de la excelencia incondicional de la ciencia después de Hiroshima, Chernobyl y otros tantos desastres humanos y ecológicos. De este modo, el discurso de la posmodernidad sostiene que no hay una realidad única sino que hay consensos locales o parciales, que no se puede enmarcar al mundo social como un sistema objetivo y que más bien se interesa en explorar el lenguaje, el poder, los factores sociales y la historia en el moldeamiento de nuestras visiones acerca de la realidad, la verdad y el conocimiento (Biever, Bobele, Gardner y Franklin, 2005; en Limón, 2005). Algunos de los términos de la posmodernidad son: deconstrucción, alternativas, perspectivas, indeterminación, irreversibilidad, descentralización, disolución y diferencia.

Con la influencia del posmodernismo surge el construccionismo social. Esta teoría abandona la búsqueda de las verdades fundamentales y se centra en nuestros orígenes sociales que explican la influencia que tienen las interacciones sociales en la percepción y los significados que tenemos del mundo (Biever y Gardner, 1998; en Limón, 2005). Se entiende que los significados no son “producto de la mente” sino son creados por el contexto, por la interacción y por la negociación interpersonal (Gergen, 1992). Desde esta perspectiva, el self se construye a partir del diálogo entre el individuo, él mismo y los otros, y está compuesto por “múltiples voces”, que si bien no tienen una integración centralizada si tienen un orden jerárquico.

En el campo de la psicoterapia el construccionismo social es visto como un proceso de construcción de significados en el diálogo entre terapeuta y paciente. El paciente relata y expone aspectos problemáticos de su vida dentro del contexto de su historia personal. El terapeuta ofrece un diálogo dando la oportunidad de “re- escribir” su historia para completarla, hacerla más coherente o cambiarla por otra más funcional. Por tanto las intervenciones se centran en el cambio de significados más que en el cambio de conductas, sentimientos o pensamientos. El terapeuta construccionista utiliza una forma de conducir la conversación que se caracteriza por centrarse en las soluciones, en la externalización y normalización del problema, en la identificación y en la exploración de las excepciones del discurso; para ello dispone de una variedad de estrategias como documentos escritos que pueden ser cartas, diarios, autobiografías, etc., la introducción de nuevos marcos de referencia o el uso de metáforas.

2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

2.2.1. MODELO ESTRUCTURAL

Antecedentes

Salvador Minuchin es considerado el autor del modelo estructural. Minuchin parte de su propia experiencia de vida y profesional para observar con cuidado las interacciones de una persona con otras. Entre 1960 y 1965 Montalvo, Auerwalsd, King Rabinowtz y Minuchin trabajaron con adolescentes delincuentes en la correccional de Wiltwyck en Nueva York, ahí, experimentaron las limitaciones del enfoque psicoanalista y se centraron en la conducta como acción y reacción, también se percataron que una respuesta se vuelve al mismo tiempo un punto de partida (Minuchin y Nichols, 1994).

Minuchin fue director de la Philadelphia Guidance Clinic por diez años, ahí realizó observaciones interesantes en familias que tenían un hijo diabético, se percató que los conflictos psicológicos suscitaban síntomas físicos y que la familia podía responder con cuidados o con cierta indiferencia a los conflictos de base. Minuchin y su equipo desarrollaron nuevos modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento de los síntomas psicósomáticos en los niños (Minuchin, 1985).

Descripción

El modelo estructural observa con atención la organización familiar; pues cuando hay una transformación en la organización, sus integrantes modifican sus posiciones; desde esta perspectiva el terapeuta se asocia con la familia a fin de modificar la experiencia de sus integrantes en el momento presente sin tratar de interpretar el pasado.

El modelo Estructural denota dos vertientes, desde **la estructura** se observa y se trabaja en la aproximación y distancia de las relaciones interpersonales de cada miembro de la familia, se identifica que el problema no radica en el paciente identificado sino en la estructura familiar. En **la evolución**, se toma en cuenta la transformación del ciclo vital de la familia como variables de los desajustes familiares y la adaptación de la familia a las influencias externas (Minuchin, 1985).

Los terapeutas familiares con enfoque estructural enfatizan la distribución del poder y la flexibilidad en las familias, en este modelo se percibe las jerarquías donde los mayores tienen un mayor status; los demás miembros de la familia se subdividen en subsistemas, el funcionamiento familiar depende de los límites, las adaptaciones de la familia, las alianzas, las coaliciones y la identidad.

Este modelo tiene como objetivos redefinir la queja o el problema, realizar un diagnóstico estructural donde el terapeuta identifique la historia de la familia, los datos de la conducta dirigida, de la conducta espontánea, la respuesta de la familia a los intentos de coparticipación y de cambio del terapeuta. También se identifica la patología familiar observando la presencia de alianzas, coaliciones y triangulaciones así como las características de la jerarquía y las fronteras de la familia (Umbarger, 1983).

Subsistemas

Los subsistemas son la unión conjunta para desarrollar ciertas funciones, puede ser un solo individuo o dos quienes desempeñen un rol que es funcional para todos sus miembros, éstos pueden ser formados por generación, sexo, interés o función.

Subsistema Conyugal: Conformado por la pareja que se une para construir una familia. Para que este subsistema funcione se requiere de ciertas cualidades como el de la complementariedad, la aceptación de la mutua interdependencia y la acomodación mutua. La pareja debe tener un límite para protegerse de las demandas y necesidades de otros sistemas internos y externos.

Subsistema Parental: Este subsistema aparece con la llegada del primer hijo. El límite que deben trazar los padres es permitir el acceso del niño a ellos sin que se pierdan y excluyan las relaciones conyugales. Con el crecimiento de los hijos los requerimientos de los padres van cambiando.

Subsistema fraterno: Este subsistema lo conforman los hermanos; este es considerado como el laboratorio de socialización y donde se aprende a afrontar las relaciones interpersonales. Ante el contacto con el mundo externo los niños ponen a prueba los conocimientos nuevos con sus hermanos.

Los Límites

Son las reglas que definen la participación de sus miembros. La función de los límites radica en proteger la diferenciación de los subsistemas. Según Minuchin (1985) los límites pueden ser rígidos, claros o difusos; para tener un buen funcionamiento se requieren de límites claros que deben ser definidos con mucha precisión. Los dos extremos de los límites son designados como **desligamiento y aglutinamiento**; del primero los límites son inadecuadamente rígidos de modo que las fronteras que separan a los subsistemas se vuelven como murallas, así, los miembros de un subsistema se encuentran aislados de los otros subsistemas. El aglutinamiento se da cuando los miembros de la familia están demasiado involucrados los unos con los otros, en los subsistemas hay poca diferenciación y las fronteras se vuelven difusas.

Minuchin (1985) propone parámetros de diagnóstico que permiten la dirección de las intervenciones del terapeuta, estas son: las jerarquías, los límites, las alianzas, las coaliciones, el territorio y la geografía. Las **alianzas** son las que se forman entre dos o más miembros de la familia y se caracteriza por un acercamiento mutuo; dichas alianzas pueden ser transitorias, rígidas, flexibles o patológicas. Las **coaliciones** son la consecuencia de una alianza rígida, en este caso los miembros que están aliados se ponen en contra de otro u otros. Con el **territorio** se evalúa los espacios que ocupa cada miembro en la familia tanto en tiempo como en lugar. La **geografía** se refiere a la distribución de los espacios físicos de los miembros de la familia.

Principios

- **Organización.** Es el principio central de este modelo y hace referencia a la ubicación y funciones que realiza cada miembro de la familia para lograr el beneficio mutuo.
- **Evolución.** El Modelo Estructural considera la transformación del ciclo vital de la familia como un factor que puede incidir en los desajustes familiares y agudizarlos si no hay una adaptación a los cambios externos.
- **Flexibilidad.** Este principio enfatiza la distribución del poder y la flexibilidad en las familias; desde esta perspectiva se toma en cuenta la jerarquía donde los mayores tienen un mayor estatus.
- **Espontaneidad.** El terapeuta se emplea a sí mismo siendo espontáneo en relación al contexto de la terapia y respetando los valores, intereses y preferencias de cada miembro de la familia (Minuchin y Fishman, 1984).

Técnicas terapéuticas

Las técnicas del Modelo Estructural apuntan a reorganizar a la familia y se apoya en tres cuestionamientos principales que exploran la organización y una diversidad de técnicas (véase la Tabla 4).

Estrategias de cuestionamiento de la organización.

- **Cuestionamiento del síntoma.** Minuchin y Fishman (1984) dicen que la familia que acude a terapia generalmente ha etiquetado al miembro problemático y lo presentan como tal; el terapeuta estructural considera que el problema no reside en el paciente identificado sino en las pautas de interacción. Con esta estrategia el terapeuta explora las pautas disfuncionales y redefine el problema.
- **Cuestionamiento de la estructura familiar.** El terapeuta identifica la proximidad y la distancia excesiva o escasa entre los miembros de la familia y cuestiona la demarcación que los miembros hacen de sus papeles y sus funciones. Para cuestionar la estructura familiar el terapeuta se apoya en las técnicas de fijación de fronteras, desequilibramiento y la enseñanza de la complementariedad.
- **Cuestionamiento de la realidad familiar.** La terapia familiar parte de la premisa que las pautas de interacción obedecen a la realidad como es vivenciada y experimentada por la familia. Con esta estrategia, el terapeuta familiar modifica la visión de los problemas y abre nuevas posibilidades de interacción entre sus miembros. El terapeuta se puede apoyar en las técnicas de constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y el fortalecimiento de los lados fuertes de la familia (Minuchin y Fishman, 1984).

Técnica	Objetivo
Coparticipación	El terapeuta se acomoda a la familia aceptando su organización y su estilo.
Escenificación	Detectar las interacciones disfuncionales. El terapeuta observará las interacciones que se producen de forma espontánea, identificando el modo en que se relacionan. El terapeuta puede sugerir una tarea a fin de observar el modo en que la familia acuerda para realizarla.
Intensidad	Propiciar la escucha entre todos los presentes, utilizando la repetición del mensaje o haciendo cambios en la distancia física.

Fijación de fronteras	Buscar la permeabilidad de los subsistemas. Se apoya en la distancia psicológica y la duración de la interacción.
Desequilibramiento	Cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El terapeuta se alía con un miembro de la familia ignorando a otro o utilizando la colusión.
Modificación de la relación jerárquica	Modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia cuestionando la idea integral de la jerarquía.
Modificación de los esquemas cognitivos	Transmitir el mensaje de que la familia dispone de otras alternativas de funcionamientos optando por una visión de la realidad flexible y pluralista.

Tabla 4. Técnicas del Modelo Estructural (Minuchin y Fishman, 1984).

Alcances y limitaciones del modelo Estructural

La contribución que el modelo estructural ha tenido dentro de la terapia familiar ha sido el binomio familia-organización. El aspecto medular de este modelo está centrado en el funcionamiento de las familias, atendiendo las fronteras, la jerarquía y la adaptación a las vicisitudes de los cambios al interior y al exterior. La contribución de este modelo radica en la reestructuración tanto de los mitos como de los fenómenos de la vida cotidiana; el terapeuta es partícipe de la creación de nuevas oportunidades para el cambio, busca la flexibilidad y la proximidad, modifica la visión rígida de los problemas para descubrir nuevas posibilidades y deshace alianzas y coaliciones rígidas y patológicas para promover un convenio de unión.

Las restricciones hacia este modelo han sido admitidas por el mismo Minuchin en una entrevista realizada por Richard Simon. En dicha entrevista, Minuchin se muestra crítico de su propia postura; admite la reprobación que las feministas le hicieron en relación a los prejuicios de género debido a que en sus intervenciones ubicaba a las mujeres en el rol de la crianza de los hijos y a los hombres en una jerarquía de control. Acepta utilizar algunas estrategias del modelo de soluciones y narrativa, al mismo tiempo que impugna la postura colaboracionista y simétrica de los terapeutas que estas corrientes impulsan restringiendo la movilidad y la creatividad. Lo notable del creador del modelo estructural es la condición reflexiva que hace de su experiencia de 50 años de trabajo con familias, labor que dice, sigue disfrutando (Simon, 1996).

Considero que las limitaciones del modelo estructural se presentan sobre todo en los casos de padres que no se hacen cargo de sus hijos; otra de las restricciones es la escasa atención que se pone a la vida interior de la persona con sus alteraciones y sus procesos individuales, al igual que a los sentimientos que alberga cada uno de sus miembros. El modelo también muestra sus limitaciones con parejas que viven solas sin hijos. Considero que la falta de experiencia en los terapeutas novatos puede ser una dificultad en la aplicación de las técnicas de desequilibramiento. Se ve limitado en casos de crisis o duelo, pero no así en familias de dos o tres generaciones con niños o adolescentes, en familias psicósomáticas y particularmente en familias compuestas.

Estimo que la contribución del modelo estructural radica en la propuesta del diagnóstico familiar, la organización de la familia considerando las redes de apoyo del propio sistema y

la recuperación de la función de la familia. El modelo estructural resulta ser bastante útil para recuperar los niveles de competencia de los padres, tutores y maestros si trasladamos este modelo al ámbito educativo.

2.2.2. MODELO ESTRATÉGICO

Antecedentes

La creación del Modelo Estratégico tiene sus antecedentes en el Modelo Ericksoniano y a éste le anteceden Franz Antón Mesmer, reconocido como el padre de la hipnosis y quien le daba importancia al masaje del cuerpo para magnetizarlo, y Jean Marie Charcot, neurólogo francés considerado pionero en el acceso a los recuerdos olvidados a través de la hipnosis y cuyos trabajos influyeron en Freud y Breuer con la idea de la regresión hipnótica (Eguiluz, 2004).

La hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve los recursos naturales que cada individuo posee a fin de prevenir, enfrentar y resolver problemas. Desde esta perspectiva, se considera como recursos naturales a la respiración, la imaginación, al uso de emociones, de sensaciones e ideas. La comunicación se logra a través del trance hipnótico, éste es un estado alterado de la conciencia y de la capacidad de alerta y que el terapeuta estimula para promover la acción de la persona (Eguiluz, 2004).

La terapia estratégica y el modelo Ericksoniano tiene algunas similitudes como la orientación temporal. Ambas trabajan en el presente y van dirigidas al futuro, formulan hipótesis específicas para cada cliente en particular; el trabajo está orientado a metas y objetivos. Retoma de la hipnosis el procedimiento paradójico. El terapeuta dirige al paciente para que realice cosas voluntariamente, y luego pide un cambio espontáneo o comunica su experiencia para que ese cambio se produzca (Haley, 1983).

Descripción

La premisa particular de este modelo se dirige a que los procedimientos psicoterapéuticos estén destinados a la solución de problemas en el marco familiar. Desde este enfoque, el problema se define como una situación generalmente provocada por círculos viciosos de retroalimentación que trae consecuencias negativas a las personas involucradas en la situación (Fernández, 1981).

Para Haley (1976) un **problema es:** “un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas” (p. 6). El problema se centra en la situación social más que en la persona, y el síntoma no es más que la secuencia reiterada de comportamientos que tiene lugar dentro de la organización social.

Haley (1983) menciona que los terapeutas o profesionales de la salud pueden crear un problema cuando se etiqueta a una persona como <<alcohólica>>, <<hiperactivo>>, <<esquizofrénico>>, etc. La conceptualización del problema en el Modelo Estratégico va a hacer hincapié en lo analógico; se entiende que el síntoma funciona como un modo en que la familia se comunica con los demás. Según Madanes (1982) el síntoma es la expresión de un problema y también su solución para todos los que tienen que ver con él.

Este modelo tiene como objetivos ayudar a la familia a sobrellevar la crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida e impedir la repetición de las secuencias. Es por eso que se identifica el problema, las personas que participan en el mismo y se programan las intervenciones para modificar la dinámica familiar a fin de que el problema ya no sea necesario (Madanes, 1982).

Principios

- **Flexibilidad.** La intervención debe adaptarse al problema, los elementos de tiempo, lugar y tipo de procedimiento pueden ser variables. En cuanto a la duración total de las sesiones no hay límites estrictos, se considera en términos aceptables un promedio de siete o doce sesiones cuidando que el tratamiento no sea prolongado (Fernández, 1981).
- **Economía.** Este principio enuncia que la intervención terapéutica se planeará con el mínimo de medios y el máximo de resultados. Para llevar a cabo este principio, se requiere de una adecuada evaluación para localizar los factores del origen y los que mantienen el problema (Haley, 1983).
- **Simplicidad.** Este principio facilita los planes de acción y el desarrollo de estrategias a un objetivo general. Esta premisa evita las complejidades innecesarias (Fernández, 1981).
- **Control.** Este principio indica que el terapeuta es más directivo en la sesión por la consistencia del plan estratégico que va formulando. De este plan se derivan tácticas y técnicas que el terapeuta va incidiendo para lograr la meta final (Madanes, 1982).
- **Seguridad.** Al diseñar un plan estratégico éste debe ser planeado con la premisa de “no hacer daño” para lo cual el terapeuta debe tomar en cuenta la extensión de la intervención considerando los límites del cambio a través de una evaluación minuciosa (Fernández, 1981).
- **Ciclo vital de la familia.** Haley (1983) menciona que a partir de la investigación y la observación se hizo evidente que las familias tenían un proceso de desarrollo y que los síntomas psiquiátricos aparecen cuando este proceso se altera. Este modelo toma en cuenta el momento del desarrollo que vive la familia.
- **Jerarquía y poder.** La organización es importante y la desigualdad inevitable, y para estar organizados habría que seguir ciertos modos de conducta estandarizados y jerarquizados. Toda familia requiere de una organización a través de la jerarquía donde se establezcan las reglas de quienes tendrán más status y poder y quiénes ocuparán un lugar secundario (Haley, 1976).

Técnicas del Modelo Estratégico.

Madanes (1982) menciona que las intervenciones en este modelo suelen ser directivas en cuanto a las actividades que la familia tiene que realizar dentro y fuera de la entrevista. Las directivas son planificadas deliberadamente y tienen como propósito involucrar a los integrantes de la familia que permanecían desligados, promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás, aumentar los intercambios positivos, suministrar información a la familia y ayudar a organizarse de modos más funcionales mediante la fijación de reglas y definición de fronteras. Las técnicas de este modelo se pueden agrupar en:

- **Directivas.** Se pueden dar de forma directa o implícita. Si el objetivo terapéutico es hacer que las personas se comporten de manera diferente, las directivas son un medio para dicho cambio. Las técnicas para lograrlo son de dirección, enfatizando lo positivo, estimulando la conducta sintomática, prescribiendo la conducta sintomática, añadiendo algo desagradable al síntoma y prescribiendo recaídas (Haley, 1976).
- **Alternativas.** Cuando las personas no están dispuestas a recibir directivas porque hay alguna resistencia, se induce al trance, utilizando la conducta, las creencias, los marcos de referencia, los intereses, las motivaciones, los síntomas e incluso las mismas resistencias del cliente, de esta manera el terapeuta responde de forma estratégica a todos los aspectos del cliente y su entorno (Eguiluz, 2004). Las resistencias se pueden encarar comunicándose a través de analogías, metáforas, parábolas y acciones interpersonales.
- **Metafóricas.** Utilizando la analogía del síntoma o del problema. Éste puede ser visto como metáfora de la situación familiar; las preguntas que haga el terapeuta familiar irán enfocadas hacia los hijos, el trabajo, las relaciones con la esposa, etc. Las intervenciones pueden ir siguiendo la analogía del síntoma (Haley, 1976).
- **Tareas.** Este modelo utiliza la denominada tarea paradójica. El terapeuta propone una tarea que incluye dos mensajes transmitidos a niveles diferentes, <<Cambien y No cambien>>. La solicitud a la familia es pedir que permanezcan estacionados a fin de poder ayudarlos. (Haley, 1976).

Alcances y limitaciones del modelo Estratégico

La trascendencia del modelo estratégico radica en la visión del problema como un círculo vicioso de retroalimentación donde los consultantes mantienen una secuencia de comportamientos reiterativos y negativos. Esta forma de ver las dificultades en una pareja o una familia permiten al terapeuta diseñar intervenciones para movilizar a los consultantes a comportamientos diferentes.

Lo que a mi juicio tiene un valor significativo es la postura de Haley con respecto al terapeuta, pues lo ubica como un agente activo, responsable del tratamiento de los consultantes, diseñador de metas y estrategias de intervención y de la evaluación del mismo. En esta misma línea Haley manifiesta, que el terapeuta puede generar un problema cuando etiqueta de “alcohólico”, “hiperactivo” “violento”, etc., a algún miembro de la familia. Esta “etiquetación”, herencia del modelo médico sigue estando presente en la jerga de muchos profesionales que trabajan en el área de la salud y la educación. Considero que estas observaciones son los pilares de la ética profesional generalmente desatendida no solo por orientadores educativos, docentes, sino por psicólogos y terapeutas.

Considero que una de las limitaciones de este modelo es que el terapeuta sin mucha experiencia pueda definir su postura ante el cliente con actitudes de superioridad y autoritarismo, situación que de no ser supervisada puede terminar en el dominio absoluto del terapeuta o suspensión de la terapia. La misma situación se puede derivar si las tareas sugeridas a la pareja o familia no son planeadas cuidando y resguardando la salud mental de los consultantes.

2.2.3. MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADO AL PROBLEMA

Antecedentes

Los precedentes del Modelo de Terapia Breve surgen con la creación del M. R. I. (Mental Research Institute) en Palo Alto California. En el MRI hay un periodo de transición que va de 1958 a 1963, tiempo en que Jackson es el director. El Instituto desarrolla un enfoque exclusivamente terapéutico e impone su originalidad en el medio de la terapia familiar. Jackson incluye en el equipo a Jules Riskin y a Virginia Satir (Szprachman, 2003).

Iniciando la década de los 60s se realizan las primeras investigaciones del LSD, el MRI participa en dichos estudios. Paralelamente el equipo de Bateson recibe un último subsidio para estudiar la terapia con familias de esquizofrénicos y todos sus miembros participan en ello. En 1960 se integra al equipo Paul Watzlawick, quien se interesa por los trabajos de Bateson y de su grupo; descubre el enfoque interaccional y emprende una investigación sobre el diagnóstico familiar y posteriormente sobre la comunicación (Wittezaele y García, 1994).

Los conceptos en los que los miembros del grupo de Palo Alto fundamentan su enfoque interaccional son: la teoría de los tipos lógicos, la información y la termodinámica.

- **La teoría de los tipos lógicos.** Bateson concede importancia a la obra de Bertrand Russell y Alfred Whitehead, ambos filósofos y matemáticos y quienes publicaron <<el tratamiento matemático de los principios de las matemáticas>>. La teoría de los tipos lógicos aplicada a la comunicación permite distinguir los diferentes niveles de análisis o parámetros que no pueden considerarse en el mismo plano
- **La información.** Esta noción abarca un campo semántico inmenso. Este concepto dentro de la ciencia moderna se ubica dentro de la física particularmente en las leyes de **la termodinámica**. La primera ley define el principio de la conservación de la energía; afirmando que la energía del mundo es constante. La segunda ley es la que se refiere a la cualidad de la energía (Wittezaele y García, 1994).

Descripción

Este modelo tiene como premisa general la naturaleza de los problemas y la solución de los mismos. Para Fisch, Weakland y Segal (1988) son cuatro los elementos que intervienen en la construcción de un problema; a) Que un cliente exprese preocupación por si mismo o por otra persona ante la conducta, pensamientos o sentimientos desagradables. b) Dicha conducta es definida como desviada, infrecuente o anormal y también aflictiva y dañina. c) El paciente o los demás han realizado algo para modificar dicha conducta y no han tenido éxito. d) El paciente o los involucrados piden ayuda porque no han podido cambiar la situación.

Una premisa importante del Modelo de Terapia Breve es la persistencia de los problemas. Fisch, et al. (1988) dicen que un problema existe y permanece como tal cuando hay conductas problemáticas que se llevan a cabo de forma repetida en el contexto social del cliente. Generalmente comienza con una dificultad en la vida cotidiana; dicha dificultad se puede convertir en un problema cuando se hace frente de forma equivocada y que al no solucionarse se aplique una dosis más elevada del mismo intento de solución.

El modelo de Terapia Breve tiene una duración que va de diez a doce sesiones que abarca todo el tratamiento, es por esto que presta especial atención a la conducta presentada como problema, y de éste se identifica claramente qué es y en qué aspecto es un problema y para quién. También se focaliza el contexto inmediato del cliente, identificando las pautas repetitivas de interacción.

El objetivo central de este modelo es lograr interrumpir la secuencia de las soluciones ineficaces, redefinir los comportamientos problemáticos y disolver la naturaleza, origen y duración del problema.

Principios

- **Orientación hacia el problema.** El problema es el que trae el consultante a la terapia y que está listo para tratar; de este modo el terapeuta enfoca su atención en la naturaleza del problema y el circuito interaccional que lo sostiene (Szprachman, 2003).
- **Soluciones que intensifican el problema.** Fisch, et al. (1988) mencionan que para que una dificultad se convierta en un problema se requiere dos condiciones: que la respuesta a la dificultad se haga de forma desacertada o se aplique reiteradamente una dosis más elevada de la misma “solución”; esta premisa también se conoce como “*más de lo mismo*”.
- **Evaluación equivocada de la magnitud del problema.** Evaluar de manera equivocada un problema genera problemas. Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) mencionan que las **terribles simplificaciones** se presentan cuando alguien niega la existencia de un problema y si una persona lo considera como tal, será tachado de loco o que actúa de mala fe. En el extremo opuesto al anterior, se encuentra el **síndrome de la utopía** que se caracteriza cuando se ve una solución en donde no la hay.

Técnicas y tácticas

- **Capacidad de maniobra.** Contempla la posibilidad que el terapeuta tiene para emprender acciones a pesar de los inconvenientes que se le presenten y los obstáculos de los mismos clientes. La capacidad de maniobra aumenta cuando el terapeuta obtiene información sobre las opiniones que tiene el cliente con respecto al problema, no tomando decisiones prematuras en relación al tratamiento y haciendo uso del lenguaje condicional para evitar caer en situaciones de alianza o coalición sugerido por el cliente.
- **Marco del tratamiento.** Requiere precisar el marco de referencia para que la persona que solicite el servicio realmente esté motivada para realizar cambios. Es importante obtener una información precisa referente a la naturaleza de la enfermedad, al afrontamiento del problema, a los objetivos mínimos del cliente, a la actitud y al lenguaje del cliente. Se sugiere preguntar de manera directa: *¿Cuál es el problema que les trae aquí? ¿Quién está haciendo que esto represente un problema? ¿Para quién y cómo constituye tal conducta un problema? ¿Cómo es que vienen en este momento a buscar tratamiento? ¿Qué es lo que están haciendo para solucionar el problema? ¿Qué es lo que consideraría como primera señal de*

que ha ocurrido un cambio significativo, aunque sea muy pequeño? (Fisch, et al. 1988).

- **Planificación del caso.** La importancia de la planeación del tratamiento radica en la aplicación de la propia influencia y la resolución del problema con rapidez. El bosquejo general de la planeación incluye los siguientes aspectos:
 - a) **Establecer el problema del cliente.** Para realizar este paso se requiere tener una comprensión clara de la dolencia del cliente.
 - b) **Establecer la solución intentada por el cliente.** El terapeuta debe obtener una comprensión completa y exacta de qué representan tales esfuerzos (las pretendidas soluciones), en especial las que se están llevando a cabo en el momento presente, además de tener claro cuál es el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados, y tratar de unificar todos los intentos en una sola categoría.
 - c) **Decidir qué se debe evitar.** El terapeuta deberá tener claro qué es lo que tiene que evitar a fin de no propiciar “más de lo mismo”
 - d) **Formular un enfoque estratégico.** Para Fisch, et al. (1988) las estrategias que son efectivas son aquellas que se oponen al impulso básico del paciente.
 - e) **Formular tácticas concretas.** Las tácticas concretas deben ser programadas considerando las acciones que en mayor medida se apartan de la solución intentada por el cliente.
- **Evaluar los resultados.** No se debe olvidar el objetivo general del tratamiento que es solucionar la dolencia del cliente. Tomando en cuenta los datos para determinar el éxito o el fracaso en el logro de dicho objetivo. El indicador más importante de éxito consiste en una declaración del cliente donde manifieste sentirse satisfecho con el resultado del tratamiento porque la conducta perturbadora haya cambiado o la percepción de dicha conducta (Fisch, et al., 1988).

Las intervenciones. Pretenden influir en la dolencia del cliente impidiendo que la conducta inapropiada no perpetúe el problema o rectificando la opinión del cliente acerca del problema.

Intervenciones Principales.

- Identificar si hay un intento del paciente en forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo; o que la aparición de la dolencia es vivida por el cliente como una experiencia dolorosa y entonces se vuelve un problema. La solución se obtiene cuando el paciente renuncia a sus intentos de coacción y deja de esforzarse.
- Acuerdo mediante la oposición, éste se puede utilizar en casos de riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos, etc. De hecho, quien se presenta a la terapia piensa que la otra parte amenaza la legitimidad de su propia posición y se siente dominado porque el otro no respeta su autoridad. Para tal caso se sugiere que el solicitante se coloque en una situación inferior.
- Conseguir la sumisión a través de la libre aceptación. Un cliente puede tratar de conseguir la espontaneidad de otro mediante la siguiente premeditación: “*quiero que quiera*”. Se sugiere que la persona que solicita algo, lo haga directamente así como redefinir las solicitudes directas como beneficio y las peticiones indirectas como algo inconscientemente destructivo.

- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. La dinámica del acusador-acusado se rompe cuando alguno abandona su papel repetitivo; se sugiere reunirse con el acusado para sugerirle que acepte las acusaciones (Szprachman, 2003).

Intervenciones Generales

- Indicar al cliente de no apresurarse en el tratamiento.
- Los peligros de una mejoría. Es una ampliación de la intervención anterior, se aplica en determinadas clases de resistencia; se sugiere también para valorar los posibles inconvenientes para el mismo cliente.
- Un cambio de dirección. Esta intervención se entiende como la rectificación de postura, de directriz o estrategia que el terapeuta realiza en caso de que éste se percate que va en la dirección equivocada o en caso de que se haya dado una discusión con el cliente.
- Cómo empeorar el problema. Esta estrategia suele ser útil en pacientes reticentes que no aprueban las anteriores sugerencias del terapeuta. Esta intervención concientiza al cliente de lo que puede suceder si persiste en su conducta y así resaltar el papel activo que ejerce en la persistencia del problema.

Terminación del tratamiento

En este modelo se trabaja en un tiempo breve, por tanto el terapeuta deberá tener presente cuál era la dolencia del cliente y el objetivo del tratamiento.

- **La terminación del tratamiento cuando el problema ha sido resuelto.** Es lo preferible y se da cuando la dolencia del cliente se ha eliminado o se ha reducido, entonces el terapeuta puede sugerir la finalización de la terapia, considerando la opinión del paciente.
- **La terminación del tratamiento sin que el problema haya sido resuelto.** Cuando no se ha solucionado el problema inicial se puede concluir la terapia a partir del término del tiempo convenido o por la permanencia del conflicto original. Se recomienda que en la última sesión se investigue por qué ha fracasado la estrategia (Fisch, et al. 1988).

Alcances y limitaciones del modelo breve

Los créditos del modelo de terapia breve se hallan en sus propias particularidades. Por un lado se trabaja considerando un tiempo promedio de 10 a 12 sesiones, tomando en primer plano la atención de la conducta considerada por los consultantes como el problema, del cual se identifican las pautas repetitivas, los intentos de solución y las personas involucradas; una vez detectado lo anterior, el terapeuta pone en práctica una serie de estrategias, tácticas y técnicas para interrumpir los patrones de comunicación reincidentes.

Las tácticas y estrategias sugeridos por este modelo son sumamente valiosos para orientar el trabajo con pacientes que acuden a solicitar ayuda pero obstaculizan su propio proceso o para adolescentes, esposas, esposos u otros que son invitados a tomar terapia sin estar convencidos de ello. En este sentido, las técnicas y tácticas sugeridas suelen ser una

herramienta valiosa para los terapeutas principiantes y una pista que orienta el trabajo terapéutico.

2.2.4. MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN SOLUCIONES

Antecedentes

La Terapia Centrada en Soluciones es un modelo que está considerado dentro de las terapias sistémicas breves. Desarrollada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg y su equipo en Milwaukee, Estados Unidos. Desde hace 15 años este modelo se ha desarrollado en América, Extremo Oriente, pero sobre todo en Europa; los campos de aplicación se han extendido a problemas de alcoholismo, esquizofrenia o abuso sexual, incluso a áreas ajenas a la psicoterapia como en orientación escolar, trabajo social u organizacional (Beyebach,1998).

El modelo de soluciones surge a partir de la tendencia de muchos autores a buscar soluciones efectivas en la terapia; pero también por influencias de algunos personajes como Milton Erickson de quien se retoma el “enfoque de utilización” que sugiere al terapeuta a considerar las capacidades del cliente a través de la observación de sus recursos y la utilización de la comunicación indirecta (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

En este enfoque se retoman nociones de la obra de Maturana y Varela, como la *autopoiesis*; término que se refiere a que todo ser viviente se organiza para sobrevivir y recrearse, este proceso de supervivencia y de adaptación viene siendo el producto de la interdependencia entre los sistemas vivos (Lipchik, 2002). Del mismo modo se retoman los constructos personales de Kelly, quien señala que a las situaciones se les da un sentido a partir de la aplicación de una serie de constructos, este es el modo en que cada uno traza distinciones para categorizar sus experiencias que tienen una incidencia importante en la previsión de los hechos futuros (Cade y O’Hanlon, 1995).

Descripción

El Modelo de Terapia Centrada en Soluciones se caracteriza por tres aspectos importantes: una determinada postura filosófica, la forma de usar el lenguaje y las técnicas que traducen la postura de los dos puntos anteriores.

En relación a la postura filosófica, Beyebach (1998) menciona que este modelo tiene como orientación la no-normatividad, entendiéndose como el respeto a la unicidad de cada persona, pareja o familia evitando categorizar criterios de normalidad y por tanto patologizar a las personas y sus relaciones. Desde esta plataforma de orientación se derivan las siguientes premisas: el cliente dispone de recursos suficientes para resolver sus problemas, el cambio es constante e inevitable, para encontrar una solución no necesariamente se tiene que llegar al problema, y por último, se incide en la idea de la simplicidad utilizando la siguiente fórmula, *si funciona, hazlo más; si no funciona, haz algo diferente*.

En relación al uso del lenguaje, los terapeutas que trabajan desde el Modelo Centrado en Soluciones realizan preguntas que están orientadas hacia las posibilidades y hacia el futuro;

para centrarse en las primeras, el terapeuta incide en los recursos y las fuerzas de los clientes más que en las debilidades y limitaciones, busca crear descripciones específicas e interaccionales en forma positiva y ayuda a que el cliente asuma un papel activo en su proceso de cambio.

Este modelo tiene como objetivo llevar a la persona, pareja o familia a identificar los recursos que tiene cada persona y los que emplean cuando no sucede el problema o “síntoma”, pretende también ampliar el margen del cambio iniciando con pequeños movimientos que produzcan una espiral de cambios en el sistema.

La tarea principal del terapeuta es reforzar lo que los clientes plantean, detectar sus recursos y los de la red social o profesional y ayudar a la familia a introducir un cambio pequeño que sea visible para otros miembros del sistema. El terapeuta es un experto conversador porque centra el diálogo en relación a lo que funciona y en lo que ya hacen bien.

Principios

- **Cada cliente es único.** Esta premisa parte de que los clientes están determinados por sus estructuras y evita que los terapeutas se ubiquen como los conocedores de la solución. La postura del terapeuta es la de un experto conversador que hace preguntas para movilizar recursos y no como un poseedor de la verdad y de la solución (Lipchik, 2002).
- **Destacar las diferencias.** Esta proposición tiene que ver con la distinción de lo que sucede cuando no está el problema. Para destacar las diferencias el terapeuta hará una observación disciplinada, entendida esta como la contemplación cuidadosa de todos los elementos que están presentes en el proceso terapéutico focalizando las excepciones (de Shazer, 1992).
- **Recursos.** Los clientes poseen los recursos necesarios para lograr sus objetivos pero que no los han utilizado o se les ha olvidado.
- **Contexto.** Analiza los fenómenos dentro del contexto. Considerando las relaciones interpersonales en el presente; las conductas y las relaciones son vistas como sistemas abiertos.

Técnicas del Modelo Centrado en Soluciones

De Shazer (1992) menciona que en este modelo se generan soluciones efectivas para los consultantes; desde la primera sesión se definen las metas que las personas desean obtener, cuando los objetivos estén claros para los clientes, se establecen los indicios que permitan reconocer el logro de las metas propuestas.

- **Intervenciones sobre la secuencia temática.** El terapeuta hace una evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan. Las intervenciones terapéuticas estarán enfocadas en los siguientes movimientos:
 - 1.- Cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar en donde se produce el síntoma.
 - 2.- Añadir un elemento nuevo.
 - 3.- Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática.
 - 4.- Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños.

5.- Unir la aparición del problema con una actividad gravosa.

- **El patrón del contexto.** En este tipo de intervenciones el terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma a fin de agregar o eliminar algo que altere el contexto habitual donde se presenta el síntoma.
- **Tareas de Fórmula.** Las tareas fórmula, también consideradas por De Shazer (1992) como las <<llaves maestras>> de las intervenciones generales, no requieren de una evaluación detallada del síntoma, sino de acciones que permitan la observación de los recursos que tiene el cliente o la familia, por ejemplo:
 - a) Tarea de fórmula de la primera sesión. Al finalizar la entrevista se le dice al cliente o familia que observen y anoten lo que quieren conservar de su familia, vida, matrimonio o relación.
 - b) Tarea de la sorpresa. Se le pide al consultante que haga algo novedoso y sorprendente.
 - c) Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces. Se sugiere dos caminos para lograr las soluciones intentadas. Sugerirle al cliente que observe cuidadosamente cuando el síntoma es superado. Y la otra es, indicar que se predisponga por las mañanas a obtener una solución eficaz.
- **Proyección al futuro.** Las preguntas con proyección al futuro, se emplean para construir con los clientes objetivos que sean alcanzables y útiles para los clientes, se sugiere que sean pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables. También tienen la intención de romper con el encuadre que los clientes hacen de la problemática que exponen. Dentro de las proyecciones al futuro se encuentra la pregunta por el milagro. De Shazer (1992) menciona:

Supongamos que una noche se produce un milagro, mientras duerme, se produce un milagro y su problema se resuelve. ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente? ¿Cómo lo sabría su esposo sin que usted le dijera ni una sola palabra? (p. 29)

Cuando se realiza esta pregunta se prepara una secuencia de preguntas para facilitar que el cliente transforme en objetivos útiles un comportamiento en particular.

- **Trabajo sobre las excepciones.** Cade y O'Hanlon (1995) mencionan que en la vida de las personas hay "excepciones"; éstas son aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta que es presentada como problema. La conversación sobre las excepciones tiene lugar en cualquier momento del proceso de la terapia; siempre que para los clientes esté siendo algo bueno y suponga conseguir los objetivos. El trabajo con las excepciones abarca cinco pasos:
 1. Observar el tema de las excepciones. A veces son los propios clientes los que informan espontáneamente los cambios antes de llegar a la primera sesión.
 2. Marcar la excepción. El terapeuta señala y no deja que pasen desapercibido las situaciones en las que no se presenta el problema.
 3. Ampliar las excepciones. En este punto el terapeuta hace preguntas a fin de que los clientes puedan identificar lo que si les funciona y cómo le hacen para funcionar.

4. Atribuir el control. El terapeuta atribuye el control a los clientes y se identifica lo que hicieron para que la excepción tuviera lugar.
 5. Seguir. Se explora excepciones en otras áreas.
- **La escala.** Cuando la queja y los objetivos están excesivamente vagos la utilización de la escala son una referencia para el terapeuta de cómo está avanzando el tratamiento. Puede ser aplicado de diversas formas, la utilidad de la escala va en dos sentidos: en suponer un posible movimiento de dirección donde el cliente establezca metas e identifique las metas y la atribución sobre la responsabilidad de los cambios. Se le pregunta al cliente de una escala de 0 a 10, donde el 10 es el máximo de satisfacción y el 0 el mínimo ¿cómo se encuentra ahora y cómo estaba antes? (Cade y O'Hanlon, 1995).
 - **Uso de analogía.** Puede usarse para amplificar algo que el terapeuta quiere resaltar. El uso de historias, anécdotas, parábolas se han utilizado para enseñar, explicar o enriquecer un pensamiento, pero también se puede utilizar para desconcertar a alguien. Una de las ventajas de usar la analogía es que se aborda un problema de forma indirecta y así se eluden las tendencias mentales conscientes que pueden ser prejuiciosas. Las metáforas se pueden utilizar cuando hay presencia de un síntoma físico (Cade y O'Hanlon, 1995).
 - **Mantener el cambio.** Cuando los clientes van externando los pequeños cambios, se hace una serie de preguntas para recuperar lo que hicieron para que se produjera ese cambio. Cade y O'Hanlon (1995) menciona que el terapeuta se debe mostrar muy perseverante para lograr que el cliente mencione minuciosamente las acciones que han emprendido con el fin de que lo sigan haciendo.
 - **Mensaje final.** La conversación es el componente principal del Modelo Centrado en Soluciones, hay una consideración importante en el mensaje final que transmite el terapeuta. Por tanto, el contenido del mensaje final debe contemplar elogios y tareas.
 - a) **Los elogios.** El terapeuta le devuelve a la familia lo que está haciendo bien, acentuando sus cualidades y sus fortalezas.
 - b) **La tarea.** Es considerada como una forma de intervención que pretende promover el cambio y propiciar que las personas se conduzcan de forma diferente para que obtengan diferentes experiencias subjetivas. El terapeuta propone alguna cosa por hacer o por pensar; pidiendo algo que sea coherente con lo hablado en la sesión o sugiriendo lo que los clientes están dispuestos a cambiar; las sugerencias deben ser sutiles y creadas para cada familia o persona en particular (Cade y O'Hanlon, 1995).

Alcances y limitaciones del modelo centrado en soluciones

Los terapeutas que siguen la propuesta del modelo centrado en soluciones prestan particular atención a los recursos, habilidades y capacidades de los consultantes; y los invita a recordar experiencias donde la situación presentada como problema fue resuelta o donde las interacciones entre los interesados no fueron problemáticas. Lograr que los consultantes observen con detenimiento las soluciones anteriormente esbozadas por ellos, tiene varias implicaciones: por un lado, identifican sus propios recursos y también tienen la posibilidad

de analizar con detenimiento el contexto y las circunstancias en la que se da una interacción donde se promueven soluciones o donde se mantiene un diálogo; también propicia tener una visión positiva acerca del modo de ser y estar en el mundo, situación menos socorrida porque los problemas abruman a las personas generalizando sus percepciones negativas a todo lo que les rodea. En este sentido, el modelo de soluciones ubica al paciente o a la familia en un lugar donde puedan observar sus propios recursos y así puedan recuperar la confianza en ellos mismos.

Las limitaciones que considero que tiene este modelo es que algunos pacientes puedan tener la percepción de que sus problemas no son comprendidos por el terapeuta. Muchos pacientes requieren hablar una y otra vez del problema que les preocupa y no les hace mucho sentido cambiar de enfoque. Por tanto, creo que el terapeuta debe tomar una actitud propositiva y debe observar las reacciones de los clientes para identificar en qué momento de la sesión y del proceso utilizar las excepciones o cualquier otra técnica de este modelo.

2.2.5. MODELO DE MILÁN

Antecedentes

El grupo conocido como «Milán» tuvo procesos de cambio en sus integrantes y en el modelo que fueron construyendo a lo largo de más de 20 años. En un primer momento el equipo estuvo formado por Mara Selvini, Giafranco Cecchin, Giuliana Prata y Luigi Boscolo (Ochoa, 1995). El grupo inicia en 1967 con la fundación del Centro para el Estudio de la Familia por Mara Selvini. Durante los primeros cuatro años de trabajo toman el psicoanálisis y las primeras concepciones de la enfermedad mental como producto de trastornos de la comunicación (Selvini, 1990).

Las dos vertientes que orientaron el trabajo de Mara Selvini hacia la comunicación fueron, por un lado la publicación de Lyman Wynne y Margaret Singer de 1963, quienes reportaron una investigación sobre el estilo comunicativo de las familias en las que había un paciente esquizofrénico, por otro lado, la influencia más importante según Selvini (1990) fueron las investigaciones del equipo de Bateson y la lectura de la Teoría de la Comunicación Humana. Estas influencias llevaron al equipo de Milán a seguir una orientación de tipo comunicacional.

Del grupo de Palo Alto, Mara Selvini y colaboradores adoptan el concepto de que la familia es un sistema, donde el comportamiento sintomático se mantiene bajo los patrones de la homeostasis. En este periodo el grupo describe la estructura de sus sesiones en cinco etapas:

1. Presesión
2. Sesión
3. Discusión de la sesión
4. Prescripción de la tarea para la familia
5. Post- sesión (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Descripción

El modelo de Milán se basa principalmente en la causalidad circular; para facilitar la orientación circular se sustituye el verbo <<ser>> por el <<mostrar>>. Así, se dice que una madre se muestra triste cuando su hijo se porta mal; la secuencia puede seguir si se sabe que cuando el niño se porta mal el padre la critica. El grupo se centra en los patrones recursivos de las relaciones. En las investigaciones realizadas con pacientes psicóticos, se va presentando el juego familiar que incluye: el mapa de las relaciones familiares (alianzas y exclusiones), las reglas implícitas de las relaciones, y el impacto del síntoma en la familia. La aparición del síntoma se relaciona con la discrepancia entre las conductas no verbales e implícitas con las creencias rígidas.

Desde esta perspectiva, los principales objetivos de la terapia se centran en la evaluación del sistema de relaciones, de creencias y valores de la familia y la relación que tiene con la aparición del síntoma. Para obtener información sobre el juego familiar, se emplean una serie de preguntas para identificar la percepción que tiene cada miembro de la familia del problema, la percepción de las relaciones antes y después de aparecido el síntoma, también se pregunta sobre los hechos que precedieron la aparición del síntoma y sobre lo que puede ocurrir en la familia si el problema continua o si desaparece. Los miembros del equipo terapéutico se preguntaran qué es lo que dentro del sistema mantiene el problema y por qué es ese miembro de la familia el que ha desarrollado un síntoma y precisamente ese síntoma (Selvini, 1990).

Selvini, P., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1980) elaboraron tres directrices para la coordinación de las sesiones.

- **Hipótesis.** Es la capacidad del terapeuta para determinar puntos de partida de su propia investigación al trabajar con una familia. La construcción de hipótesis se basa en las informaciones que se posee de la familia. Selvini, et al (1980) refieren que la hipótesis en general tiene un valor funcional, porque no se considera como verdadera ni como falsa, incluso puede ser errada. La hipótesis tendrá como función coordinar la sesión. También deberá ser sistémica, ya que debe incluir a todos los miembros de la familia.
- **Circularidad.** Selvini, et al (1980) dicen que la circularidad es la habilidad que tiene el terapeuta para seguir la investigación basándose en las realimentaciones de la familia en respuesta a las informaciones. Se requiere, dicen los autores, de un esfuerzo de los terapeutas a fin de hacer a un lado los condicionamientos lingüísticos y culturales. El principio de circularidad pretende conseguir informaciones auténticas, enfocándose a los fundamentos que dicen que la información es una diferencia y la diferencia es una relación.
- **Neutralidad.** Este principio refiere la adopción por parte del terapeuta de una posición en la que no se tome partido por nadie y en la que acepte las ideas, valores, metas, creencias de todos los miembros de la familia; con la neutralidad el terapeuta evita formar parte del juego familiar. También evita cualquier tentativa de coalición, seducción o relación privilegiada (Selvini, et al., 1980).

CONTRIBUCIONES DEL GRUPO DE MILÁN

La contribución más significativa del grupo de Milán tiene que ver con las investigaciones que a lo largo de más de 10 años realizaron. La primera investigación fue realizada con 149 familias psicóticas que les llevó a formular los tipos de juegos en el que se ve envuelto el paciente psiquiátrico. A estos “juegos sucios” les denominaron el embrollo y la instigación (Selvini, P., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G., 1988).

El embrollo

Reconocieron el embrollo cuando uno de los padres le hace creer a un hijo/a que tiene una relación privilegiada, pero en realidad esta “preferencia” no es auténtica sino estratégica. El hijo que se cree privilegiado, vive una relación ilícita con el progenitor que le hace creer de forma explícita o implícita su distinción. El hijo/a predilecto poco a poco empieza a darse cuenta que su “aliado” tiene un verdadero interés por la pareja o por un hermano/a. La desconfianza crece en el hijo/a que buscará pruebas de lealtad que no encontrará. El hijo/a que es víctima del embrollo se siente traicionado, utilizado y condenado al silencio, pues ¿cómo puede revelar la alianza ilegal delante del verdaderamente preferido? Es probable que después de darse cuenta de la traición aparezca un síntoma. El embrollo confunde al paciente porque muchas de las veces no pueden acceder a la expresión verbal. Los juegos sucios a los que se refiere el equipo de Milán se caracterizan por engaños sutiles, mentiras implícitas, venganzas camufladas, manipulaciones y promesas ambiguas (Selvini, et al., 1988).

La instigación

Es una provocación disimulada, a la que se responde disimuladamente también. El instigador no consigue explotar abiertamente con una persona pero con su conducta propicia la provocación. La instigación se presenta en una relación triádica, en donde uno instiga a otro para provocar algo a un tercero; además no es únicamente un acto o una serie de actos, sino que es un proceso interactivo del devenir. En algunos casos, el instigado es al mismo tiempo instigador y las diferencias entre estos prácticamente no existen (Selvini, et al., 1988).

Estadíos del proceso psicótico

El equipo de Milán parte de la hipótesis que las familias esquizofrénicas están reguladas por enfrentamientos radicales que son encubiertos. Selvini y colaboradores consideran que la psicosis se gesta a partir de un proceso que abarca 6 estadíos:

- i. El impasse de la pareja conyugal.** En la relación de pareja hay un impasse que permanece oculto, de modo que el conflicto se utiliza para ocultar el sufrimiento o el resentimiento. En la pareja uno es el provocador activo y otro el provocador pasivo; cada miembro de la pareja reacciona al movimiento del otro con un movimiento contrario, de modo que ambos anulan la posible ventaja que puedan obtener; en esta dinámica nadie está dispuesto a declararse el líder, pero tampoco a aceptar la responsabilidad de lo que está mal.
- ii. La entrada del hijo en el juego de los padres.** El paciente identificado muestra cierta simpatía por el padre que aparece como “víctima” y ve al provocador activo como el verdugo.

- iii. La conducta inusitada del hijo.** El paciente identificado toma partido en secreto por uno de los padres, sin asumir su postura abiertamente. Si la situación continúa el hijo inicia una nueva conducta para insultar o no responder al padre que considera vencedor. Con este comportamiento desafía la arrogancia del vencedor y muestra al perdedor como deben ser las cosas.
- iv. El viraje del presunto aliado.** El padre provocador activo no abandona su comportamiento, mientras que el otro no sólo no se une contra la rebelión sino que puede apoyar al vencedor en contra de su hijo.
- v. Eclosión de la psicosis.** El hijo descubre el engaño. Se siente traicionado por el presunto aliado, además está atrapado por una coalición oculta. Como el hijo no concibe la derrota, presentará un síntoma para vengarse.
- vi. Las estrategias basadas en el síntoma.** Una vez que aparece el síntoma, la familia puede intentar un cambio; pero puede suceder que los intentos de transformación no tengan éxito porque cada vez que el paciente identificado esté dispuesto a abandonar el síntoma se encontrará con un padre que obstruya su cambio. Cuando el síntoma se vuelve crónico, cada miembro de la familia forma su propia estrategia para obtener ciertos beneficios (Ochoa, 1995).

Otra de las contribuciones del equipo de Mara Selvini con sus diferentes integrantes (véase la tabla 5) fue la investigación sobre el seguimiento de todas las historias clínicas de mujeres con anorexia mental atendidas en su centro. En la investigación se exploran: el destino de las muchachas que sufrían anorexia mental y que fueron tratadas de manera ambulatoria, los resultados de la terapia familiar en términos cuantitativos y los métodos terapéuticos utilizados. Los investigadores concluyen que un elemento predictivo para la <<curación>> es la disponibilidad de toda la familia a involucrarse en el tratamiento a favor de la hija, además reafirman el uso de los métodos terapéuticos que incluyan una integración individual y familiar y subrayan los riesgos de la medicalización y la psiquiatrización en el sufrimiento de las anoréxicas, por último invitan a los profesionales que diagnostican la anorexia como una *enfermedad* y que utilizan fármacos, hospitalizaciones y tratamiento individual a integrar a la familia en el tratamiento (Selvini, P., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A., 1998).

Periodo	Integrantes
1971- 1978	Mara Selvini, Luigi Boscolo, Giafranco Cecchin y Giuliana Prata
1979-1985	Mara Selvini y Giuliana Prata
1982- 1987	Mara Selvini y sus colaboradores: Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Ana María Sorrentino.

Tabla 5. Equipos que revisaron los casos de anorexia nerviosa de 1971 a 1987 (Selvini, P. et al., 1998).

Siguiendo el pensamiento multidimensional complejo que utilizaron con las familias psicóticas, el equipo de Milán realizó una investigación de las familias y la personalidad de

las anoréxicas. La investigación contempló 52 pacientes que estuvieron en terapia en un periodo de 1988 hasta 1996. El equipo encontró que la edad media de las jóvenes en el momento en que llegaron al centro era de veinte años, iniciaron la anorexia en una edad media de 16. Todas convivían con sus padres, excepto un caso donde la madre era viuda. El equipo investigó las relaciones afectivas disfrutadas o sufridas de cada uno de los padres así como algunos signos de desatención y de abandono. Al respecto, encontraron que los **padres** tenían carencias mayores que las madres porque 7 padres provenían de familias numerosas y muy pobres mientras en el grupo de las madres ninguna, 12 padres habían sido huérfanos o habían sido criados por parientes con prolongados y repetidos alejamientos en distintos internados y en el caso de las madres solamente dos; a 16 padres no se les detectó carencias particulares y a las madres 32 (Selvini, et al., 1998).

El análisis sistémico que realizan los investigadores revela que la mayoría de los **padres** de las pacientes vienen de una condición social y familiar donde fueron poco atendidos y precozmente adultizados, además forman parte de una generación que nació por los años treinta y que por razones histórico-culturales tienen conductas machistas, orientada inconscientemente a la explotación afectiva del otro, se muestran duros e inexpresivos. Con sus parejas son descalificativos y rechazan o soportan de mala gana que ella trabaje. Generalmente no participan en la crianza de los hijos. Las características recurrentes de las **madres** de la pacientes anoréxicas en su vida antes del matrimonio se distinguen por haber padecido injusticias financieras respecto a hermanos o hermanas; manifiestan experiencias de discriminación sexual, de subestimación de sus capacidades intelectuales, hiperresponsabilización sin reconocimiento y de explotación; en general muestran una tendencia marcada al sacrificio.

Selvini, et al., (1998) describen la relación de pareja de los padres de las chicas anoréxicas con una excesiva adecuación de las esposa con un margen mínimo para la desestabilización, volviendo a la depresión por el poco involucramiento de su esposo; quien generalmente se muestra retraído y poco afectivo.

De la relación de los padres con sus hijas, los investigadores encontraron que un grupo de chicas están afectivamente centradas en las madres, otras centradas en el padre y otras donde no hay proximidad emocional con ninguno. En esta investigación Selvini y sus colaboradores distinguen cuatro distintos tipos de personalidad de la anoréxica, el denominador común para todas las chicas incluye un sentimiento persistente de tener un defecto en sí mismas, presentan síntomas psicopatológicos, su rol sexual es rígido o infantil, tienden a relaciones superficiales o de aislamiento. El evento que desencadena el síntoma es la pérdida de un vínculo significativo, ruptura con un novio o separación. Los cuatro tipos de trastornos son los siguientes:

- i. **Tipo dependiente.** Fueron 10 casos, todas anoréxicas restrictivas, 9 presentaron una actitud de colaboración menos una. Estas chicas generalmente tienen una relación estrecha con la madre a quien comprenden todos sus estados de ánimo pero son incapaces de reconocer sus propias necesidades. Se muestran como la niña buena y condescendiente. Este tipo de anorexia aparece a temprana edad, el ayuno y el control representan la independencia de juicio sobre sí misma; con el síntoma

imponen cierto control sobre el ambiente particularmente hacia la madre porque el padre se mantiene alejado de la relación simbiótica de la madre y la hija.

- ii. **Tipo borderline.** En la población investigada fueron 19, de las cuales 17 eran anoréxicas bulímicas desde el inicio del síntoma, las otras dos iniciaron con la anorexia y pasaron a la bulimia. Colaboraron menos que el grupo anterior, su rol sexual es más seductor, raras veces están aisladas y generalmente tienen novio. Su crecimiento ha sido con más apego al padre, este grupo alterna fases restrictivas con fases bulímicas y su peso oscila entre delgadez obsesiva y obesidad, presentan momentos de apatía, retraimiento y descompensación depresiva, algunas presentan tendencias suicidas. Toman formas expresivas extremas como la exhibición dramática con gritos y llantos prolongados.
- iii. **Tipo obsesivo-compulsivo.** Fueron once, la mayoría de tipo restrictivo, otras se volvieron bulímicas después de una fase anoréxica; solo un tercio mostraron actitud colaborativa; en este grupo más de la mitad son socialmente aisladas, y una tenía pareja. Este grupo de chicas conservan rasgos de dependencia con mayor tendencia al aislamiento y a la autosuficiencia; generalmente no tienen vínculo ni preferencia por ninguno de los padres, aunque pueden mostrar un cierto agrado por el padre sin ser correspondidas por él; la relación con la madre se caracteriza por una barrera generada por la distancia, la incomunicación y la inaccesibilidad. En este grupo el control de la dieta se inicia por motivos de peso, pero rápidamente se hace muy estricta experimentada como una prueba de control y adecuación.
- iv. **Tipo narcicista.** De la población investigada fueron doce, de las cuales cinco eran hijas únicas. Su colaboración fue negativa pues la mayoría se mostró hostil, ambivalente o pasiva. En el rol sexual prevalece la rigidez y el infantilismo. Generalmente son aisladas aunque mantienen relaciones pseudoadaptadas que son instrumentalizadas para poder exhibirse, asumen actitudes de superioridad llegando a sentir desprecio por sus padres, sobre todo a la madre. Se derivan dos variantes: la más autista: en la que prevalece rasgos depresivos y la paranoide que se caracteriza por una historia de “síndrome de indemnización” con relación a los padres (Selvini, et al., 1998).

Técnicas del Modelo

Las preguntas que orientan el trabajo propuesto por el grupo de Milán, es la entrevista circular, método que conduce a una investigación sistémica para identificar los cambios y las diferencias en las relaciones familiares, las cuales apoyan las interacciones disfuncionales o los síntomas de la familia. Las preguntas circulares tienen un efecto poderoso, por un lado es una herramienta eficaz para la recopilación de información que generan hipótesis y permite al terapeuta generar estrategias de intervención y también ofrece a la familia la oportunidad de tener una visión sistémica de sí misma (Fleuridas, Nelson y Rosenthal, 1986).

Técnicas de intervención. Ha habido modificaciones acerca de las intervenciones por la evolución histórica de los miembros del grupo de Milán. Ochoa (1995) clasifica tres tipos de intervención.

1. Las intervenciones cognitivas. Pretenden alterar la percepción que tienen los integrantes de la familia del síntoma a fin de que sea manejable para todos.

- **La redefinición:** es una intervención que pretende cambiar la percepción que se tiene del síntoma.
- **Connotación positiva.** La aparición del síntoma es atribuido a causas benevolentes, positivas o altruistas de quien lo manifiesta; esta intervención evita la hostilidad y la culpabilidad y propicia la solución del problema de una forma mas satisfactoria.

2. Las intervenciones conductuales. Ochoa (1995) divide las intervenciones conductuales en directas y paradójicas, siendo estas últimas las que el grupo Milán empleó en su primera época. Las prescripciones directas se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema. Y las prescripciones paradójicas se emplean cuando en el sistema familiar hay en secuencias rígidas; esta intervención se introduce para provocar confusión y flexibilidad en el sistema de creencias.

3. Las prescripciones ritualizadas. En esta técnica el terapeuta prescribe una secuencia de conductas, generalmente se emplean cuando hay confusión o ambigüedad. Con las nuevas conductas y reglas se espera que la familia responda a un cambio.

- **Los rituales:** Se prescriben como un experimento o ensayo, el terapeuta indica lo que tiene que hacer cada miembro de la familia, donde, y en qué momento. El ritual debe propiciar el buen funcionamiento familiar.
- **Tarea ritualizada de los días pares y de los nones.** Se prescriben en casos de impasse o de simetría, o cuando los modelos educativos son contradictorios. Esta tarea tiene la finalidad de sensibilizar a la familia a considerar diversas alternativas, bloquear la secuencia patológica y enseñar el control voluntario del comportamiento hostil.
- **La prescripción invariable:** Esta prescripción fue utilizada con familias esquizofrénicas en donde no había diferenciación entre los subsistemas. La finalidad es separar de forma gradual los subsistemas y clarificar los límites intergeneracionales. El procedimiento es el siguiente:
 1. En la primera sesión se convoca a la familia nuclear y a los miembros más significativos de la familia extensa. El terapeuta se centra en investigar las relaciones intergeneracionales. Al final, se agradece la participación de la familia extensa solicitando la presencia de la familia nuclear para la siguiente sesión.
 2. En la segunda sesión se trabaja con la familia nuclear y al finalizar se pide la presencia solamente de los padres.
 3. En la tercera sesión se pregunta a los padres sobre la reacción de la familia extensa y los hijos de no ser invitados a la terapia, además se les prescribe que deberán de guardar el secreto sobre todo lo que se habla en la sesión, el terapeuta les pide a cada padre llevar un diario sobre las reacciones verbales y no verbales de los hijos o de otros familiares.
 4. En la cuarta sesión se trabaja con el material llevado por los padres, se les da una nueva prescripción que consiste en salir de la casa por la noche y dejar la siguiente nota: “Hemos salido y vendremos más tarde”. Si los padres cumplen

con la consigna se les pide que salgan nuevamente con la misma nota, pero ahora un fin de semana y posteriormente las desapariciones aumentarán hasta un mes (Boscolo, L., Cecchin, G. Hoffman, L. y Penn, P. (1987).

Alcances y limitaciones del modelo

El grupo de Milán tuvo diversas transformaciones en sus **integrantes y en su orientación terapéutica**. Desde 2001, el centro se llama “Escuela de Psicoterapia de la Familia Mara Selvini Palazzoli” y lo dirigen Matteo Selvini, Stefano Cirillo y Ana María Sorrentino. El centro ofrece una especialización en terapia familiar con un enfoque sistémico centrado en la correlación de la triple polaridad: síntoma- persona- familia.

Con respecto a la **orientación terapéutica**, Selvini (2001) considera que la óptica utilizada anteriormente por el grupo de Milán, tenía una correlación lineal entre síntoma y familia; es decir, conectaban un diagnóstico psiquiátrico o una constelación de síntomas con un tipo reconocible de familia. Para Matteo Selvini esta óptica es “medicalista” y reduccionista; dice que ahora no se buscan las tipologías de los juegos familiares, ni “la personalidad de la anoréxica” sino que se debe trabajar sobre tres polos: la constelación de los síntomas, la personalidad, y el tipo de familia. En esta triple polaridad se buscan las siguientes conexiones básicas:

- a. Entre familias y personalidad individuales. Basándose en la teoría de Bowlby sobre el apego, y la teoría de Kohut sobre la necesidad de empatía en el desarrollo del yo infantil. En esta conexión se investiga en qué punto el individuo elabora su experiencia primaria, a partir del condicionamiento social por las interacciones familiares.
- b. Las conexiones entre la persona y el síntoma. En esta conexión se investiga en la persona su modo de estar en el mundo y la elección de un determinado síntoma.

Considero que la trascendencia del Modelo de Milán dentro de la terapia familiar, radica en el descubrimiento del embrollo y la instigación, elementos presentes en familias o grupos que generan en todo el sistema estados de confusión, frustración y sensación de locura. Otra contribución importante del equipo fue la investigación de seguimiento que realizaron con las pacientes anoréxicas.

Las limitaciones de este modelo han sido enfocadas por el actual equipo de Milán con la premisa de aprender de los errores. Al respecto, Matteo Selvini y sus colaboradores realizaron una investigación retrospectiva de los pacientes psicóticos atendidos en la era de Mara Selvini, los resultados fueron desalentadores porque encontraron fuertes recaídas y sucesivas cronificaciones; con esta investigación confirmaron las dudas que ya tenían del método paradójico en el entendido de que la terapia familiar no puede basarse en la provocación pura y en una alianza terapéutica contradictoria. En el tratamiento familiar a la psicosis predominaba la idea de conectar el síntoma psicótico con un problema de la familia. Para Matteo Selvini este procedimiento puede ser peligroso porque la familia generalmente no está preparada para el tratamiento y es probable que se defiendan ante tal aseveración; por lo que propone ayudar a la familia a ver el sufrimiento del paciente, a entender las razones personales del sufrimiento y a ver al síntoma como una defensa. Posterior a esto, se podrá trabajar con el tema relacional (Selvini, 2001).

2.2.6. MODELO NARRATIVO

Antecedentes

Este modelo de terapia ha sido desarrollado por Michael White, David Epston, Tomm Andersen, H. Anderson y Karl Tomm. Michael White es influido por las ideas de Bateson y de Michael Foucault. De Bateson retoma la dimensión temporal y la idea de que toda información es la noticia de una diferencia; donde la percepción de la diferencia es lo que genera nuevas respuestas en los organismos vivos. Retoma la noción foucaultiana de la expansión de los conocimientos que se dieron a partir del siglo XVII, donde se utilizaron técnicas de control social que fueron dirigidas hacia la “objetivización” o “cosificación” de las personas (White y Epston, 1993).

El construccionismo social también tuvo una influencia muy importante en el modelo narrativo; el pensamiento construccionista se enfoca a las relaciones entre las personas y las normas culturales y sociales que moldean a la persona. A diferencia de los modelos tradicionales en psicología que refieren que los <<daños>> o <<patologías>> están instalados en la dinámica interna del individuo, los construccionistas se fijan en los procesos sociales y culturales con los que forjamos nuestra visión del mundo (Fruggeri, 1996). Desde esta perspectiva, la fuerza para modificar nuestras vidas se da cuando los relatos que nos contamos a nosotros mismos y a los demás dejan de ser patologizantes o totalitarios y se convierten en discursos alternativos (Payne, 2000).

La dimensión política del trabajo de White y Epston, influenciado por Foucault, es una propuesta terapéutica que ayuda a las personas a oponerse a los efectos del poder visibles o encubiertas que obligan a las personas a definir su identidad y su vida a partir de una visión muy limitada (Payne, 2000).

Descripción

Este modelo tiene como propósito liberar a las personas de la opresión de sus problemas. Para White (2002) los problemas están relacionados con las historias de las personas que se ven reflejadas en las prácticas culturales; desde esta perspectiva resulta necesario separar a la gente de la historia saturada del problema que les ocasiona impotencia o frustración. Para lograr liberar a las personas de la opresión de sus problemas, White diseña un mapa que va guiando el proceso de la terapia narrativa.

- a) La tarea principal del terapeuta narrativo es animar a las personas a contar, ampliar y enriquecer sus historias.
- b) Favorecer para que el relato sea más completo. El terapeuta utiliza preguntas detalladas y concretas para identificar los efectos del problema en su vida personal y en sus relaciones, se investiga la influencia del problema en lo conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal.
- c) Poner nombre al problema. El terapeuta contribuye para que la persona recobre la convicción de que controla su vida; esto se logra sugiriendo que <<bautice>> o <<ponga nombre>> al problema.
- d) Externalizando el problema. Payne (2000) dice que externalizar el problema significa: “mantener la actitud (evidenciada en la forma de hablar del problema) de

que las dificultades son algo que *afecta* a la persona, no algo que *forma parte* de ella” (p. 72).

- e) White y Epston (1993) mencionan que con la externalización se ayuda a la persona o familia a separarse y separar sus relaciones del problema, disminuyen los conflictos personales en torno a la responsabilidad del problema, se combate la sensación de fracaso, se encuentra la cooperación entre las personas y por ende se abren nuevas posibilidades de actuar de las personas.
- f) Externalizando los discursos internalizantes. Algunas personas llegan a terapia con problemas producto de los discursos de los grupos sociales o culturales donde los elementos más destacados son la autoinculpación o la falta de autoconfianza y que son atribuidos a su propia personalidad, defectos o alguna <<esencia interna>>.
- g) Deconstrucción. Cuando las personas mencionan aspectos que parecen negar, contradecir o modificar su relato saturado, el terapeuta pregunta e invita al cliente a expandirse sobre las circunstancias de esos <<desenlaces inesperados>>. Las preguntas se centran en los sentimientos, pensamientos y conducta de la persona en el presente, pasado y futuro (White, 2000).
- h) El uso de <<testigos externos>>. En algún momento del proceso el terapeuta le dice al cliente que identifique a personas con la que le gustaría compartir parte de su vida, la estrategia permite narrar y renarrar.
- i) Remembranza. A parte del público externo, también el terapeuta se puede apoyar en las personas importantes para el cliente, personas que contribuyeron significativamente a la vida de la persona.

Este modelo sitúa a la persona como protagonista y experta, de modo que la producción de las metas terapéuticas se da en forma conjunta y a partir del diálogo entre terapeuta y paciente.

Principios

- **Ampliación del contexto y significados.** El terapeuta atiende a lo que se dice, al lenguaje y al contexto social y cultural del paciente. Contempla los aspectos de la historia que no concuerdan con su tono general y que más adelante se pueden convertir en relatos alternativos (Payne, 2000).
Biever, Bovele, Gardner y Franklin, C. (2005) dicen que la perspectiva postmoderna enfatiza que los significados son siempre cambiantes, por tanto este modelo explora las explicaciones de los clientes e indaga acerca de las causas alternativas de las conductas problemáticas, el trabajo con las explicaciones puede conducir a un cambio eficiente.
- **Postura terapéutica.** La postura de los terapeutas postmodernos es facilitar las conversaciones terapéuticas. El terapeuta aprende sobre las perspectivas, comprensiones, y problemas formulados por el cliente, las metas terapéuticas no están determinadas por marcos teóricos que refieren lo “saludable” o lo “patologizante”.
- **Conversaciones.** Desde una perspectiva postmoderna el terapeuta tiene un manejo especial de la conversación; el lenguaje es visto como el vehículo de transmisión y construcción de significados; por tanto las preguntas que haga el terapeuta deben estar diseñadas para abrir el espacio que generen experiencias y conocimientos

alternativos. El terapeuta puede indagar sobre las excepciones, explorar las visiones de otros individuos o preguntar acerca de los cambios potenciales del problema (Biever et al., 2005).

- **Historias alternativas.** Son las nuevas historias que sustituyen las historias “dominantes” o “totalizantes” y que forman parte constitutiva de su vida.

Técnicas del Modelo Narrativo

El trabajo medular del modelo narrativo se basa en la conversación, de modo que una herramienta fundamental son la serie de cuestionamientos que el terapeuta puede realizar como:

- **Preguntas relativas al panorama de acción.** Se refieren al interés del terapeuta de saber cosas relacionadas con el pasado, presente y futuro, estas preguntas son útiles porque dan pasajes alternativos que se extienden a una dimensión temporal.
- **Preguntas relativas al panorama de conciencia.** Este tipo de preguntas llevan a la persona a considerar los hechos que se desarrollaron en un momento determinado hacia lo que podría revelar del si mismo en relación a sus valores, creencias, preferencias, deseos, cualidades personales, etc.
- **Preguntas relativas a la experiencia.** Este tipo de preguntas facilitan el proceso de recreación de las vidas de las personas además de que incita a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de ellas; también se invita a que la persona se remonte a experiencias pasadas, con este juego de imaginación se buscan experiencias alternativas (White, 2000).
- **Preguntas de influencia relativa.** Son las preguntas que se hacen a fin de identificar la influencia del problema sobre sus vidas y sus relaciones y al mismo tiempo se descubre la propia influencia en el problema; de aquí se derivan:
 - a) **Preguntas sobre los logros aislados.** Son preguntas que se realizan para que la persona haga la diferencia entre las acciones e intenciones que contradice el discurso totalizante.
 - b) **Preguntas relativas a la explicación única.** Se insta a la persona a dar sentido al logro que se considera aislado, se localiza dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados con el tiempo y el espacio.
 - c) **Preguntas sobre posibilidades únicas.** Son preguntas que incitan a la familia a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones y a la vez alientan a los miembros de la familia a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones.
- **Acontecimiento extraordinario.** Estos acontecimientos son los que están en el opuesto del discurso dominante que se pueden encontrar en el pasado, en la actualidad y en el futuro.
- **La externalización del problema.** Es una herramienta que se utiliza para separar los relatos dominantes que han dado forma a sus vidas. Cuando el problema se instala en el exterior se recupera la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados.
- **Cartas y documentos.** Son una herramienta para convertir las vivencias en una narración que tiene sentido de acuerdo con los estilos de coherencia; las cartas pueden ser de invitación, despido, predicción, recomendación, para ocasiones especiales, certificados, declaraciones, etc.

- **Intervención del equipo reflexivo.** El equipo que está detrás del espejo participa a la familia o persona sus ideas, reflexiones o pensamientos que hablan entre sí, mientras que la persona o familia escucha, luego discutirán los miembros de la familia las apreciaciones del equipo reflexivo.

Alcances y limitaciones del modelo

Considero que la contribución más significativa del modelo narrativo es el énfasis que hace al contacto humano. El cliente es percibido como protagonista y experto de sí mismo. El terapeuta se ubica como un experto conversador que propicia la reflexión en el cliente para propiciar relatos alternativos. Además, la visión construccionista de este modelo brinda al cliente alternativas para mejorar su calidad de vida, con esta premisa he tenido la fortuna de ver cambios en dos clientes atendidos en la Clínica Guillermo Dávila, uno diagnosticado con “trastorno bipolar” y otro diagnosticado con “trastorno obsesivo compulsivo”. Los cambios significativos se dieron a partir de la externalización, los clientes se fueron liberando de las cargas “patologizantes” que soportaron por muchos años. Con la dirección de la supervisora los terapeutas fueron llevando a los clientes a poner mayor atención a sus recursos y habilidades más que en sus fallas humanas, de este modo pudieron destramparse de su sufrimiento.

2.2.7. MODELO COLABORATIVO

Antecedentes

Una de las influencias que permitieron la creación del modelo colaborativo es el pensamiento postmoderno que trascendió a la perspectiva moderna, que había puesto al terapeuta en una posición de observador con acceso privilegiado al conocimiento de la naturaleza humana, en esta postura el terapeuta observa, describe y explica el comportamiento humano y por tanto se mantiene en una postura de jerarquía (Anderson, 1997).

La contraparte del pensamiento moderno se reconoce en 1970, cuando escritores y filósofos como Bajtin, Derrida, Foucault, Lyotard, Rorty y Wittgenstein cuestionan las verdades universales, los discursos privilegiados y la realidad objetiva; surge entonces el pensamiento postmoderno que ve al conocimiento como producto de una construcción social y al conocedor como un ser interdependiente de la relación entre el contexto, la cultura, el lenguaje, la experiencia y la comprensión (Anderson, 1997). Desde esta postura el individuo ya no se concibe como una entidad cosificada sino como una entidad narrativa, la persona ya no es concebida como una entidad intrapsíquica sino que es considerada dentro de un contexto de significados sociales; la familia es vista como un sistema social y los estados de desequilibrios son productivos y normales (Lax, 1996).

Otra influencia importante en este modelo, fueron las experiencias vividas de Harlene Anderson en el grupo de Galveston. Anderson (2007) menciona que la terapia de impacto múltiple tuvo una influencia muy importante en la creación de su modelo. La terapia de impacto múltiple fue creada para trabajar con adolescentes con una variedad de problemas psiquiátricos. Un equipo multidisciplinario era el que trabajaba con los adolescentes y sus familias y se centaban en las diferentes realidades de los miembros de una familia, le

daban importancia al individuo y a su sistema relacional reconociendo los diferentes puntos de vista de todos los miembros de la familia, ahí la creatividad y la ingenuidad estaban presentes.

Descripción

El modelo colaborativo parte básicamente de la actitud del terapeuta en el proceso terapéutico. Del terapeuta se requiere una actitud del <<no saber>> para poder participar en lo que Anderson llama conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas. El terapeuta se puede servir de la siguiente guía:

- **Confiar y creer.** La pericia del terapeuta estará centrada en el proceso de la terapia más que en el contenido. El terapeuta se abstendrá de detectar incoherencias o de cuestionar la historia del cliente si no corresponde a sus creencias.
- **Hacer preguntas conversacionales.** Las preguntas que haga el terapeuta las hará desde la postura del no saber, esta actitud despierta en el terapeuta curiosidad e interés y el cliente tiene la oportunidad de ampliar y clarificar su historia, explorar lo que sabe y no sabe de si mismo.
- **Escuchar y responder.** Para Anderson (1997) escuchar “es atender a, interactuar con, responder a, y tratar de aprender acerca de la historia del cliente y su importancia percibida” (p. 209).
- **Mantener la coherencia.** En este punto se requiere que el terapeuta genere un espacio para que la historia del cliente sea compartida y puede hacerse a partir del compromiso auténtico de escuchar.
- **Mantener la sincronía.** En este punto se pretende que el terapeuta lleve el mismo ritmo del cliente.
- **Honrar la historia del cliente.** A partir de las experiencias de sus clientes, Anderson menciona que es importante que se tome en serio a los pacientes, honrar la historia del cliente significa tener paciencia al proceso de cada cliente, no presionar sobre los cambios y tomar en cuenta los tiempos del cliente (Anderson, 1997).

Principios

- **La postura terapéutica.** Desde una perspectiva tradicional, el terapeuta mantiene una postura de experto que conceptualiza casos, los desarrolla y plantea el tratamiento. Anderson (2005) dice que la “postura filosófica” del terapeuta que se centra en la conversación se compone de una actitud, postura y tono que haga saber al cliente que es un ser humano único, que la interacción sea auténtica, espontánea y natural.

Además el terapeuta requiere tener una actitud de:

- **Colaboración.** Donde el esfuerzo colaborativo se da entre el cliente y el terapeuta, éste reduce los efectos negativos de la jerarquía, la actitud de la colaboración tiene que ver con que el terapeuta tenga la convicción de estar con el cliente en vez de buscar déficit, traumas o disfunciones (Biever et al., 2005).
- **No saber.** La actitud del no saber tiene que ver con un acto de confianza que el terapeuta tiene sobre las explicaciones que le da el cliente; esta postura le permite al

terapeuta conocer más sobre la visión del mundo, los significados y las comprensiones del cliente (Anderson y Goolishian, 1996).

- **Curiosidad.** Biever, et al (2005) mencionan que un terapeuta con curiosidad es el que está interesado en una pequeña parte de la historia del cliente y el terapeuta no tendría que apresurarse a “entender” rápidamente al cliente, sino crear nuevos significados.
- **Reflexión.** La postura reflexiva es descrita por Anderson (1992; en Biever et al., 2005) como las conversaciones internas y externas que los terapeutas y clientes realizan al hablar y escuchar.
- **Tentavidad.** La presentación de las ideas se hacen de una forma no autoritaria, con esta premisa se invita a los clientes a ofrecer sus pensamientos con mayor libertad.
- **Incertidumbre.** Para Anderson (1997) la incertidumbre requiere que el terapeuta tenga la voluntad de dudar y de arriesgar. Para que el terapeuta se disponga a dudar, éste necesita “colgar” en suspenso sus discursos profesionales y personales dominantes para permitirse estar con el cliente, escuchar sin adelantarse, con la mente abierta al cambio y a lo inesperado. Con la voluntad de arriesgar, Anderson (1997) se refiere a dejar a los clientes en el centro del escenario con la decisión de lo que van a contar y en la forma en que lo harán.

Alcances y limitaciones del modelo

Al igual que el modelo narrativo, este modelo tiene como característica principal el trato y la calidez humana. En este sentido, la confianza que brinda el terapeuta al cliente promueve la conversación a fin de obtener nuevas alternativas para el consultante. Este modelo no sugiere técnicas ni estrategias de intervención, sino más bien se centra en las acciones y actitudes del terapeuta. Se propone que el terapeuta tenga la disposición de escuchar, se ubique en una postura de “no saber”, mantenga la coherencia y sintonía de la historia del cliente y entienda al cliente para crear nuevos significados. Considero que este modelo en sí, es efectivo cuando existe un esfuerzo colaborativo tanto por el terapeuta como por el cliente; cabe señalar que no todas las personas que asisten a terapia van convencidas de ello, muchos clientes “buscan ayuda” porque están condicionados por alguna institución, una pareja o un familiar, en algunos de estos casos la actitud del paciente se centra en sabotear el proceso aún cuando ellos mismos se presentan a buscar la terapia y no revelan que están ahí por indicación de otro. Considero que esta es una de las limitaciones de este modelo.

También creo que sería complicado aplicar solamente este modelo en terapia de pareja, porque si bien, el terapeuta puede escuchar con atención y ubicarse en una postura de “no saber”, puede ser que no pueda mantener la coherencia y sintonía porque generalmente cada miembro de la pareja tiene una percepción diferente de las cosas, es probable que lo que para un miembro de la pareja es un problema para el otro no lo sea, en estos casos la aplicación de este modelo puede ser percibido por los clientes como ineficiente.

III. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

3.1.1. Integración del trabajo clínico por familia atendida.

3.1.1.1.Familia 1

Datos Generales:

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
Alberto Medrano Camacho	31	Hijo	Ingeniero en Computación

Datos del equipo terapéutico.

Terapeuta: Lic. Linda Olimpia López Aragón

Coterapeuta: Lic. Liliana Moreno Lucero

Supervisora: Dra. Maria Elena Rivera Heredia

Modelo Terapéutico: Modelo Estratégico

Equipo Terapéutico: Manuel A. Almanza Avendaño, Martha E. Barrios Serrano, Fania E. Delgado Coronado, Marina Giangiancomo Bolza, Anel H. Gómez San Luis, Susana A. López Espinoza, Regina E. López Silva y Arturo Sirgo Cruz.

Motivo de consulta.

Alberto solicita terapia individual porque refiere que no puede expresar sus sentimientos. Actualmente mantiene una relación de noviazgo desde hace un año y medio con Norma, la relación es conflictiva y siente que se humilla para no hacerla enojar. Reporta cefalea intensa poco después de pelear con su novia.

De su familia de origen comenta ser el menor de 5 hijos que tuvieron sus padres. Se siente sobreprotegido por sus hermanos y piensa que no puede platicar con ellos de lo que siente por su padre. Éste falleció hace dos años y medio; antes de este suceso, sus padres enfrentaron un divorcio con muchas demandas legales. Quiere trabajar el odio que siente hacia su padre porque esto le impide establecer buenas relaciones interpersonales, desea retomar las materias que le faltan para concluir la licenciatura y dejar de decir “mentiras” especialmente a su novia.

Sesiones.

El joven Alberto Medrano Camacho fue atendido en los consultorios asignados de la Clínica “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. El tratamiento se inició el 27 de Febrero de 2006, concluyendo el 13 de Noviembre del mismo año. Se trabajaron 12 sesiones en total, dos de las cuales fueron

acompañadas por la madre de Alberto. En el cuadro que sigue se detallan, las sesiones, las personas que asistieron y las fechas:

Sesiones	Fecha	Asistieron
1	27- 02- 06	Alberto
2	13- 03- 06	Alberto
3	27- 03- 06	Alberto
4	17- 04- 06	Alberto
5	8- 05- 06	Alberto
6	29- 05- 06	Alberto
7	12- 06- 06	Alberto
8	26- 06- 06	Alberto
9	7- 08- 06	Alberto y la madre
10	21- 08- 06	Alberto y la madre
11	4- 09- 06	Alberto
12	13- 11- 06	Alberto

Planteamiento y desarrollo del problema.

Según Alberto el problema comienza hace un año, al poco tiempo de iniciar una relación de pareja, él considera que tiene sentimientos de inferioridad e inseguridad y que por este motivo comenzó a mentirle a su novia; menciona que quería aparentar ser un hombre seguro e interesante; las mentiras han ido de menos a más, hasta el grado de decirle que no la quiere para así alejarla y no tener que darle explicaciones. Aparentemente Norma (la novia) es la persona que representa una mayor motivación para Alberto y es ella quien le sugiere la terapia. En la primera sesión, Alberto refiere sentirse a disgusto con su familia, piensa que sus hermanos lo sobreprotegen y que esto lo hace dependiente.

En la etapa inicial del proceso, Alberto refiere sentir un odio muy fuerte hacia su padre quien falleció hace dos años y medio. Le preocupa “repetir patrones” porque se da cuenta que tiene algunas conductas y actitudes de su padre. Los recuerdos que Alberto refiere de su padre apuntan al mal trato que tuvo con su madre, hermanos y con él mismo, también resalta el hecho haber vivido todas las complicaciones del divorcio legal promovido inicialmente por el padre quien pretendía quedarse con la casa; el juicio legal tomó cerca de 6 años.

Familiograma

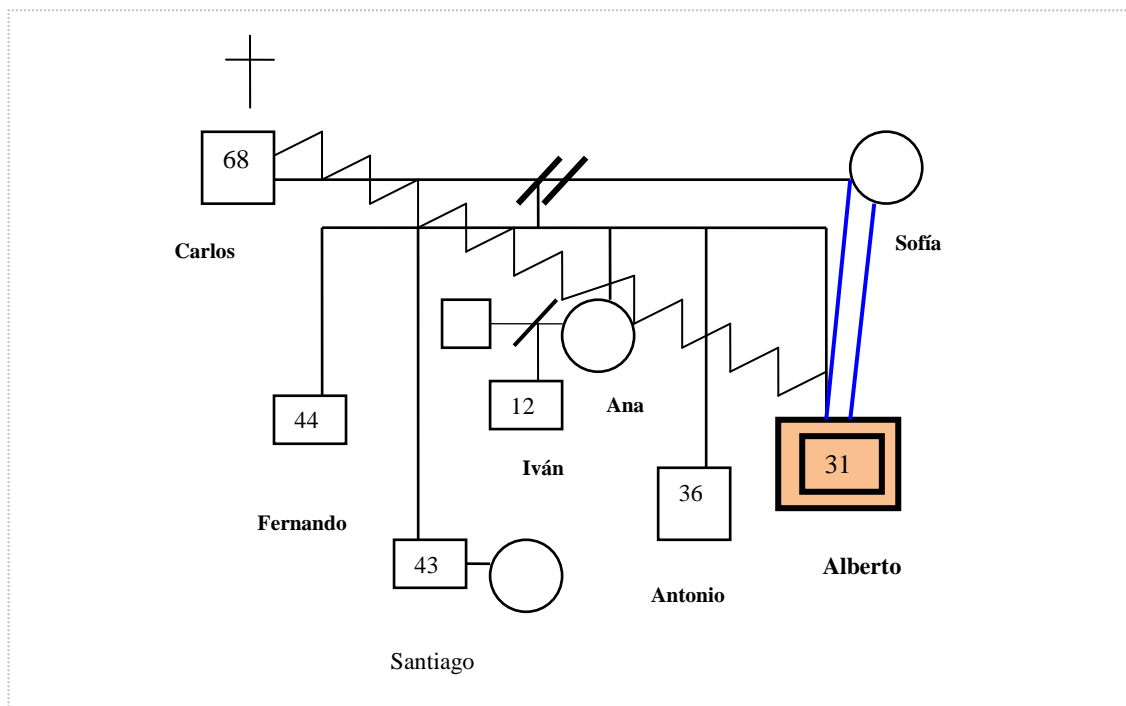


Figura 1. Familiograma de la Familia Medrano Camacho en 2006

Evaluación y Diagnóstico Familiar.

Considerando la propia convicción del joven Alberto para solicitar terapia y la preponderancia planteada de superar el odio que siente por su padre, mejorar las relaciones interpersonales con su familia y novia, se trabaja en coterapia y en forma conjunta con el equipo terapéutico desde el Modelo Estratégico.

La familia de Alberto está en la última fase de la etapa del nido vacío. Los hermanos mayores viven fuera de la casa, el primero de forma independiente y el segundo está casado con dos hijos. Los que aún viven en casa son: la madre de esta familia, la hermana que es madre soltera con su hijo que tiene 12 años, un hermano soltero de 33 años y Alberto que tiene 31. Alberto está pasando por la etapa del noviazgo derivando en el desprendimiento familiar (Véase la Figura 1).

Desde el Modelo Estructural la evaluación de los subsistemas es el siguiente:

En el **subsistema conyugal**: Los padres de Alberto se casaron y al poco tiempo tuvieron a su primer hijo. El Sr. Carlos trabajó de proveedor de material médico y de cirugía para hospitales particulares; la Sra. Sofia se dedicó a la crianza de los hijos, posteriormente tuvo que trabajar porque su esposo estuvo desempleado. El esposo exigía que los hijos también trabajaran para mantener la casa, a lo que se opuso la Sra. Sofia porque sus hijos estaban en la Universidad.

Subsistema parental. Los padres de esta familia se organizaron desde una estructura tradicional, el padre fue el proveedor y la madre se encargó de la crianza de los hijos. El padre trabajó por mucho tiempo suministrando material médico, posteriormente puso una zapatería que desmanteló a pesar de la oposición de su esposa y sus hijos. Alberto dice que su padre fue alcohólico hasta cuando él tenía 6 años de edad, posteriormente volvió a beber luego que lo desalojaron de la casa por orden de un juez de lo familiar en el 2001.

El **subsistema fraternal** está conformado por 4 hermanos y 1 hermana, Alberto es el hijo menor, se siente sumamente protegido por sus hermanos especialmente por Fernando (quién se parece físicamente al padre) y Santiago (que según Alberto tomó el rol paterno). La relación con su hermana Ana no es muy buena, porque considera que es poco responsable con los gastos de su sobrino Iván, además menciona que ella tiene muchas actitudes y conductas que le recuerdan a su padre. Con su hermano Antonio tiene buena relación, pero siente molestia con él por su escaso involucramiento en el divorcio de sus padres. El esquema estructural de las relaciones familiares cuando vivía el padre de Alberto se configura en una coalición entre el padre en contra de la madre y los cinco hijos. (Véase la figura 2).

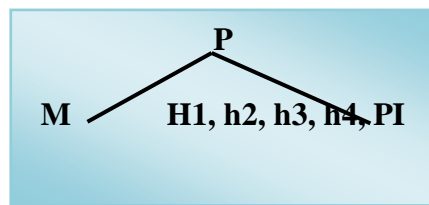


Figura 2. Esquema Estructural de la Familia Medrano Camacho en 1996

A partir de la información brindada por Alberto se revelan algunos trastornos en la comunicación, la desconfirmación es muy frecuente en esta familia, el Sr. Carlos dejó de hablarle a Alberto cerca de dos años cuando vivían en la misma casa, lo mismo pasó con sus hermanos mayores quienes dejaron de hablarse por cerca de 10 años. También es frecuente la descalificación en la comunicación, frecuentemente hay malos entendidos, autocontradicciones y comunicación indirecta. Esta inhabilidad para comunicarse le genera problemas con Norma porque algunas veces le ha dejado de hablar para no afrontar algún desacuerdo, por esta razón se le hace más práctico mentirle.

A fin de tener una evaluación esquemática de las relaciones familiares y procesos comunicacionales y afectivos de esta familia se utilizó el Esquema de Evaluación Familiar Dinámico-Estructural. En la figura 3 se observa que el padre aunque ya falleció sigue siendo una persona importante dentro de la familia, se ubica en un lugar muy alejado del subsistema conyugal y parental el doble trazo representa la rigidez y la impenetrabilidad. También se observa que Alberto es quien está más involucrado en la vida familiar sobre todo cuando se dio el proceso de divorcio y las demandas legales que afrontaron en contra del padre. Los hermanos varones aunque participaron y apoyaron todo el tiempo a la madre, se muestran poco involucrados en la cuestión familiar, Alberto comenta que ellos tenían

que trabajar para pagar los gastos de manutención y a los abogados. Con respecto a las relaciones afectivas, la más intensa es la que sostiene Alberto con su madre, estos lazos se incrementan a partir del proceso de divorcio de sus padres. Todo lo contrario sucede con el padre quien mantuvo relaciones conflictivas con todos los miembros de la familia.

Objetivos del tratamiento.

- A partir de la evaluación y el diagnóstico realizado al joven Alberto Medrano Camacho las terapeutas, en concordancia con el equipo terapéutico y la supervisora del caso plantean como objetivo general:
- Reelaborar la relación conflictiva que Alberto tuvo con su padre y el impacto que ha tenido en su vida.

Y como **objetivos específicos:**

- Mejorar la comunicación e interacción con su novia y con su familia, encontrar mecanismos sanos para propiciar una comunicación directa eliminando los silencios prolongados, las mentiras y la tensión proveniente de estos.
- Establecer límites más claros con los integrantes de la familia para lograr mayor independencia, individuación y autonomía.

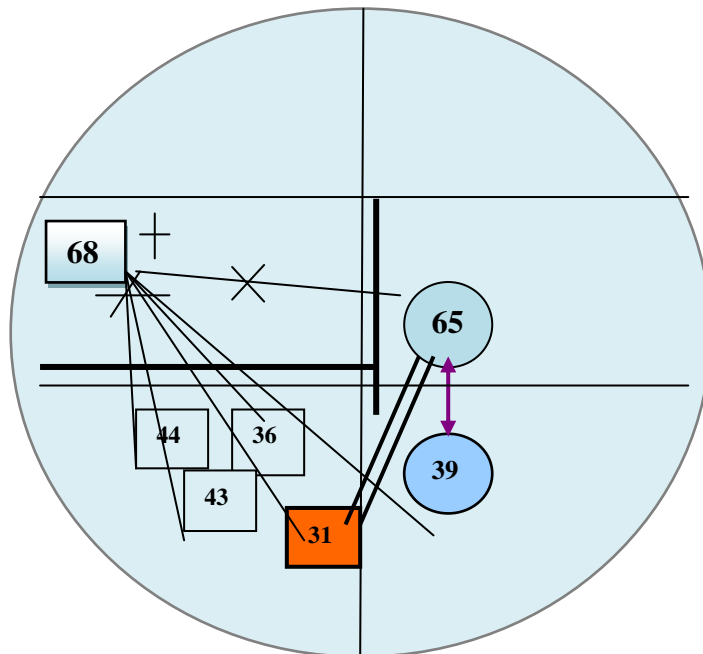


Figura 3. Esquema de Evaluación Familiar Dinámico-Estructural de la Familia Medrano Camacho.

En la etapa inicial del proceso, Alberto refiere sentir un odio muy fuerte hacia su padre quien falleció hace dos años y medio. Le preocupa “repetir patrones” porque se da cuenta

que tiene algunas conductas y actitudes de su padre. Los recuerdos que Alberto refiere de su padre apuntan al mal trato que tuvo con su madre, hermanos y con él mismo, también resalta el hecho haber vivido todas las complicaciones del divorcio legal promovido inicialmente por el padre quien pretendía quedarse con la casa; el juicio legal tomó cerca de 6 años.

Resumen de la intervención terapéutica

En la **primera sesión** se presenta el joven Alberto de 31 años de edad, se indagan los datos generales de su familia de origen y el motivo de la consulta. Alberto expone por un lado los problemas que tiene con su novia: se da cuenta que no tiene una buena comunicación con ella, le miente con frecuencia y se siente mal por ello; por otro lado, expresa atropelladamente y con un sentimiento contenido la relación conflictiva con su padre antes de su muerte y cómo sigue presente en su vida porque siente “mucho odio”, también piensa que “no ha cerrado el ciclo” con él y con todo lo vivido. La relación con su padre fue de mucha agresión y tensión, recuerda que cuando estudiaba en el CCH se le manifestó una parálisis facial producto de un pleito muy fuerte con su padre. Refiere que su padre tuvo muchas ofensas verbales para con toda la familia. De sus hermanos comenta sentirse “sobrepotejado” porque cuando llega a tener una mínima dificultad, todos se presentan en “bola”. Refiere como prioridad trabajar con la figura paterna, porque piensa que esta relación le impide tener buenas relaciones interpersonales, también desea mejorar su relación de pareja y continuar con las cosas que dejó pendiente como concluir la licenciatura en computación.

En la **segunda sesión**, Alberto comienza hablando de los conflictos que tiene con su novia; las dificultades con ella lo remiten invariablemente a los recuerdos negativos que vivieron con su padre. Menciona darse cuenta que se enoja cuando Norma le hace alguna observación porque se siente descalificado, justo como se sentía con los comentarios que le hacía su padre. Se explora las soluciones intentadas, Alberto menciona que ha utilizado el “tiempo fuera” pero que a veces es peor, porque se queda muy enojado y no se resuelve nada. En esta sesión se le sugiere invitar a un familiar para acompañarlo en su proceso personal, Alberto menciona que puede ser su madre.

En la sesión siguiente, Alberto comenta que tuvo un percance automovilístico, se sintió obligado a mentirles a sus hermanos por temor a la crítica. Le preocupa que su madre le haya dicho que se parece a su padre en la forma de conducir el automóvil. Alberto piensa que por la convivencia que tuvo con su padre tiene posturas corporales y modales similares a él y se lo confirma su cuñada Nelly, quien le ha dicho que se sienta a ver la televisión con la misma postura corporal que su padre. Se le pregunta sobre las experiencias positivas de su padre, solo puede referir su falta de participación en el aspecto económico y afectivo. También dice: “*no cumplió como padre*”, “*no convivió conmigo como con mis hermanos*”, aunque le cuesta reconocer los aciertos de su padre, Alberto menciona que le dejó “las ganas de luchar y de seguir adelante” también le reconoce el interés por saber y no quedarse con ninguna duda. Alberto actualmente hace lo mismo; la facilidad que le da el Internet le permite buscar la información que desconoce.

Desde la etapa inicial del proceso Alberto se muestra ambivalente con respecto a su padre; identifica aspectos positivos de la relación paterna pero regresa de inmediato a los resentimientos, cuando habla de esto generalmente cambia su postura corporal, flexiona los pies hacia atrás “atándose” a cada pata de la silla. El equipo terapéutico pregunta sobre la percepción que tienen sus hermanos del padre: al respecto comenta que su hermano Fernando es el único que dice tener buenos recuerdos, Ana y Antonio ya lo perdonaron mientras que Santiago y él tienen diferentes experiencias, casi todas negativas.

Lo que más le preocupa a Alberto es “repetir patrones” porque se percata que tiene muchas reacciones similares a su padre. Se observa que cada que habla de él contiene el llanto; siendo esto tan recurrente las terapeutas y el equipo terapéutico planearon trabajar los sentimientos de Alberto en la **cuarta sesión** utilizando la técnica de la silla vacía. Se le pone una silla enfrente de él y se le pide que imagine que ahí se encuentra su padre y que en ese momento le diga lo que no le pudo decir cuando falleció. Alberto realiza el ejercicio con reclamos y haciendo preguntas cuestionadoras sobre el actuar de su padre, luego menciona lo que le hubiera gustado recibir de él, por último expresa su deseo de “estar en paz”, al término del diálogo Alberto dice que no había tenido la oportunidad de expresar lo que sentía y refiere un cierto alivio; el equipo terapéutico manda como mensaje su comprensión y le pide que convoque una reunión familiar para acordar lo que se va a hacer con el cuarto de la casa que anteriormente era ocupado por el padre.

En la **sesión quinta** Alberto reporta cambios importantes. Con su novia, opta por disculparse y aceptar su error en vez de alejarse y dejar de hablarle. Con su familia, logra hacer la reunión y obtiene un acuerdo para ocupar el cuarto y dejar de hablar mal del padre “para dejarlo descansar”. También comienza a poner límites a su hermana, generalmente la apoyaba con los gastos de su sobrino Iván para que ella pudiera pagar sus deudas bancarias; piensa que “ayudándola” no la hace responsable. Se observa que va modificando la percepción de su padre, al finalizar esta sesión Alberto menciona que su padre pudo haber tenido algunas cualidades como para que su madre lo quisiera.

En las sesiones anteriores Alberto inicia comentando algo relacionado con su novia, en la **sesión sexta** refiere que a principios del mes de Julio tiene contemplado irse a Canadá. La fecha del viaje se empalma con la presentación de un examen extraordinario. Se exploran las opciones y alternativas de solución. Con este ejercicio Alberto se percata que no está siendo ni aprehensivo ni negativo; menciona que los cambios lo fortalecen y lo comprometen consigo mismo. Refiere también que el cambio del cuarto va a esperar porque desea pintarlo y decorarlo.

Posteriormente, el progreso de Alberto se centra en las materias pendientes que dejó de la licenciatura, actualmente está recursando algunas materias. La relación con su novia va mejorando, ya no se pelean como antes y ahora hace un esfuerzo por no discutir por cualquier cosa. De los planes que tienen como pareja menciona que desean casarse, solo espera concluir la licenciatura, tener la seguridad de un trabajo y tramitar la búsqueda de un crédito para una casa. Refiere que sigue poniendo límites a sus hermanos. En esta semana su hermano Santiago le pidió que fuera su aval para sacar un coche, Alberto se negó porque sabe que su hermano no cumple con los compromisos que adquiere.

En las sesiones **octava y novena**, Alberto invita a su madre; al inicio menciona que no le ha dicho el motivo por el cual la invitó ya que no tiene la intención de juzgarla; las terapeutas le dicen a la madre lo que se ha trabajado con Alberto y el interés de su hijo de preguntar cosas relacionadas con su esposo. La Sra. Sofía refiere el gusto por participar en algo importante para su hijo. Alberto le pregunta a su madre por que “aguantó” tanto a su padre y si actualmente lo sigue queriendo; la Sra. Sofía menciona que su esposo se quedó sin trabajo y ya no quiso mantener a sus hijos, él consiguió una pensión alimenticia de parte de sus hijos, también dice que su esposo no era así, sino que era una buena pareja y un buen padre. Alberto le pregunta a su madre en tomo de reclamo por qué sus hermanos no apoyaron cuando el proceso del divorcio; la Sra. Sofía reconoce que quien llevó la carga más pesada fue precisamente Alberto porque entraba a las audiencias a encarar al padre, sus otros hermanos estaban trabajando y participaban poco; comenta que llegó a odiar a su esposo y cuando se enteró de su muerte descansó. Alberto y su madre refieren que el Sr. Carlos era muy inteligente, con solo la educación primaria llegó a ser gerente de un laboratorio, bebía y apostaba dinero, estuvo en la cárcel por fraude. Las terapeutas preguntan por lo que sí hizo bien el Sr. Carlos, Alberto reconoce que su padre compró un carro a su gusto y que en un viaje se paró en cada pueblo para comprarle el chocolate de su antojo; la Sra. Sofía refiere que a su esposo le gustaba viajar y gracias a él conocieron varios estados de la República.

La segunda visita de la Sra. Sofía coincide con el tercer aniversario de la muerte del Sr. Carlos, Alberto tiene la intención de visitarlo el fin de semana porque no quiere seguir teniendo resentimientos, lo dice con la voz entrecortada, se le pregunta si no tiene algo más que preguntar o decir a su madre; Alberto se dirige a la Sra. Sofía para darle las gracias por el apoyo que recibió de ella cuando le dio la parálisis facial y por los buenos y malos momentos vividos durante el proceso legal; la Sra. Sofía le responde que entiende lo que le pasa y que siempre le va a dar su apoyo porque es su hijo, desea lo mejor para él y espera que se case pronto. El equipo terapéutico pregunta a la madre sobre los cambios observados en Alberto, la madre dice que ahora se puede discutir cualquier tema con él porque es más receptivo, responde de mejor manera y trata de ser equilibrado. Posteriormente se aborda el tema del cuarto, Alberto menciona que ya decidieron que va a ser el cuarto de ver televisión y donde va a estar la computadora, piensa rescatar unas fotos del Sr. Carlos para ponerlos en la sala. Por último se concretan los detalles de la visita de Alberto a su padre.

En la **sesión décima**, Alberto comenta acuerdos importantes con su novia, van a verse tres veces por semana para que cada uno atienda asuntos personales, también refiere con detalle la visita que hizo a su padre. Menciona que se estuvo preparando. Le avisó a su novia para no verla ese día, se arregló para verse presentable y le compró un ramo de flores. Al dirigirse al panteón sentía emociones encontradas pero las pudo superar. Dice que lloró y lo perdonó. Considera que fue un gran paso porque ya se siente en paz con su padre y con la vida.

Alberto comenta que el fin de semana anterior se fue con Norma a Ixtapan. Menciona que por el momento ya liberó dos materias de las doce que debía de la licenciatura. Siendo esta la **onceava sesión** se le menciona el objetivo de la sesión de seguimiento y se le pregunta

por los cambios que realizó en este proceso terapéutico. Alberto refiere que expresa sin temor lo que siente, pone como ejemplo lo que le dijo a su hermano Santiago al que le pudo decir que no podía ir a su cumpleaños porque había planeado con mucho tiempo la salida a

Ixtapan con Norma, no se sintió culpable y no mintió. También pudo llevar al Museo el Papalote a su sobrina a pesar de que Norma le insistiera que se vieran porque estaba con gripa, le dio prioridad a su sobrina porque la sentía triste y porque le había prometido salir con ella. Alberto refiere sentirse tranquilo, sereno y más a gusto consigo mismo.

La sesión de seguimiento se realizó el 13 de Noviembre de 2006, Alberto refiere haber mejorado la relación con su madre porque ahora se sienten más unidos, la abraza y le demuestra que la quiere, su madre recibe el afecto con agrado. Se siente menos aprehensivo y piensa que ahora puede decir lo que siente sin ofender, la relación con su novia ha cambiado, le puede decir lo que no le parece. Lo que más le gusta de su cambio es que ahora no se siente culpable y que puede dormir satisfecho de haber expresado su punto de vista aún cuando no coincida con ella. Se muestra paciente y positivo en relación al término de la licenciatura, pues todavía le faltan 10 materias, sabe que le va a tomar tiempo pero manifiesta no doblegarse hasta conseguirlo. En relación a su padre dice que fue muy útil despedirse de la historia “mala” del Sr. Carlos, se percata que no es ningún perdedor ni tonto, reconoce que tiene la capacidad de decidir con qué quedarse y con que no de lo aprendido en la relación con su padre. Refiere sentirse satisfecho porque su hermano Fernando y la secretaria de su jefe han notado cambios en él. Al final, agradece a las terapeutas y al equipo terapéutico el acompañamiento realizado en todo este tiempo.

Análisis del caso

Este fue uno de los primeros casos clínicos que atendí en el segundo semestre de la maestría. Acompañar a Alberto en este proceso fue gratificante por el logro obtenido y conmovedor porque su historia me hizo reflexionar sobre la relación que en ese momento tenía yo con mi padre; el ejercicio que hizo Alberto sobre la reconstrucción de la relación con su padre fueron los principios que me motivaron acercar y alimentar de mejor manera la relación con ni padres, éste fue el mejor aprendizaje.

También fue la primera experiencia de trabajar en coterapia. El acompañamiento que realice junto con la Psicóloga Liliana Moreno fue gratificante porque respetamos mutuamente las intervenciones de cada una, fue importante la comunicación entre las dos antes y después de las sesiones, aprendí de mi compañera la visión sistémica, pues ella sugirió la invitación de un familiar de Alberto, estrategia que fue muy útil para el proceso del cliente. Aprendí de las intervenciones de Liliana y su calidez para motivar el cambio. Aprendí a tener comunicación con el equipo terapéutico y a considerar las sugerencias que fueron de gran ayuda. Puedo concluir que fue una buena experiencia para mi desarrollo personal y profesional.

3.1.1.2. Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica

El trabajo clínico desarrollado con Alberto tuvo como marco de referencia el Modelo Estratégico, las intervenciones fueron planeadas con el mínimo de medios y el máximo de

resultados. La invitación a dos sesiones a la madre fue importante para hablar del pasado y construir una relación de cariño y afecto.

Considerando que uno de los rasgos principales del enfoque estratégico es la planeación de una estrategia que resuelva la problemática del cliente, las terapeutas con orientación de la supervisora diseñaron los objetivos del tratamiento (descritos en el apartado 1.1.8.) y se programaron las etapas del mismo (Véase la tabla 6).

Desde la perspectiva del modelo estratégico, un problema es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas. A partir de esta premisa se identificó una secuencia de actos repetitiva entre Alberto y su novia:

- Norma hace una observación a Alberto, éste reacciona mostrándose apático y silencioso, recordando para sí mismo las descalificaciones que su padre le hacía, Norma se enoja por la actitud hostil de Alberto quien reacciona con distancia y dejándole de hablar. La intervención se centró en explorar las secuencias alternativas con Alberto y se hizo la recomendación para expresar sus sentimientos a Norma y distinguir entre lo que le dice la novia y lo que le decía su padre.

	Etapas	Metas	Estrategia
1.	Inicial	Determinar el problema y la repetición de las secuencias. Identificar los círculos viciosos de retroalimentación en la problemática planteada por el cliente Reconocer las analogías insertadas en el síntoma.	Identificar a las personas que están involucradas en el problema. Cuestionamiento circular.
2.	Intermedia	Obtener un equilibrio de la experiencia vivida con el padre para mejorar las relaciones interpersonales con su novia y con su familia. Promover el acuerdo mutuo y los buenos sentimientos hacia los demás Mejorar los estilos de comunicación con la familia y con su novia. Orientar la organización familiar definiendo las fronteras y la autonomía.	Técnicas estratégicas de meta regulación: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Énfasis en lo positivo. ▪ Redefinición de la conducta negativa. ▪ Técnica de utilización
3.	Final	Hacer un balance de los objetivos establecidos con los logros alcanzados. Definir objetivos pendientes.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión de seguimiento

Tabla 6. Etapas programadas del tratamiento a Alberto Medrano.

Alberto reveló que en la casa en donde vive tienen un cuarto inhabilitado, anteriormente ocupado por el padre; en la etapa inicial de la terapia funcionaba como el cuarto de los trebejos. La analogía encontrada fue la siguiente: el cuarto funciona como el recordatorio constata de la presencia del padre, paradójicamente con el deseo de la familia de superar las experiencias desagradables vividas con el padre. La intervención propuesta por el equipo terapéutico fue que Alberto reuniera a la familia para concensuar la utilidad futura que le harían al cuarto. La respuesta de la familia fue más que positiva, pues no solo acordaron habilitar el cuarto sino dejar de hacer “bromas desagradables” con respecto al padre. En la etapa final del tratamiento, Alberto menciona que remodelaron el cuarto y lo utilizan para ver la televisión y la computadora.

Desde la primera sesión se observa en Alberto cambios corporales, gestuales y de voz, conteniendo las ganas de llorar cada vez que habla de su padre. Las terapeutas propusieron al equipo terapéutico trabajar con la expresión de los sentimientos de Alberto. Para esta situación se planeó la utilización de la técnica de la silla vacía. Aún cuando esta técnica no es propiamente del modelo con el que se está orientando el caso, fue de mucha utilidad porque los cambios posteriores fueron evidentes, además se cumplió uno de los intereses de Alberto planteado como: “cerrar el ciclo”. La importancia de la aplicación de esta técnica, fue revelada por Alberto en la sesión de seguimiento cuando menciona que después de ese ejercicio sintió mucho alivio y fue una de las experiencias dentro de su proceso trascendentales para su crecimiento.

Para fortalecer el equilibrio de la experiencia vivida con el padre, se utilizan técnicas estratégicas de meta regulación como: énfasis en lo positivo y la redefinición de la conducta negativa. Se pregunta a Alberto sobre las experiencias positivas vividas con su padre, considerando también la posibilidad de que su padre tuviese un trastorno conductual originado por el exceso de alcohol. Ambas técnicas fueron reforzadas con la participación de la madre de Alberto quien relató algunas experiencias positivas que vivieron con el padre.

Los estilos de comunicación que utilizaba Alberto con su familia y con su novia cuando había un desacuerdo son: dejar de hablar, mentir para no enfrentar o generar un conflicto y no expresar lo que siente; todas estas conductas aprendidas en la relación familiar y que generaban en Alberto el terror de parecerse a su padre. Se trabajó con técnicas de utilización, aprovechando la conducta, el lenguaje, las creencias, los marcos de referencia y la motivación de Alberto explorando alternativas de comunicación para obtener una expresión clara y concreta. Mejorando los estilos de comunicación Alberto comenzó a poner límites a sus hermanos y a su novia.

Se programa la sesión de seguimiento a un margen de nueve semanas después de la sesión onceava. Se prepara una guía de preguntas que incluyen:

- La percepción que Alberto tiene de sí mismo antes del proceso terapéutico y en la etapa final del tratamiento.
- La percepción que tiene su familia y su novia de los cambios realizados por Alberto.
- Logros obtenidos en el proceso terapéutico.

- Objetivos pendientes.

Conforme a la evaluación expuesta por Alberto y las observaciones de las terapeutas y el equipo terapéutico se concluye que este caso fue exitoso.

3.1.1.2. Familia 2

Datos Generales:

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación
Germán Bautista	43	Padre	Policía auxiliar
Laura Sánchez	43	Madre	Enfermera
Daniela Bautista Sánchez	19	Hija	Estudiante
Ubaldo Bautista Sánchez	8	Hijo	Estudiante

Datos del equipo terapéutico.

Terapeuta: Lic. Linda Olimpia López Aragón

Coterapeuta: Lic. Ana Lilia Escalante

Supervisora: Dra. Romana Silvia Becerril Cervantes

Modelo de supervisión: Enfoque Estructural.

Motivo de consulta

Germán Bautista y Laura Sánchez padres de Daniela y Ubaldo, solicitan el servicio de terapia familiar por recomendación de la Médico tratante de este último diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención. La madre expone que Ubaldo no hace las tareas de la escuela, es muy distraído y no termina las cosas que empieza. Germán agrega que el niño no obedece a ninguno de los padres. En la primera entrevista, resaltan los problemas de pareja y los reclamos que ambos padres se hacen por no hacer la tarea con Ubaldo, por el trabajo excesivo y el cansancio que cada uno manifiesta tener.

Sesiones

La familia Bautista Sánchez fue atendida en el Consultorio 10 de Terapia Familiar del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”. El tratamiento fue iniciado el 2 de Marzo de 2006 concluyendo el 17 de Agosto del mismo; en total fueron 14 sesiones. Las fechas y los miembros de la familia que asistieron se detallan a continuación:

Sesiones	Fecha	Asistieron
1	02- 03- 06	Germán y Laura
2	09- 03- 06	La familia
3	16- 03- 06	Laura, Daniela y Ubaldo
4	23- 03- 06	La familia
5	30- 03- 06	La familia
6	6- 04- 06	Germán y Laura
7	20- 04- 06	Laura
8	4- 05- 06	Germán y Laura
9	18- 05- 06	Germán y Laura
10	1-06-06	Germán y Laura
11	15-06-06	La familia
12	29-06-06	Germán y Laura
13	13-07-06	Germán y Laura
14	17-08-06	La familia

Planteamiento y desarrollo del problema

El problema que esta familia expone en la terapia es la distracción, resultados pobres en la escuela y desobediencia tanto en la escuela como en la casa de parte de Ubaldo. Ambos padres trabajan de noche, cuando regresan de trabajar ninguno descansa, Laura llega a revisar la tarea y hacer la comida, Germán llega a ver lo que hace falta en la casa donde viven que está en construcción; al llegar desvelados, ambos se encuentran cansados y conforme va pasando el día se muestran irritables y poco tolerantes, situación que se agrava cuando Ubaldo se distrae y se tarda para hacer la tarea. Laura acusa a Germán de no dedicarle el tiempo suficiente a su hijo, Germán dice que llega muy cansado porque trabaja más tiempo que ella.

En la etapa inicial de la intervención, se advierte que las dificultades subyacentes al problema planteado, tienen relación con el fallecimiento del segundo hijo quien murió ahogado en la cisterna de la casa, situación que exacerbó la sobreprotección a Ubaldo y el

poco acercamiento que tienen los padres con Daniela; además del abuso de alcohol por parte de Germán. Se detectan problemas instrumentales y afectivos como: dificultades en la comunicación, expresión de los afectos, control y en la toma de decisiones.

Familiograma

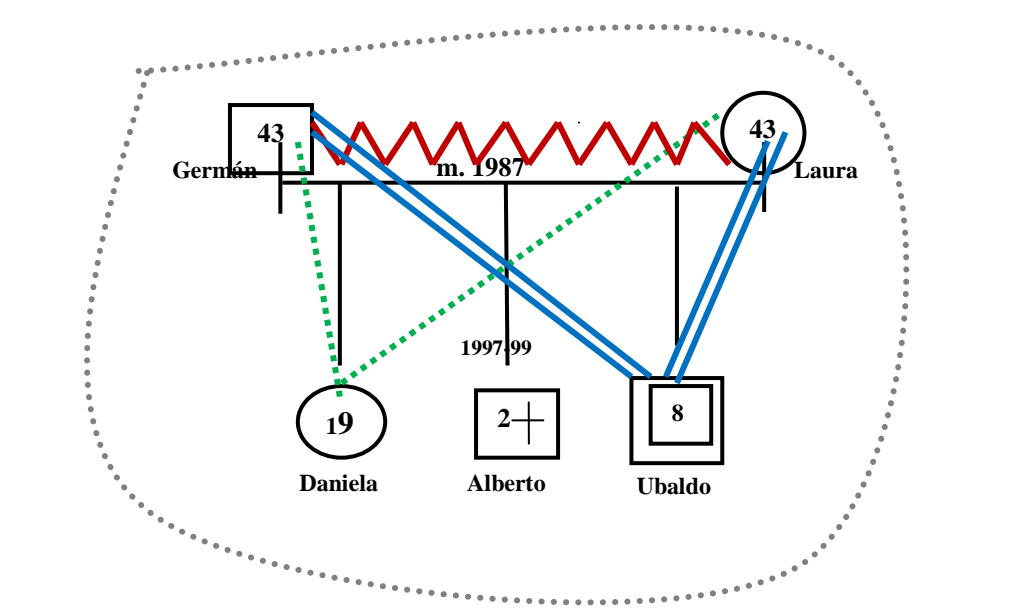


Figura 4. Familiograma de la Familia Bsutista Sánchez en 2006

Evaluación y diagnóstico familiar

A partir de la propia opinión de la familia y las observaciones realizadas por el equipo terapéutico se considera que la dinámica familiar establecida por sus miembros aminora el buen estado físico y emocional de la unidad familiar.

La familia Bautista Sánchez esta pasando por la etapa de los hijos en edad escolar o adolescentes; la problemática no se centra en la hija adolescente sino en la relación conflictiva de la pareja y la sobreprotección al hijo menor (Véase la figura 4).

De primera instancia se detecta que existen problemas de carácter instrumental que afectan básicamente la mecánica del vivir y que recae directamente en la salud de los padres de esta familia; Germán trabaja como policía auxiliar y tiene un horario de 24 por 24, hace trabajo de albañilería para la construcción de su casa y se hace cargo de trasladar y recoger las sillas que alquilan generalmente los fines de semana. Laura trabaja como enfermera en el turno nocturno, realiza trabajo doméstico y apoya en la construcción de la casa. Los horarios nocturnos y el trabajo que cada uno desarrolla durante el día genera en cada uno agotamiento, cansancio e irritabilidad.

Desde el modelo estructural se puede decir que en esta familia el **subsistema conyugal** está en crisis, el trato entre ellos se ha tornado agresivo, distante e indiferente; las acusaciones son mutuas; Laura expresa su molestia porque Germán bebe los fines de semana y la agrede verbalmente, además no tiene iniciativa propia para recoger o limpiar la casa que está en construcción; a su vez, Germán se queja del modo en que Laura se dirige a él, también dice estar cansado de las “bromas” que los hermanos de Laura le hacen y de tener que salir los fines de semana con ellos.

La función **parental** de Germán y Laura se distingue por la sobreprotección a Ubaldo, esto se remonta desde la muerte accidental del segundo hijo, situación que es reconocida por ambos padres y no se habían percatado; los padres acceden a casi todas las peticiones de Ubaldo, le compran lo que pide a pesar de que sus calificaciones son bajas y que su comportamiento es incorrecto pues les ha llegado a faltar el respeto. En relación a Daniela, los padres se muestran menos flexibles, le exigen mayor participación en las tareas domésticas, la responsabilizan del cuidado de Ubaldo y de presentar notas de excelencia en la escuela.

El subsistema más funcional es el **fraterno**, la relación de Daniela y Ubaldo generalmente es buena, ambos comparten el juego con sus primos y con los vecinos, pocas veces se disgustan y cuando llega a suceder la que busca la conciliación es Daniela. El esquema estructural de las relaciones familiares al inicio del proceso terapéutico se configura en el conflicto que tienen los padres, los límites difusos que establecen al hijo menor y los límites rígidos que establecen a la hija mayor (Véase Figura 5).

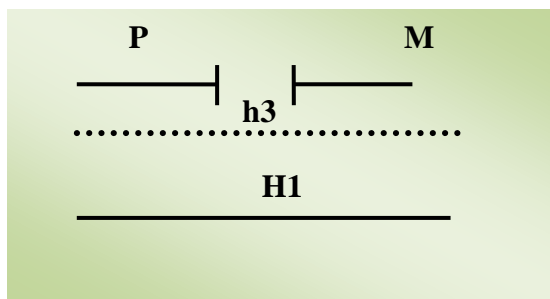


Figura 5. Esquema Estructural de la Familia Bautista Sánchez al inicio de la terapia

Para evaluar las relaciones familiares, su organización estructural y los procesos comunicacionales y afectivos se utilizó el Esquema de Evaluación Familiar Dinámico-Estructural. En la figura 6 se observa que la madre y la hija son las que están más comprometidas con los roles propios de su subsistema; también se observa que el hijo es el personaje que tiene mayor significancia dentro de la familia esto explica de algún modo por qué es el paciente identificado. La línea que separa al padre del hijo es discontinua porque representa el grado de permeabilidad y la falta de jerarquía del padre, mientras que

en la relación entre los cónyuges se observa una doble línea que advierte la nula permeabilidad entre la pareja. Con respecto a la comunicación afectiva, la relación que tienen ambos padres con la hija es débil, mientras que con el hijo muestran un grado de intensidad, en la pareja se aprecia conflictos y en la relación de hermanos se muestra una relación positiva.

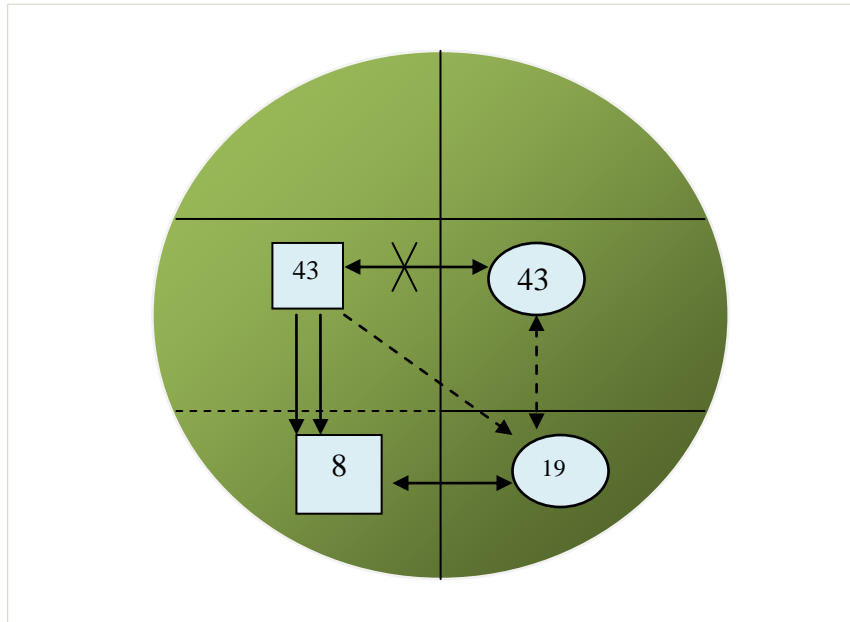


Figura 6. Esquema de Evaluación Familiar Dinámico-Estructural de la familia Bautista Sánchez

Objetivos del tratamiento

A partir de la evaluación y el diagnóstico familiar realizado por las terapeutas y la supervisora del caso, se plantea como **objetivo general**:

- Fortalecer el estado físico y emocional de la unidad familiar promoviendo la flexibilidad y la adaptación funcional a los cambios internos y externos.

Y como **objetivos específicos**:

- Mejorar la comunicación e interacción entre el subsistema conyugal a fin de restablecer la relación de pareja y obtener una organización más funcional dentro de sus facultades.
- Mejorar la comunicación e interacción entre el subsistema parental y recuperar la jerarquía de los padres para obtener la colaboración de los hijos.
- Equilibrar los lazos afectivos en la función parental para que ambos hijos reciban la atención y el cuidado de los padres, sustituyendo la sobreprotección por autonomía y responsabilidad.

Resumen de la intervención terapéutica

En la **primera sesión** asistieron Germán y Laura, durante la entrevista se indagaron los datos generales de la familia y el motivo de consulta; ambos expresaron de forma verbal y no verbal reproches, molestias, y descalificaciones. También se observó el cansancio y la falta de organización entre el área laboral, familiar, la construcción de la casa, el descanso y esparcimiento, ya que ambos trabajan de noche. La primera intervención que se realizó a los padres fue una directiva para que ambos durmieran tan luego llegaran de trabajar, se plantearon opciones para organizar la comida a fin de que Laura no tenga que cocinar diariamente; también se proponen alternativas de descanso en la construcción de la casa; se pide la presencia de los hijos para la siguiente sesión.

Los hijos se integraron a las siguientes cuatro sesiones. En la **segunda sesión** se hace el encuadre a los hijos y se pregunta cómo ven a su familia, Daniela menciona que son una familia disfuncional; también comenta que trata de ayudar a Ubaldo en las tareas pero la desespera. Laura refiere que ha cambiado muchas veces de escuela a su hijo, esperando que con cada inicio cambie su actitud pero no lo logra. En algún momento Laura se refiere a un hijo que tuvieron, las terapeutas tratan de esclarecer pero todos guardan silencio; Daniela revela la muerte accidental de su hermano Alberto, menciona sentirse culpable por no haberlo saludado ese día como generalmente lo hacía, desde entonces se siente excluida porque sus padres se dedicaron a sobreproteger a Ubaldo. La entrevista se orienta a conocer la situación en la que se dio el accidente, el manejo que tuvieron del duelo ante la pérdida, los sentimientos presentes y la integración de la experiencia en el momento actual.

A la **sesión tercera** asisten Laura, Daniela y Ubaldo; Germán no se presenta porque está de guardia. En esta sesión Laura comenta que tiene 22 años trabajando como enfermera, los últimos 8 años los ha trabajado en el Seguro Social. Se explora cómo se sienten después de la sesión anterior, Daniela comenta que se siente más aliviada y que le hizo sentir bien el escuchar que sus padres la querían. Laura vuelve a reafirmar su aprecio y dice que está haciendo lo posible para atender las necesidades de ella; esta aseveración es rechazada por la hija, pues dice: “solo basta que Ubaldo le hable para dejar todo lo que está haciendo”. Laura admite que es así. Ubaldo solo escucha y baja la cabeza, la madre dice que está molesto porque ahora si trajeron la mochila y saliendo de la consulta se va a la escuela. Ubaldo dice que pensaba que todos los jueves faltaría a la escuela. Se pregunta cómo están descansando, Laura dice que su esposo es muy necio y no quiere irse a dormir y a ella se le va el día “tratando de convencerlo”, se exploran otras alternativas de descanso.

A la sesión siguiente asistieron todos los miembros de la familia. Las terapeutas inician la **cuarta sesión** preguntando cómo están, Daniela dice que sus padres no han descansado y eso los pone de mal humor. Laura acusa a Germán de negarse a descansar; Germán dice que no puede irse a dormir cuando hay muchas cosas en la casa por hacer, así que tiene que “moverse” para que su esposa no lo compare con sus cuñados, este comentario molesta a Laura quien dice que Germán solo tiene iniciativa para beber con sus amigos. Se pregunta qué cambios quieren ver en su familia, todos coinciden que tienen un problema en la comunicación y que tienen que trabajar en ello. Para innovar el descanso de los padres se asigna a Ubaldo la función del “guardián del sueño”, se pide asegurar la disminución del

ruido para que sus padres puedan descansar, esta actividad implica recordar a su hermana y familiares cercanos que sus padres requieren dormir. A los padres se les indica platicar 10 minutos con Daniela sobre la escuela, amigos e intereses de la joven.

En la siguiente sesión se preguntó por las tareas asignadas. Daniela comenta que su hermano fue “guardián del sueño” solo por tres días, su madre platicó más con ella que su padre, además piensa que Germán solo le da el avión. Laura aprovecha el comentario de la hija y refiere que Germán no tiene iniciativa, muchas veces piensa que en vez de pareja tiene otro hijo. Germán se defiende diciendo que hace las cosas para darle gusto a su esposa y para que no lo compare con sus cuñados. Ubaldo interviene para decir que su padre siempre llega cansado y su madre lo pone hacer cosas. La supervisora interviene para reforzar los logros y unificar criterios de la percepción. Se abre el tema de la comunicación; una petición importante que hizo Germán en relación al negocio de alquiler de sillas, es que no le avisan a tiempo cuando hacen un nuevo contrato o cuando llegan a cancelar el servicio; situación que genera enojo, frustración y duplicación del trabajo; a esta dificultad se rastrea alternativas de solución; Daniela propone colocar un pizarrón cerca del teléfono para anotar la dirección, el lugar y la fecha donde se deben entregar las sillas, los padres mencionan estar de acuerdo menos Ubaldo, porque piensa que le van a quitar su pizarrón, la madre menciona que comprarán uno exclusivo para el negocio.

Uno de los problemas subyacentes en esta familia es la relación tensa de la pareja, Laura dice que Germán no tiene iniciativa, es conformista y no toma ninguna decisión, mientras que Germán dice que Laura es una mujer ambiciosa, que le gusta mandar y no lo toma en cuenta; la discrepancia en la definición de roles, tareas y expectativas que cada uno tiene del otro se pretende trabajar en la **sesión séptima**; sin embargo se tuvo que aplazar porque Germán no asistió. Laura llega a esta sesión con una actitud negativa y quejándose de su esposo, refiere experiencias de celos y control de parte de Germán, incluso menciona como alternativa la separación. Con la sugerencia de la supervisora, las terapeutas cuestionan la alternativa justo cuando Germán no está presente. Se orienta sobre lo trascendental que es una separación para toda la familia y la posibilidad de dar un poco de tiempo para trabajar con las dificultades de pareja.

Las siguientes tres sesiones fueron trabajadas con la pareja. En la **sesión octava** Laura expone que han dejado de pelear. Germán dice que no han discutido porque ha optado por quedarse callado, decisión que alivia la tensión pero no soluciona nada; Laura se queja de que Germán no la escucha. El tema de la comunicación se trabaja en esta sesión utilizando la técnica de escenificación, se pide que Germán y Laura se coloquen frente a frente y mencionen lo que tienen que decirse; esta técnica permite que ambos se den cuenta que están mal interpretando sus gestos y que la afirmación tácita sobre lo que siente el otro les genera enojo; también funciona para abordar los aspectos relacionados con el cuidado del otro y para disculparse por las ofensas y los malos entendidos; Germán expresa sus deseos de salir con su esposa e hijos sin tener que ir con los hermanos de Laura, solicitud que es aceptada por su esposa. Después de esta sesión los cambios fluyeron y la motivación de Germán fue en aumento.

En las sesiones **novena y décima** Germán y Laura van reportando variaciones en el subsistema parental y conyugal; del primero mencionan haber tomado acuerdos con respecto a los permisos y castigos para Ubaldo. Como pareja han mejorado el trato entre ellos y han disminuido las malas interpretaciones; la participación de las terapeutas apunta a ampliar la visión sobre lo que cada uno hace para obtener resultados diferentes. Para seguir fortaleciendo la relación, se pide que salgan como pareja y que exterioricen los cambios que quieren obtener; Laura se compromete a bajar el tono de su voz y a dejar de regañar a sus hijos por cosas irrelevantes, Germán se compromete a comunicar de forma verbal y con claridad sus estados de ánimo y a no responder de forma agresiva.

Los cambios a los que se comprometieron Germán y Laura fueron cumplidos, Laura puso como ejemplo el fin de semana en que Germán bebió con sus hermanos, anteriormente mandaba a Ubaldo con cualquier pretexto para que trajera a su esposo de regreso, condición que molestaba a Germán porque sus amigos y cuñados se burlaban, esto hacía que regresara a la casa provocando una discusión; en esta coyuntura, Laura no mandó a su hijo y recibió a su esposo sin ningún reclamo, solamente le sugirió que se bañara y se durmiera. Germán se siente satisfecho con los cambios obtenidos y se compromete a dejar de beber así como lo hizo con el cigarro.

Después de tres sesiones de trabajar con la pareja y con resultados positivos se cita a los hijos en la **onceava sesión**. Daniela y Ubaldo informan que la relación entre sus padres ha mejorado, Daniela dice sentirse más tranquila y observa que Ubaldo se responsabiliza más que antes, le disgusta que su hermano tome sus discos y no los deje en su lugar. Ubaldo dice que le va mejor en la escuela y que ve más contento a su padre; la exploración de las percepciones que tienen los hijos de sus padres se realizó utilizando un escala de 0 a 10, donde 0 significa ausencia total de peleas y 10 el máximo de peleas con presencia de violencia verbal o física; Daniela considera que al iniciar la terapia sus padres estaban en 10 y ahora están en un 5, Ubaldo opina que sus padres le han bajado hasta 3. Se le pregunta a la pareja si hay otras personas que han observado cambios en ellos, Laura comenta que su hermana le dijo que la terapia les ha funcionado porque ahora los ve más unidos y menos estresados. Germán dice que sus compañeros de trabajo le han dicho que ahora tiene mejor humor. Las terapeutas observan que la mejoría en la relación de pareja fortalece la función parental; motivo por el que se trabaja dos sesiones más con Germán y Laura.

En la **sesión doceava** Laura expone su disgusto ante la falta de opinión de su esposo referente a la casa, Germán aclara que la casa es de Laura porque ella ha conseguido el dinero para la construcción y el respeta sus gustos; las intervenciones de las terapeutas se enfocan a explorar en qué áreas cada uno tiene poder de decisión, Germán decide todo lo referente al coche y al negocio de las sillas y Laura tiene mayor poder de decisión en lo relacionado al trabajo doméstico y la construcción de la casa. En la **sesión trece** se investiga sobre las familias de origen, Laura comenta ser la cuarta de once hijos que tuvieron sus padres de condición humilde: su padre fue albañil y su madre ama de casa; cuando ella era adolescente sus padres se fueron a vivir a Toluca llevándose a los hijos pequeños y dejando solos a los de en medio, entonces Laura y sus dos hermanos se cuidaron e hicieron carrera solos, algo de lo que se siente muy orgullosa. Cuando se le pregunta al esposo sobre su familia de origen, Laura se adelanta a contestar, situación que

molesta a Germán; en ese momento se aprovecha la oportunidad para invitarlo a expresar su disgusto de forma no violenta y se sensibiliza a Laura en la escucha empática. Germán viene de una familia campesina del estado de Querétaro, no pudo estudiar porque tuvo que trabajar desde muy chico, es el hijo mayor de doce hermanos; su madre falleció en el 2000 y su padre vive solo. Las intervenciones son de connotación positiva y en el reconocimiento de la superación personal y profesional que han tenido.

En la sesión última del proceso terapéutico se invita a toda la familia, haciendo un balance de la problemática que trajeron a la terapia y los cambios que realizaron para mejorar las relaciones entre todos. Se pregunta si hay objetivos pendientes, la primera que pide la palabra es Daniela quien dice que sus padres discuten menos que antes, pero sigue teniendo problemas con Ubaldo porque toma sus discos sin su permiso y no los deja en su lugar; Ubaldo menciona que muchas de las veces se le olvida, se explora con los hijos las opciones que tienen para resolver esta dificultad, Ubaldo dice que ya no va tomarle ningún disco a su hermana porque le da flojera regresarlos, Daniela no le cree y sugiere sacarle una copia de los discos que más le agraden y vendérselos, Ubaldo asienta con la condición de que no abuse con el precio. Los padres observan los acuerdos que toman sus hijos sin intervenir, Germán se conmueve y dice que se siente muy contento de ver a sus hijos diferentes, Laura refiere que ella es más tolerante con su esposo, con sus hijos y ahora hasta en el trabajo, pretende estudiar una especialidad en enfermería y espera que sus hijos y Germán la apoyen, se le pregunta a Laura sobre lo que tendría que pasar para sentirse apoyada, refiere que del trabajo doméstico se haría cargo su madre, solo requiere que Germán se presente a la firma de boletas de Ubaldo y que esté más pendiente de él, a sus hijos les pide que obedezcan a la abuela y que sigan trabajando en la escuela como hasta ahora. Por último, se les plantea una situación hipotética en la que ambos fueran invitados a platicar su experiencia a un auditorio de padres de familia, Laura diría que la comunicación entre la pareja es muy importante pero se requiere que los dos estén convencidos, piensa que las parejas que no han sufrido golpes físicos son rescatables, Germán menciona que les diría a los hombres que escuchen a sus esposas para que tomen acuerdos en forma conjunta y para la educación de los hijos.

Análisis del caso.

La familia Bautista Sánchez fue atendida en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”, se trabajó en coterapia con la Psicóloga Ana Lilia Escalante. La experiencia fue de mucho aprendizaje. La comunicación entre las terapeutas fue muy importante para cumplir con los objetivos planteados; pudimos conciliar diferencias con respecto al abordaje del duelo de esta familia con la asesoría de la supervisora y respetando los puntos de vista de cada una. La orientación y el apoyo obtenido por la Dra. R. Silvia Becerril Cervantes, supervisora del Área de Terapia Familiar es invaluable, ya que nos brindó la confianza para tomar el caso y hacer nuestras propias intervenciones; me hizo observaciones precisas sobre la “alianza” que estaba haciendo con la esposa y que algunas intervenciones les faltaba potencialidad; estas sugerencias me hicieron ser cuidadosa para lograr una postura neutral dentro del proceso terapéutico con esta familia y con todas las que atendí.

El trabajo con esta familia tuvo una retribución muy importante en mi persona, me sentí muy conmovida cuando se descubrió la muerte accidental del segundo hijo; el dolor mostrado en cada miembro de la familia al recordar el accidente fue de mucho impacto para mí. Me sentí muy cercana a toda la familia, especialmente a Daniela quien fungió como otra coterapeuta. El trabajo realizado con esta familia me hizo sentir afortunada porque compartieron conmigo sus dilemas y sus tristezas y confiar en la fuerza y la sabiduría de los sistemas.

Análisis y discusión teórico metodológico de la intervención clínica

La familia Bautista Sánchez esta pasando por lo que Minuchin y Fishman (1984) llaman las familias con un fantasma, en este sentido la familia vive sus problemas con la consecuencia de un duelo incompleto. La pérdida del segundo hijo por ahogamiento en la cisterna de la casa generó en los padres y la hija mayor sentimientos de culpa; el proceso de duelo fue difícil para todos, el más afectado fue Germán pues él y sus cuñados son los que están construyendo la casa.

El diagnóstico familiar se realiza desde la primera sesión y se fue completando a medida que se tenía más información de la dinámica familiar. Desde la estructura familiar se observa que el excesivo cuidado de los padres al hijo menor los tiene en una relación sobre involucrada que no permite la autonomía de Ubaldo, éste se muestra con una actitud dependiente, intolerante, mostrándose incapaz de hacer la tarea si no hay alguien que lo acompañe. La atención exagerada al hijo menor genera una distancia afectiva con Daniela.

Los **límites** entre los subsistemas conyugal y parental son difusos, ya que por “atender” a Ubaldo descuidan su descanso y la relación conyugal. Se observan conductas rígidas en la “atención” dirigida a Ubaldo y se trabajan utilizando directivas del modelo estratégico. Se logró modificar la tensión de los padres por falta de descanso y se obtuvo la colaboración de Ubaldo en su papel de “guardián del sueño”, con esta última estrategia se obligó a los padres a descansar y se sensibilizó al hijo para no hacer y no permitir ruidos que pudiesen despertar a sus padres. También se indicó que los padres platicaran con Daniela al menos 10 minutos diarios. Con esta directiva la relación entre Daniela y sus padres mejoro considerablemente.

En el subsistema conyugal se identifican discrepancias en: la compatibilidad de los sistemas de valores, en la solución efectiva de problemas y en los acuerdos sobre la relación con la familia política; también se observan problemas de comunicación y de relación. Siendo las dificultades de pareja un problema central en la dinámica estructural de esta familia se trabajan 6 sesiones con Germán y Laura. Se trabaja la comunicación utilizando la técnica de escenificación; se pide a los dos que hablen de lo que les pasa como pareja, a Laura le molesta que Germán no le conteste cuando ella le pregunta sobre su estado de ánimo. Germán refiere que ella siempre da por hecho que se encuentra enojado cuando no todas las veces es así. Se exploran diferentes alternativas para que ambos puedan verificar lo que piensa o lo que siente del otro. En este mismo ejercicio, Germán expresa que le gustaría que salieran algunos fines de semana sin los hermanos de Laura para salir “como familia”,

también pide disculpas por su mal comportamiento y una oportunidad para mejorar sus vidas. Lo declarado por Germán nos permite observar una **alianza excesiva** entre Laura y sus hermanos, quiénes critican y hacen comentarios negativos sobre Germán, esta situación genera la proximidad de Laura con sus hermanos y la distancia con su esposo, esta disfuncionalidad se trabaja a partir de la fijación de las fronteras y cuestionando los niveles de intervención de la familia política y el efecto que revierte en la relación de pareja.

Cabe señalar que desde la aplicación de la técnica de escenificación y de fijación de fronteras, los cambios realizados por la pareja fueron constantes; Germán desarrolló mayor motivación al cambio. Con la mejoría en la comunicación y en la relación de la pareja se produjeron cambios en el subsistema parental, Germán y Laura tomaron acuerdos para poner límites y castigos a Ubaldo y aumentaron los lazos de comunicación y de afecto con Daniela.

Con el subsistema conyugal se trabajan los esquemas cognitivos que validan a la familia; en este caso Laura expone la creencia permanente sobre los roles de pareja; al respecto Germán “no cumple” con las expectativas tradicionales pues no es el proveedor único y tiene un menor ingreso económico; de ahí la comparación que hace con sus hermanos y las descalificaciones hacia su esposo. Se trabaja con las técnicas: cuestionamiento de los constructos cognitivos y la búsqueda de los lados fuertes de la familia; además de enfatizar el trabajo en equipo que realizan como pareja pues Laura consigue el dinero para la construcción de la casa y Germán apoya con la mano de obra.

El logro más importante del trabajo con los esquemas cognitivos con esta familia es precisamente lo que Minuchin y Fishman (1984) se refieren al cambio en la visión del mundo de la familia es seguido por un cambio en la estructura. Además estas intervenciones tuvieron un efecto importante en la percepción de la distribución del poder en la pareja; ambos cuentan con un trabajo remunerado, Germán se hace cargo del negocio de la renta de las sillas y la construcción de la casa y Laura hace y organiza las labores domésticas.

Con las intervenciones realizadas se logró en el subsistema conyugal: mejora en la comunicación y en la relación afectiva. En el subsistema parental: los padres lograron poner límites claros a sus hijos teniendo un equilibrio en la relación afectiva con ambos hijos; esto les permitió recuperar su jerarquía y autoridad. Se logró delimitar los límites de la familia extensa de Laura, dando mayor apoyo y credibilidad a Germán. En el subsistema fraterno se logró que tomaran acuerdos en común respetando sus intereses y sus diferencias. Se puede decir que este caso fue resuelto con éxito y que la familia Bautista Sánchez recuperó su estructura y su funcionamiento. El esquema estructural de la familia al término de la terapia se observa en la figura 7.

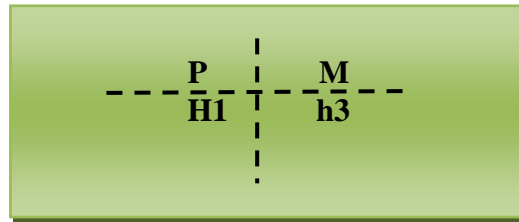


Figura 7. Esquema Estructural de la Familia Bautista Sánchez al término de la terapia

3.1.1.3. El proceso del duelo en la Terapia Familiar

Las dos familias presentadas tuvieron la pérdida de un integrante de la familia. Los factores asociados a la pérdida son diferentes en los dos casos.

En la **familia 1**: La muerte del padre de 68 años de edad ocurrió en el año 2003, de muerte “natural”. Por lo que dice la familia, el finado tuvo un comportamiento violento y agresivo con toda la familia los cinco años anteriores a su muerte. Con la muerte del padre se quedaron frustraciones y resentimientos en los hijos, particularmente en Alberto quien busca ayuda terapéutica.

En la **familia 2**: Muere el segundo hijo cuando tenía 2 años de edad, ocurrió de forma accidental al ahogarse en la cisterna de la casa que esta en construcción, el accidente sucedió en 1999. Esta experiencia fue muy dolorosa para toda la familia, el más afectado emocionalmente fue Germán quien se sintió culpable porque el construía la cisterna con sus cuñados, Laura comenta que los tres años siguientes de la muerte de su hijo Germán estuvo muy deprimido, ella trató de seguir adelante por los hijos que tenía.

La muerte de un integrante de la familia en cualquier etapa del ciclo de vida, suele ser algo trascendental para los dolientes. Trabajar la pérdida, es todo un reto para el terapeuta familiar, pues tal vez algunos miembros de la familia prefieren omitir o evadir el tema, mientras que otros puedan tener la necesidad de abrirlo. En este apartado se abordan las características de lo que se ha llamado duelo normal y complicado, las muertes catastróficas, las etapas del duelo, algunas variables de la pérdida, las tareas a desarrollar durante el proceso del duelo y cómo puede ser abordado desde los diferentes modelos de Terapia Familiar.

Duelo normal

Gómez (2008) refiere que el duelo es “en general un proceso afectivo, activo y de adaptación a la pérdida de un ser querido, un objeto o un evento significativo, que involucra reacciones de tipo físico, emocional, familiar, conductual, social y espiritual” (p. 35). La muerte de un ser querido abarca un amplio rango de sentimientos, sensaciones y conductas que se consideran normales y han sido enumeradas por Worden (2004), (Véase la Tabla 7).

Según Gómez (2007) el duelo pasa siempre por tres grandes etapas: el comienzo que se caracteriza por un estado de choque más o menos intenso; el núcleo del duelo que es propiamente un estado depresivo y la fase de terminación.

En **los primeros momentos** que corresponde al choque inicial, las personas pueden sentir vértigos, náuseas u otras alteraciones fisiológicas, también pueden sentirse “sobre una nube”; con el anuncio de la muerte de una persona querida, la primera reacción es el rechazo y la incredulidad que puede llegar hasta la negación. También es frecuente los reproches a la persona fallecida. En la **etapa central: el estado depresivo del duelo**, es la fase de mayor duración, en un principio la imagen del desaparecido ocupa por completo la mente del doliente, se puede ver intensificada en los sueños y en la añoranza de los pequeños detalles de la vida cotidiana. En relación con el desaparecido se asocia un sentimiento de gran soledad, de indefensión y la amenaza de un futuro incierto. **En la etapa final del duelo:** el periodo de restablecimiento, comienza cuando la persona mira hacia el futuro y se empieza a interesar por nuevos objetos y es capaz de sentir nuevos deseos y expresarlos. En esta etapa se desarrollan nuevas relaciones sociales, el estado depresivo se disipa y el dolor y la pena van disminuyendo; la etapa final del duelo se manifiesta esencialmente cuando existe la capacidad de amar nuevamente (Gómez, 2007).

Manifestaciones del duelo normal			
Sentimientos	Sensaciones físicas	Cogniciones	Conductas
Tristeza, enfado, culpa y autorreproche. Ansiedad, soledad, fatiga, impotencia, <i>shock</i> , anhelo, emancipación, alivio e insensibilidad.	Vacío en el estómago, opresión en el pecho, opresión en la garganta, hipersensibilidad al ruido, sensación de despersonalización, falta de aire, debilidad muscular, falta de energía, y sequedad de boca.	Incredulidad, confusión, preocupación, sentido de presencia y alucinaciones.	Trastornos del sueño, trastornos alimentarios, conducta distraída, aislamiento social, soñar con el fallecido, evita recordatorios del fallecido, buscar y llamar en voz alta, suspirar, hiperactividad desasosegada, llorar, visitar lugares o portar objetos que recuerdan al fallecido y atesorar objetos que pertenecen al fallecido.

Tabla 7. Manifestaciones del duelo normal, según Worden (2004).

Duelo complicado

Diversos autores le han llamado duelo patológico, anormal, no resuelto, crónico, retrasado o exagerado a la intensificación del duelo al grado que la persona se desborda y recurre a conductas desadaptativas o permanece en un estado inamovible hacia la resolución. En este caso, el duelo se desemboca en un cuadro depresivo con: apatía, intensa tristeza, baja autoestima, sentimientos de culpa, pensamientos suicidas u otro cuadro psiquiátrico. Generalmente el doliente no es consciente de su alteración física o psíquica. Gómez (2007) dice que se debe prestar atención a las siguientes reacciones para diferenciar un duelo complicado:

- Cuando la persona se estanca en un comportamiento de negación estoica por mucho tiempo.
- Cuando se detecta un comportamiento antisocial.
- Cuando existe una esperanza crónica del retorno de la persona amada.
- Cuando se producen sueños repetitivos de salvar o destruir a la persona amada o,
- Cuando se busca distanciar de situaciones que recuerden la pérdida del fallecido.

Factores asociados a la pérdida.

Según Worden (2004) el terapeuta familiar debe considerar los factores que están asociados a la pérdida:

1. **Cómo era la persona.** El terapeuta debe saber cómo era la persona fallecida.
2. **La naturaleza del apego.** Investigar con qué integrante de la familia era más fuerte el apego, con quien era menor, qué seguridad tenían; preguntar si existieron relaciones ambivalentes, tipos de conflictos con el fallecido y la existencia de relaciones dependientes.
3. **La manera en que fallece.** Indagar las causas de la muerte: por causa natural, accidental, homicidio, suicidio. La proximidad del lugar (donde ocurrió), si la pérdida fue un suceso imprevisto o esperado, si fue de forma violenta o traumática, si con el fallecimiento tuvo pérdidas múltiples, si la muerte pudo ser evitable o si se trata de una muerte ambigua (desaparición o secuestro).
4. **Antecedentes históricos.** Si en la historia familiar hay pérdidas anteriores, cómo se elaboró el duelo, investigar la salud mental de la familia.
5. **Variables de la personalidad de los dolientes.** Explorar si alguno de los familiares es sobreviviente; considerar la edad y el género de cada uno de los dolientes, además:
 - **Estilo cognitivo.** Indagar que estilo de estar en el mundo es más predominante en cada uno de los miembros de la familia (optimismo, pesimismo, evasivo, aprehensivo, etc.)
 - **Fuerza personal.** Que nivel de autoestima tiene cada integrante de la familia, recursos personales para la adaptación, etc.
 - **Constructos cognitivos.** Preguntar sobre las creencias y valores ante la muerte.

6. **VARIABLES SOCIALES.** En este apartado se indaga las disponibilidades de apoyo de la familia extensa y de las personas más cercanas. Se pregunta si los apoyos son valorados como satisfactorios o no.
7. **TENSIONES ACTUALES.** Se investiga cómo es la relación de cada miembro de la familia en el momento del fallecimiento. Si había conflictos graves, indiferencia, sobre involucramiento, etc.

Muertes catastróficas

Son aquellas que son repentinas, sin sentido, inesperadas y generalmente injustas. Se incluyen las muertes por homicidio, accidentes automovilísticos, raptos o secuestros y los suicidios. Los sobrevivientes de estas experiencias se ven afectados por una clase especial de problemas que acarrearán las disposiciones legales, las audiencias en el juzgado y los juicios. Para estos casos, el periodo de duelo es generalmente doloroso y prolongado.

Muerte por homicidio. O'Connor (2007) menciona que "el asesinato siempre carece de sentido, es desconsiderado y deja a los sobrevivientes con muchas preguntas sin respuesta y llenos de rabia" (p. 187). El impacto de la pérdida para los familiares es muy fuerte, el choque los coloca en un estado de alteración y de desorganización psicológica que se ven incapaces de pensar con claridad o de tomar decisiones. Los familiares pueden padecer el trastorno de estrés postraumático, por lo que se recomienda buscar asesoría psicológica.

Muerte por accidente. Para los familiares que pierden un ser querido producto de un accidente por un conductor ebrio, el proceso de duelo es similar al de un homicidio; en ambos casos los sobrevivientes deben someterse a las vicisitudes del sistema jurídico y vivenciar el proceso de duelo que generalmente es doloroso debido a que esas muertes son causadas por la irresponsabilidad de un tercero. Los dolientes concentran su ira contra la persona responsable, pero el sufrimiento es doble cuando no se atrapa al perpetrador. La muerte por otros accidentes del transporte como aviones, trenes o autobuses son sucesos azarosos que pueden ocurrir en cualquier momento.

Muerte por raptos o secuestro. Muchos raptos son realizados por padres divorciados o separados que no tienen la custodia de sus hijos. Le quitan el niño o los niños alterando su apariencia para evitar cualquier contacto con la ex pareja dejándole un sufrimiento doloroso y prolongado. Otros son los realizados por criminales que privan de la libertad a una persona para pedir dinero a cambio, éste es un acto que destruye a la persona secuestrada y a sus familiares (O'Connor, 2007).

Muerte por catástrofes naturales. Las muertes ocasionadas por la fuerza de la naturaleza como por los tornados, incendios forestales, temblores, huracanes, inundaciones, avalanchas, erupciones volcánicas y otros, causan muertes súbitas e inesperadas. El proceso de duelo tiene lugar después de ocurridos los hechos y la pérdida.

Muerte por suicidio. La muerte autoinfligida es una experiencia devastadora para la familia que los llena de culpa. El trabajo terapéutico con la familia es importante porque los sentimientos de culpa y la creencia de no haber hecho nada por el fallecido los ahoga.

Intervención y soporte a las personas en duelo

Trabajar el duelo es importante porque el ajuste de una pérdida implica dolor y esfuerzo. Trabajar el duelo exige que los deudos se desprendan de la relación e interacción del difunto para desarrollar relaciones afectivas con otros. La terapia de apoyo según Gómez (2007) implica:

- Estimular la verbalización de la pérdida reconstruyendo el pasado reciente.
- Liberar y reconocer los sentimientos implicados en la relación y los actuales.
- Ayudar a tomar decisiones, afrontar el gusto por vivir sin sentimientos de culpa y aceptar la distancia emocional del recuerdo del fallecido.
- Estimular el conocimiento de sí mismo.
- Brindar la oportunidad de integrar la experiencia de la muerte y del duelo como un enriquecimiento moral y espiritual

Las tareas del duelo según Worden (2004) son cuatro:

- I. **Aceptación de la pérdida.** Esta tarea implica que los dolientes afronten la realidad de la pérdida, asuman que el reencuentro es imposible y busquen una aceptación intelectual y emocional.
- II. **Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.** Cabe mencionar que en la cultura mexicana, el dolor y la expresión de los sentimientos socialmente no están permitidos. De modo que suele ser frecuente la negación del dolor a través de un bloqueo de los sentimientos, por tanto el trabajo clínico se centra en la expresión del dolor y los sentimientos.
- III. **Adaptarse a un medio donde el fallecido está ausente.** Estas incluyen: La adaptación externa: en cómo se ajustan los roles y las actividades que antes eran asumidas por el finado. La adaptación interna: cómo influye la muerte en la imagen que las personas tienen de sí mismas, la adaptación a sí mismo, en su amor propio, eficacia personal, identidad, etc. Y las adaptaciones espirituales: cómo influye la muerte en sus creencias, valores y supuestos.
- IV. **Reubicación del fallecido y continuar viviendo.** Encontrar un lugar emocional para el finado que permita a la familia estar vinculada y que la familia pueda continuar viviendo.

Los modelos de terapia familiar en el trabajo del duelo

Sin omitir que la reconstrucción de una familia ante la pérdida de un ser querido es un proceso que toma tiempo y que cada miembro de la familia vive el proceso de diferente manera, los diferentes modelos de terapia familiar pueden ser eficaces para el diagnóstico y tratamiento de las familias en duelo. Cabe señalar que el terapeuta familiar debe considerar lo expuesto anteriormente antes de trabajar con una familia que tiene como experiencia pasada o presente la pérdida de un familiar.

Desde el **modelo estructural** resulta útil identificar la estructura familiar antes y después del fallecimiento. Cómo es que cada integrante se ha adaptado a la ausencia del fallecido.

Preguntar y observar la aproximación y la distancia de cada uno de los miembros de la familia antes y después de la pérdida y la que permanece en la actualidad entre los deudos. Tener presente el ciclo vital de la familia, así como la flexibilidad, los cambios en el poder y en la adaptación de la familia a dichos cambios. Identificar a qué subsistema pertenecía la persona fallecida y quién y cómo se han organizado las funciones al interior de dicho subsistema. Desde este modelo se evalúan los límites, las alianzas, las coaliciones, el territorio y la geografía de la familia antes y después del acontecimiento.

En el **modelo estratégico** se debe diferenciar si el síntoma presentado por un miembro de la familia no es producto de la pérdida o si las conductas reiterativas forman parte del duelo no resuelto. También se debe identificar si el problema presentado está asociado a la pérdida de un familiar y quiénes y de qué modo participan en el problema. El terapeuta familiar que siga este modelo tendrá que reconocer la analogía presente en lo expuesto por la familia en relación a la pérdida o a la persona fallecida.

Desde el **modelo de terapia breve** el terapeuta familiar debe investigar si la naturaleza del problema y las soluciones intentadas guardan relación directa con el fallecimiento de un familiar, de este modo se cumple el objetivo central del modelo que es: interrumpir la secuencia de las soluciones ineficaces y redefinir los comportamientos problemáticos. Muchas personas “presionan” a otra para que acelere su proceso de duelo, y ese puede ser precisamente el problema y no la solución. Por otro lado, se debe considerar que el tiempo del proceso del duelo es diferente en cada persona por tanto, el terapeuta de terapia breve no deberá condicionar el tratamiento a un número determinado de sesiones como lo establece el modelo.

El modelo que mejor se ajusta para trabar la segunda etapa del duelo y las dos primeras tareas del mismo es el **modelo colaborativo**. Este modelo promueve en el terapeuta una serie de actitudes que puede brindar como: crear un espacio seguro para que la historia del cliente sea compartida, mostrar una actitud de confianza y centrarse en el proceso más que en el contenido, manifestar una escucha atenta libre de prejuicios para facilitar la expresión de los sentimientos y honrar la historia del cliente, esto implica tomar en serio al cliente, tener paciencia al proceso de cada persona y no presionar para forzar cambios.

El modelo **centrado en soluciones** puede ser útil cuando la familia o un integrante de ella está pasando por la **etapa final del duelo**, cuando la persona ya pueda ver un futuro con apertura a nuevas relaciones o cuando la persona este desarrollando las tareas III y IV descritas anteriormente y que son la adaptación a un medio donde el fallecido esté ausente y la reubicación del fallecido. La orientación y las preguntas que puede hacer el terapeuta desde este modelo, es focalizarse en los recursos y las fuerzas de la persona o familia, trabajando las redes y apoyos sociales, introduciendo pequeños cambios para propiciar cambios mayores, trabajando sobre las excepciones, usando analogías con historias, anécdotas, y parábolas que enriquezcan los pensamientos y las experiencias del o los dolientes.

3.1.2. Análisis del Sistema Terapéutico Total

La oportunidad que me brindó la maestría en terapia familiar en referencia al trabajo clínico realizado con las familias fue en dos sentidos:

1. Como parte del equipo terapéutico.

La experiencia de formar parte del equipo terapéutico la realicé en la Clínica “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, ahí participé en 15 casos clínicos, de los cuales 9 fueron de terapia individual, 4 de tratamiento familiar y 2 de terapia de pareja. Al referir esta práctica puedo decir que los grandes aciertos que tuvimos como equipo terapéutico fue la disposición de compartir experiencias, técnicas y sugerencias que abrieron alternativas para apoyar al terapeuta y al tratamiento de los consultantes. Otro acierto fue la capacidad de organización que tuvo este equipo para resolver problemas técnicos como el funcionamiento del interfón, la grabación de los videos, la solicitud de pacientes, el rol de terapeutas que hacían entrevistas de primera vez, etc.

Dentro de los desaciertos puedo mencionar que la asistencia del equipo terapéutico a los casos clínicos demeritó en los dos últimos semestres. El grupo en formación vivió momentos de tensiones por las propias exigencias de la maestría y por algunas dificultades interpersonales que al final se pudieron externar. Considero que ambas situaciones fueron erróneas porque fueron temas que no se abrieron en grupo en el momento indicado. Puedo decir que con la experiencia de ser parte del equipo terapéutico aprendí a escuchar y aceptar opiniones diferentes a las mías, a respetar la percepción y las intervenciones del terapeuta y a observar a la familia, al terapeuta y a todo el equipo terapéutico.

El trabajo que realizaron los supervisores fue de alta calidad. Los supervisores que tuvieron a cargo los casos clínicos en la Clínica “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología fueron: la Dra. María Elena Rivera, el Dr. Raymundo Macías, la Mtra. Carolina Díaz Walls, la Mtra. Patricia Moreno, la Mtra. Mary Blanca Moctezuma y la Mtra. Nora Rentería. Todos los supervisores mostraron una gran experiencia en el ámbito clínico y en la terapia familiar, situación afortunada porque el aprendizaje tuvo la misma dimensión.

2. Como terapeuta y coterapeuta.

En la Clínica “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología trabajé en cuatro casos de los cuales tres fueron en coterapia y en los que se contó con equipo terapéutico. Trabajar en la Cámara de Gesell y con un compañero/a terapeuta fue una experiencia totalmente novedosa que tuvo matices de preocupación, de angustia, de tensión pero también de aprendizaje, de conmoción, de gusto y de satisfacción. La experiencia más grata fue la que tuve en coterapia con el Dr. Raymundo Macías, pues el aprendizaje fue muy valioso para mi formación.

La participación del equipo terapéutico cuando estuve como terapeuta fue apreciable, ya que en uno de los casos que atendí los miembros del equipo terapéutico participaron como equipo reflexivo; cabe señalar que la paciente fue dada de alta y realizó cambios significativos a partir de la intervención del equipo reflexivo. Las observaciones y

sugerencias que me realizó el equipo terapéutico en los tres casos que atendí fueron de gran utilidad porque orientaron mi trabajo y me permitió darme cuenta que la forma de mi expresión se tornaba muchas veces con poca claridad y era muy repetitiva; algo que fui mejorando paulatinamente. De parte de los supervisores recibí respeto, apoyo, observaciones a mis formas de intervención y sugerencias para mejorar mi desempeño.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” atendí a 6 familias, de las cuales cuatro se fueron de alta, una fue baja temporal y otra baja definitiva. En este hospital tuve la oportunidad de trabajar en coterapia con pasantes de licenciatura de la UNAM y de la Universidad Intercontinental; también trabajé en coterapia con estudiantes de la maestría de la UNAM de una generación anterior; en todos los casos aprendí de mis compañeras coterapeutas. La supervisión estuvo a cargo de la Dra. R. Silvia Becerril Cervantes quien siempre mostró una gran competencia profesional para la orientación de los casos atendidos y sus tratamientos. La Dra. Becerril me dio la oportunidad de trabajar en terapia de grupo con padres que presentaron cuadros depresivos; esta experiencia fue muy importante para mi desarrollo profesional porque me motivó a retomar las lecturas de terapia de grupo y a manejar a los grupos con más confianza.

La participación en este Hospital me permitió conocer y tratar a personas con problemas complejos pero con motivación al cambio. Los logros alcanzados en las familias que fueron dadas de alta me produjeron un gran gusto, del mismo modo que en los casos no concluidos; porque en todos ellos aprendí de las personas, de mis compañeras coterapeutas, de mi desempeño profesional y de lo que me falta por aprender. Considero que este hospital es un buen apoyo para los estudiantes en formación.

3.2. Habilidades de Investigación

3.2.1. Reporte de la investigación con metodología cuantitativa

Escala de Atmósfera Emocional

**Linda Olimpia López Aragón, Manuel Almanza Avendaño,
Martha Edna Barrios Serrano
y Liliana Moreno Lucero,**

3.2.1.1. Resumen

Se desarrolla una escala para evaluar la permisividad y no permisividad de las emociones dentro del clima emocional familiar. La escala fue aplicada a 300 estudiantes de bachillerato que participaron voluntariamente, con un rango de edad entre 15 y 25 años. La Escala de Atmósfera Emocional demostró tener validez concurrente debido a las altas correlaciones del factor de Permisividad y la Escala Total con el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.). La escala también demostró tener validez de criterio, ya que pudo predecir mayores niveles de permisividad en la expresión de emociones, tanto en el factor de Permisividad como en la Escala Total

3.2.1.2. Marco Teórico

Según Lazarus (1991), las emociones no deben ser estudiadas sólo como reacciones ni ser consideradas desde una estructura dimensional fija, sino que hay que observar cómo cambian de acuerdo al contexto, a la etapa en la que se encuentra la persona y a las condiciones que influyen en su emoción.

La teoría de la emoción propuesta por Lazarus (1991) considera el aspecto cognitivo, el motivacional y el relacional; además categoriza las emociones que comparten un tema relacional común. Las categorías de emociones según Lazarus son las siguientes:

1. Familias de emociones generadas por una evaluación primaria de relevancia de la meta e incongruencias. Éstas incluyen las emociones negativas referidas a diversas formas de amenaza, retraso del refuerzo, impedimento de una meta que se expresan con enojo, miedo-ansiedad, culpa-vergüenza, tristeza, celos-envidia y disgusto.
2. Familias de emociones generadas por una evaluación primaria de relevancia de la meta y congruencia. Son las emociones positivas referidas a formas diversas del logro de una meta o el movimiento hacia ella. Incluyen la felicidad-alegría, orgullo, amor-afecto y alivio.
3. Emociones límite, como la esperanza, la compasión (empatía-simpatía) y las emociones estéticas.
4. No-emociones. En esta categoría se clasifican varias emociones y procesos de afrontamiento como sucede en el duelo y la depresión. Lazarus los categoriza a su vez, en:

- a) Estados positivos ambiguos; éstos son actitudes que generan emociones o respuestas a emociones. Incluyen la expansividad, la confianza, la determinación y el reto.
- b) Estados negativos ambiguos. Éstos comprenden la amenaza, la frustración, la desesperanza, la decepción y la falta de sentido.
- c) Confusión mental funcional. En esta categoría se ubican la perplejidad o la confusión.
- d) Entusiasmo sin contenido o excitación. Incluye emociones como la pasión, la molestia, el nerviosismo, la tensión o la agitación. Tales palabras pueden ser utilizadas en el contexto del estrés, pero tienen un significado difuso y un contenido emocional ambiguo.
- e) Pre-emociones. En esta categoría se incluyen el interés, la curiosidad, el asombro, la anticipación, la alerta y la sorpresa, que son estados cognitivos que orientan una respuesta que indica la espera de la evidencia en la que se realizará la evaluación personal (Lazarus, 1991).

En 1994, Lazarus realiza la siguiente clasificación de las emociones:

- 1. Emociones Desagradables: enojo, envidia y celos.
- 2. Emociones Existenciales: Ansiedad- miedo, culpa y vergüenza.
- 3. Emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables:
Alivio, esperanza, tristeza y depresión.
- 4. Emociones provocadas por condiciones de vida favorables:
Felicidad, orgullo y amor.
- 5. Emociones empáticas: gratitud, compasión y experiencias estéticas (Lazarus y Lazarus., 1994)

Para considerar las emociones dentro de un contexto, Hochschild (1979; en Lazarus, 1991) desarrolló el término “reglas de sentimientos” para enfatizar que las personas regulan la expresión externa de las emociones y tratan de sentir lo que se supone deben sentir en situaciones sociales. Por tanto, las reglas de sentimientos regulan el estado emocional directamente al afectar cómo las personas evalúan la situación, que derivará en una expresión o inhibición de la emoción.

Las reglas de sentimientos pueden influir en la personalidad, ya que se internalizan y creemos que algo está mal cuando nuestras emociones no se conforman a lo que establecen las reglas. Está presión social puede tener un efecto benéfico, ya que puede implicar un cambio de atención en la emoción generada por un problema, para que las personas puedan adaptarse a contextos o situaciones distintas. Ekman y Friesen (1969; en Hess y Kirouac, 2000) generaron el concepto de “reglas de expresión” para las normas de la expresión de emociones, que son persuasivas y se han socializado en etapas tempranas de la vida. De este modo, en las situaciones interpersonales se generan reglas que dirigen la expresión verbal y no verbal de las emociones en las interacciones, y la violación de dichas reglas puede crear problemas en el proceso interaccional.

Atmósfera emocional

Se entiende por atmósfera emocional al tono emocional general dentro de la familia. Una atmósfera emocional tensa, puede ser el resultado de un estrés inmediato sobre la familia, pero si no se encuentra que cierto estresante ha provocado el tono emocional, la atmósfera puede ser el resultado de conflictos crónicos irresueltos y dificultades en la expresión emocional, que se pueden deber a una regla emocional compartida en la familia y que no es saludable (Wilkinson, 1998).

En los sistemas familiares saludables, las reglas tienden a ser explícitas y flexibles, mientras que en los sistemas disfuncionales, las reglas son implícitas, fijas y no negociables. Dentro de cada familia, existen reglas familiares que favorecen o prohíben la expresión de emociones específicas, por ejemplo:

- a. Miedo. Se presenta como una anticipación negativa de un evento vital, e implica en la comunicación interpersonal, una petición de protección y cuidado. Si se prohíbe su expresión y se le concibe como un signo de debilidad, puede generar problemas psicossomáticos, conductas de evitación y fobias.
- b. Tristeza. Aparece en situaciones donde se responde a una pérdida, y comunica una petición para ser amado y reconfortado. Si se le prohíbe su expresión al ser considerada como un signo de locura, pueden aparecer signos conductuales de depresión.
- c. Enojo. Es una respuesta al dolor o a la frustración, que comunica una petición de ser escuchado y respetar la propia voluntad. Si el enojo se concibe como algo peligroso que no debe ser permitido, se puede generar ansiedad y depresión.
- d. Amor y sexualidad. Son respuestas al placer, que implican cercanía e intimidad. Si esto es considerado como un signo de lujuria u ociosidad, se pueden generar problemas sociales, sexuales y dificultades en el desarrollo de la intimidad.
- e. Felicidad. Es una respuesta al logro, que significa una petición de compañía, relajamiento y compartir. Si se le concibe como una tontería, se provocan inhibiciones sociales y dificultades para desarrollar intimidad.
- f. Entusiasmo. Es una anticipación positiva de un evento vital, que implica una invitación a la diversión y a la alegría. Si se le considera un signo de inmadurez o infantilidad, se pueden desencadenar moralidades rígidas, dificultades sexuales y prohibición de las actividades lúdicas (Wilkinson, 1998).

Efectos de las emociones en la salud

Según Lazarus y Lazarus (1994) el afrontamiento es lo que le da forma a nuestras emociones. Su función más importante es la regulación de esas emociones y las situaciones conflictivas que las provocaron. Existen dos estrategias principales de afrontamiento: a través de la resolución de problemas y la que se centra en las emociones. En referencia al afrontamiento centrado en las emociones Lazarus y Lazarus (1994) mencionan la importancia de expresar nuestras emociones a fin de comprendernos mejor, además de que brinda la oportunidad de revisar lo ocurrido, saber por qué ocurrió, conocer el conflicto y las alternativas de solución; en este sentido, la verbalización parece ser una buena forma de afrontarlo. Por el contrario la supresión emocional mantiene la aflicción.

Sobre las repercusiones de las emociones en la salud, Lazarus y Folkman (1984; en Lazarus, 1991) desarrollaron dos modelos del desarrollo de la enfermedad. En su modelo específico, establecen cómo las emociones pueden generar disturbios fisiológicos, mientras que en el modelo general se establece cómo dichos disturbios fisiológicos están relacionados con una predisposición constitucional de los individuos para el desarrollo de enfermedades.

Lazarus (1991) señala que existen dos vías por donde las emociones pueden generar enfermedades. En la vía directa, ciertas emociones provocan directamente una enfermedad mientras que en la vía indirecta, la enfermedad es provocada indirectamente por los procesos inadecuados de evaluación y afrontamiento. En la primera, las emociones provocan cambios neuroquímicos que afectan los tejidos, esto les pasa a las personas que tienen una forma de respuesta intensa y prolongada a situaciones que se repiten en su vida diaria. En la vía indirecta las alteraciones a la salud se generan por la forma inadecuada y crónica de evaluar las situaciones ambientales y por el modo de afrontarlas por parte del individuo. En otro sentido, la evaluación de las situaciones y las formas de afrontamiento pueden derivar un sentimiento de bienestar personal, dependiendo de sus efectos sobre la relación persona-ambiente.

Cousins (1976; en Lazarus, 1991) propone que los estados emocionales felices son capaces de preservar la salud somática y curar la enfermedad, mientras que los estados emocionales estresantes o infelices son destructivos o promueven la enfermedad. Lazarus (1991) señala que hace falta investigación para identificar los efectos somáticos de emociones específicas.

Enfermedades psicósomáticas y emociones

El valor del factor emocional en condiciones tales como hipertensión, úlceras, colitis, asma y enfermedades de la piel es ampliamente reconocido, los estudios clínicos del problema general se encuentran sobre las manifestaciones de enfermedad dentro del individuo pero omiten una consideración sistemática: la de las fuerzas ambientales como la de la familia (Ackerman, 1974).

Según Ackerman (1974) la enfermedad psicósomática debe ser examinada desde los siguientes puntos de vista:

- a) Factor constitucional.
- b) Factor especial que tiene influencia en el órgano.
- c) El factor de vulnerabilidad hacia el derrumbe psicósomático que se establece en la familia de la infancia.
- d) La influencia de la adaptación del individuo a roles familiares y extra familiares de la adolescencia y edad adulta.
- e) Factores patogénicos en las pautas interpersonales del grupo, familiar comunidad y cultura.

La aparición de síntomas psicósomáticos reflejan un daño de las capacidades integrativas de la personalidad manifestado en una disminución del dominio del medio y del control de las emociones básicas, las perturbaciones psicológicas con disfunción psicósomática, parecen representar un esfuerzo inútil para compensar la falta de control sobre el desdoble

de emociones y restablecer el dominio sobre los peligros en el medio externo a un nivel infantil de omnipotencia (Ackerman, 1974).

Objetivos de la investigación

En la presente investigación, se estableció como objetivo general elaborar un instrumento confiable y válido que evalúe la permisividad o no permisividad de las emociones dentro del clima emocional de la familia, y utilizar los resultados de la aplicación de la escala para determinar si existe relación entre el grado en que se permite la expresión de emociones en las familias con adolescentes, con la presencia de enfermedades psicosomáticas.

3.2.1.3. Metodología

Participantes

La muestra estuvo constituida por 300 estudiantes de bachillerato de turno matutino y vespertino que participaron voluntariamente, con un rango de edad entre 15 y 25 años, aunque 292 oscilaban entre 15 y 18 años. El sesenta y cinco por ciento de la muestra fueron mujeres y el 35% fueron hombres. Doscientos noventa y nueve eran solteros y sin hijos. 10 participantes reportaron tener un trabajo. El número de personas que vivían en casa osciló entre 1 y 18, con una media de 4.65 personas por hogar. La mayoría de los participantes pertenece a una familia biparental, con el 72.7% de la muestra; el 11.3% pertenece a una familia monoparental, el 16% restante pertenece a familias extensas o reconstituidas.

Instrumentos

Se elaboró una escala que evalúa la Atmósfera Emocional de una familia, basada en la idea de que las creencias y las reglas que surgen a partir de ellas regulan la expresión emocional sus miembros. Dicha escala consta de 19 reactivos que estiman el grado en que una familia permite o no permite la expresión de emociones. Los reactivos se califican de acuerdo a una escala que va de 1 “Nunca” a 5 “Siempre” (véase el Anexo I).

Para la validación concurrente de la escala de Atmósfera Emocional, se utilizó el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.), desarrollada por Rivera (2000). Dicho factor consta de 22 reactivos que se califican de acuerdo a una escala que va de 5 “Totalmente de acuerdo” a 1 “Totalmente en desacuerdo” (véase el Anexo II). Se elaboró un cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia para obtener la validez del criterio, en el supuesto de que las familias de los adolescentes que permiten mayor expresión emocional, tienen menos enfermedades psicosomáticas, o se reduce la presencia de las mismas. El cuestionario consta de 11 preguntas con dos opciones de respuesta “sí” y “no”, donde se establece la presencia de acné, ronchas, herpes, asma, alergia, problemas de alimentación, gastritis y problemas de excreción, durante los últimos 2 años, (Véase el anexo III).

Procedimiento

Piloteo

Se aplicó una primera versión de la Escala de Atmósfera Emocional con 70 reactivos, a jóvenes adolescentes y padres de familia. Se les pidió que leyeran con atención cada reactivo, contestando de acuerdo a las categorías de respuesta posible, que más se asemejara a lo que sucedía en su familia actual. Así mismo se solicitó que fueran señalados los reactivos que no fuesen claros para ellos. Posteriormente se llevó a cabo una entrevista con cada participante, con el fin de identificar los reactivos que generaron confusión.

Al principio se estableció un criterio de eliminación de los reactivos que tuvieran a partir del 60% de las respuestas en una de las opciones, por lo que se eliminaron 30 reactivos para llevar a cabo un primer jueceo. En otro momento de la investigación, la docente que supervisa el proceso nos señaló que aumentáramos el criterio para eliminar los reactivos que tuvieran a partir del 70% de las respuestas, por lo que se utilizaron nueve reactivos previamente eliminados, para el segundo jueceo. Con base a un análisis cualitativo se hizo una reformulación de las categorías a evaluar, de la clasificación por emociones (tristeza, enojo, alegría, amor y miedo), se decidió valorar sólo dos dimensiones, que fueron: permisividad de la expresión de la emoción y no permisividad de la expresión de la emoción. Para poder realizar el jueceo se modificó la redacción de los reactivos que eran confusos, encaminada a la evaluación de las dimensiones antes mencionadas.

Jueceo

Para que la escala tuviera validez de constructo, se llevó a cabo una fase de jueceo que tuvo dos etapas. Mediante la técnica de Q-SORT, se realizaron tarjetas para cada reactivo, y los jueces tenían que clasificarlas de acuerdo con dos categorías: 1) se permite la expresión de emociones y 2) no se permite la expresión de emociones.

La primera etapa se realizó con un grupo de 14 Licenciados en Psicología, algunos pertenecientes al Centro de Orientación para Adolescentes, otros al Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos No. 13, y algunos egresados de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Pedagógica Nacional. En este jueceo se utilizaron 40 reactivos. De acuerdo a nuestro criterio de exclusión, se eliminaron los reactivos que no alcanzaron el 70% de coincidencia entre los jueces respecto a la dimensión que pertenecía cada reactivo. La escala se concluyó con 33 reactivos, siendo excluidos 7. La segunda etapa del jueceo, se realizó con expertos en terapia familiar, docentes de la U.N.A.M. con niveles de maestría y doctorado. El criterio para la eliminación de los reactivos fue suprimir el reactivo que tenga menos del 80% de coincidencia entre los jueces respecto a la dimensión de pertenencia de cada reactivo. En este jueceo se utilizaron 42 reactivos porque fueron agregados nueve reactivos. En este segundo jueceo, se eliminaron 4 reactivos, por lo que se utilizarían 38 para la etapa de aplicación del instrumento.

Aplicación

La versión de la Escala de Atmósfera Emocional con 38 reactivos se aplicó a 300 adolescentes de bachillerato. Junto con el instrumento se les pidió que contestaran los reactivos pertenecientes al factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las

Relaciones Familiares (E.R.I.) y el cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia para evaluar la presencia de enfermedades psicosomáticas.

Análisis Estadístico

Después de la aplicación del instrumento, se inició el proceso de análisis estadístico mediante el programa SPSS. Se llevaron a cabo análisis de frecuencias y pruebas t para apreciar qué reactivos discriminaban; la prueba $K-S$ para verificar si la distribución de los reactivos era normal; el análisis factorial con rotación ortogonal para revisar la estructura de la escala; el análisis de confiabilidad alfa de Cronbach para estimar la consistencia interna de la prueba; la prueba t para encontrar diferencias entre los grupos del criterio a partir del cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia; y la correlación de Pearson para ver si había correlación entre la escala con el factor de Expresión Emocional y la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.).

3.2.1.4. Resultados

En la primera etapa, se obtuvieron las frecuencias para las respuestas de los reactivos, y no se encontró alguno que pasara del 80% de las respuestas en una opción, lo que se eligió como criterio de eliminación de reactivos. Luego se obtuvo el valor de la asimetría para saber si las distribuciones de las respuestas de los reactivos se parecían a la distribución normal y se eliminaron ocho reactivos que no estuvieran en el rango de +1 a -1, que se determinó como segundo criterio de exclusión.

Posteriormente, se sumaron los puntajes de los sujetos tras haber eliminado los ocho reactivos y se determinaron los percentiles 27 y 73, que se ubicaron en los puntajes 99 y 117 respectivamente. A partir de éstos, se crearon dos grupos extremos que se compararon mediante una t de muestras independientes para ver si había diferencia entre las medias de las respuestas a los reactivos. Mediante este procedimiento, se eliminaron tres reactivos cuya diferencia entre las medias no fue significativa y por lo tanto, no discriminaban. Tras haberse eliminado once reactivos mediante estos procesos, la escala se quedó con 27 reactivos. Se sumaron los puntajes de los participantes con una escala de 27 y se realizó la prueba Kolmogorov-Smirnov para ver si la distribución de la escala era normal. Se obtuvo una $Z = 1.575$, $p < .05$, por lo que la distribución no es normal. En la Gráfica 1 (véase Anexo IV) aparece la distribución de la escala al final de la primera etapa.

Debido a que no se obtuvo una distribución normal de las respuestas a la escala, se realizó una segunda etapa de análisis estadístico. Al realizar el análisis de frecuencias, se cambió el criterio de eliminación de aquellos reactivos que tuvieran a partir del 80% de las respuestas en una sola opción, por el nuevo criterio de exclusión donde se eliminaron los reactivos con dos opciones de respuesta que no pasaran del 10% de las respuestas. Con este procedimiento la escala se quedó con 20 reactivos.

Se sumaron los puntajes de la escala con 20 reactivos y se obtuvieron los percentiles 27 y 73, que correspondieron a los puntajes 62 y 74 respectivamente. Como en la etapa anterior, se utilizaron los percentiles para crear dos grupos extremos, con los cuales se hizo otra prueba t de muestras independientes para ver si diferían las medias de sus puntajes en cada reactivo. A partir de t , se eliminó un solo reactivo, que tuvo $t = -1.376$, $p = .171$ y que por

lo tanto, no discriminaba en la permisividad de la expresión emocional. En la Tabla 1 se presentan los resultados de este procedimiento estadístico (véase el Anexo V).

Posteriormente se sumaron los puntajes de los participantes con una escala de 19 reactivos y se realizó de nuevo la prueba Kolmogorov-Smirnov para ver si la distribución de la escala era normal. Se obtuvo una $Z = 1.152$, $p = .141$, lo cual señala que la distribución es normal. En la Gráfica 2 (ver anexo VI), aparece la distribución de la escala al finalizar la segunda etapa. En este análisis estadístico se obtuvo una distribución normal para los puntajes de la escala. Se realizó un análisis factorial de rotación varimax con los 19 reactivos restantes. Se obtuvo una KMO de .867, que señala que la distribución es una curva normal; se encontraron comunalidades que iban desde .426 a .739; y se encontraron dos dimensiones que explicaban el 27% de la varianza. El criterio de exclusión fue que un reactivo fuera menor a .300, el cual fue rebasado por todos los reactivos. Se establecieron dos factores: Permisividad de la Expresión Emocional, con once reactivos; y No Permisividad de la Expresión Emocional, con ocho reactivos. En la Tabla 2 (véase el Anexo VI) aparece la matriz de componentes rotados, con los dos principales componentes y la correlación de los reactivos con los factores. En la Tabla 3 (véase el Anexo VII), aparecen los reactivos por factor y los resultados de los análisis de confiabilidad mediante Alfa de Cronbach.

También se realizaron diversas pruebas t de muestras independientes para obtener la validez de criterio de la escala, mediante la creación de diversos grupos a partir del Cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia, con la hipótesis de que aquellos participantes que reportaran una mayor Permisividad en la Expresión Emocional, desarrollarían menos enfermedades psicosomáticas (dermatológicas y gastrointestinales) o su prevalencia sería menor en estos grupos. En la Tabla 4 (véase el Anexo VIII), aparecen los resultados de las pruebas t para el factor de Permisividad de la Expresión Emocional.

En la Tabla 5 (véase el Anexo VIII), aparecen las pruebas t para la escala Total de Atmósfera Emocional, de acuerdo a los grupos criterio establecidos mediante el cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia, que se enfocaba a problemas gastrointestinales y dermatológicos. El último análisis realizado fue la correlación de Pearson entre el factor de Permisividad y la Escala Total con el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.), para determinar la validez concurrente, bajo el criterio de convergencia. En la Tabla 8 aparecen las correlaciones obtenidas.

Correlaciones con el factor de Expresión Emocional del E.R.I.	<i>r</i>
Factor de Permisividad	.760
Escala Total de Atmósfera Emocional	.741

Tabla 8. Correlación de Pearson entre el factor de Permisividad y la Escala Total con el factor de Expresión Emocional del E.R.I.

3.2.1.5. Discusión

En esta investigación se desarrolló una Escala de Atmósfera Emocional, que consiste en una prueba de auto reporte que mide en adolescentes el grado en que en su familia se permite la expresión emocional. Se basó en la teoría de Wilkinson (1998) quien señala que en las familias existen reglas que prohíben o permiten la expresión de emociones específicas. Decidimos aproximarnos al problema midiendo el tono emocional general de la familia en vez de realizar reactivos que midieran la prohibición o permisividad de una emoción específica. Al principio elaboramos reactivos acerca de las creencias y las reglas (que se basan en las creencias) de emociones específicas, pero conforme se eliminaron los reactivos a través del piloteo y el jueceo, consideramos que era más conveniente considerar reglas y creencias generales respecto a emociones positivas y negativas

Debido a que en un primer proceso del análisis estadístico no se encontró una distribución normal de la respuesta a la escala, se utilizó un criterio donde se eliminaran los reactivos donde hubiera un número mínimo de respuestas en dos opciones, que en su mayoría correspondieron a “nunca” y “casi nunca”. Esto se realizó debido a que la tendencia de la curva se dirigía a puntajes altos, lo cual probablemente se deba al nivel de desarrollo de la población estudiada pues, la mayoría de ellos pertenecían a contextos con familias biparentales y no presentan el estrés de tener un trabajo.

El análisis factorial arrojó dos dimensiones, que concuerdan con nuestra teoría. El primer factor se denominó como Permisividad, mientras que el segundo fue el de No Permisividad, de la expresión emocional en la familia. El factor de No Permisividad resultó no confiable, cabe señalar que dos reactivos que pertenecían teóricamente al factor de No Permisividad, permanecieron en el factor de Permisividad, con una correlación negativa. La presencia de estos dos reactivos en el factor que no esperábamos y la baja consistencia interna del factor de No Permisividad pueden deberse a la existencia de reactivos que fueron formulados en términos negativos, lo cual pudo causar confusión y alterar la respuesta de los participantes.

La Escala de Atmósfera Emocional demostró tener validez concurrente debido a las altas correlaciones del factor de Permisividad y la Escala Total con el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.). La escala también demostró tener validez de criterio, ya que pudo predecir mayores niveles de permisividad en la expresión de emociones, tanto en el factor de Permisividad como en la Escala Total, al comparar grupos de participantes sin enfermedades, con diversos grupos que tenían problemas de alimentación, enfermedades gastrointestinales y dermatológicas, alergias, además de contar con más de dos enfermedades. No se encontraron diferencias en la atmósfera emocional, respecto al sexo, edad, tipo y tamaño de la familia.

Entre las recomendaciones para la Escala de Atmósfera Emocional se encuentran la necesidad de utilizarla con otro tipo de población, mejorar la redacción de los reactivos (especialmente de aquellos donde aparecen términos negativos), determinar si los reactivos se mantienen en el nivel de las creencias o en el de las reglas familiares, modificar las categorías en las opciones de respuesta, analizar si es conveniente reducir las opciones de respuesta y utilizar otra medida más confiable para la determinación de las enfermedades psicosomáticas como puede ser el trabajar directamente con poblaciones clínicas.

Un último aspecto que hay que señalar es que la escala tiene una tendencia a evaluar las emociones que pueden ser consideradas como positivas en una familia, por lo que también sería conveniente desarrollar más reactivos que se enfoquen en las emociones negativas. Además, se requiere un debate metodológico acerca de la validez de una escala de autorreporte para medir el comportamiento de una familia, por lo que se sugiere utilizarla como forma de diagnóstico de una familia, comparando las diferencias percibidas por sus miembros y observando cuáles miembros de la familia comparten la percepción de la familia, lo cual puede brindar información acerca de alianzas y coaliciones dentro del sistema familiar.

Referencias

- Ackerman, N. (1974). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Buenos Aires.: Paidós.
- Hess, U. y Kirouac, G. (2000). Emotion expression in groups [Expresión de la emoción en grupos]. En M. Lewis & J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 368-381. Nueva York: Guilford Press.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation* [Emoción y adaptación]. Nueva York: Oxford.
- Lazarus, R & Lazarus, B. (1994). *Pasión y razón*. Barcelona.: Paidós.
- Rivera, H. M. E. (1998). *Evaluación de las relaciones intrafamiliares: construcción y Validación de una escala*. Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México, México, Distrito Federal.
- Wilkinson, I. (1998). *Child and family assessment: clinical guidelines for practitioners*. [Evaluación al niño y a su familia: una guía para la práctica clínica]. Londres: Routledge.

3.2.2. Reporte de la investigación con metodología cualitativa

Acoso entre estudiantes en una escuela secundaria pública

Linda Olimpia López Aragón

3.2.2.1. Resumen

Se realiza un estudio de las representaciones mentales que tienen algunos trabajadores y estudiantes de una escuela secundaria pública en relación al acoso y violencia entre estudiantes. Se cuenta con la participación de dos docentes frente a grupo, una trabajadora social, una orientadora educativa y dos estudiantes de segundo y tercer grado. Se encuentra que la información que se tiene del tema es mínima y que se tiende a minimizar y a responsabilizar a la víctima. Los trabajadores de la escuela se muestran autocríticos de su profesionalismo y de las carencias que tienen para el manejo de los casos de acoso y abuso y en las relaciones interpersonales.

3.2.2.2. Marco Teórico

El acoso físico o psicológico entre estudiantes que conllevan prepotencia y abuso de poder es conocido como *Bullying*. Éste fenómeno representa el sufrimiento del miles de niños y adolescentes que soportan insultos, apodos, maltrato, y violencia (Nogueira, 2004). El acoso en la escuela es “una conducta intencionadamente agresiva y dañina de una persona o un grupo de personas con mayor poder, dirigida repetidamente contra una persona con menos poder sin que medie la provocación” (Harris y Petrie 2003, p. 18).

Algunos especialistas en educación que se refieren al acoso entre iguales, dicen que este problema es tan antiguo como la escuela misma. Rosario Ortega Catedrática de Psicología del Comportamiento y experta en el tema, menciona cinco tipos principales de violencia interpersonal entre escolares:

- 1.- Física. (Agresiones)
- 2.- Verbal. (Apodos, insultos)
- 3.- Psicológica. (Amenazas).
- 4.- Relacional directa. (Prácticas de exclusión, discriminación).
- 5.-Relacional indirecta. (Lanzar rumores sobre la persona, provocar que los demás la aíslen) (Nogueira, 2004).

La violencia entre iguales se da cuando existe rechazo social, intimidación psicológica y/o violencia física de unos niños (victimarios) sobre otros (víctimas). Este tipo de violencia se suele ejercer oculto a la vigilancia de los adultos. El niño que es acosado generalmente tiene sentimientos de inseguridad, de debilidad personal y de vergüenza. El agresor actúa al margen de las normas de convivencia. Bringiotti (2000) menciona que la relación abusador-abusado produce una vinculación patológica que está respaldada por el secreto, la dependencia y el miedo al ridículo.

El agresor

Tiene como característica distintiva su belicosidad con sus compañeros de clase, su actitud y comportamiento muestra una tendencia hacia la violencia. Generalmente tienen una opinión relativamente positiva de sí mismo; suelen ser impulsivos y demuestran una necesidad imperiosa de dominar a otros (Olweus, 1993).

Los agresores suelen ser alumnos varones, habitualmente son mayores que sus víctimas, adoptan conductas intimidatorias porque gozan de cierta popularidad y generalmente actúan en grupo. Estos niños sienten muy poca empatía o preocupación por los que padecen la violencia (Harris y Petrie, 2003).

Olweus (1993) menciona cuatro factores importantes que inciden en el comportamiento de los niños que se muestran agresores:

- 1.- La actitud emotiva básica de los padres hacia el niño. En especial la persona que lo cuida que generalmente es la madre, quien es probable que tenga una actitud carente de afecto y de dedicación.
- 2.- Otro factor importante es el grado de permisividad de la persona que cuida del niño. Cuando los padres no fijan claramente los límites el niño aumentará su comportamiento agresivo y lo trasladará a la escuela.
- 3.- Es probable que un niño que responde con agresión a otro, sea víctima de maltrato por parte de sus padres.
- 4.- La personalidad del niño. Si este es de un temperamento activo y “exaltado” es más propenso a volverse hostil.

La víctima

Son niños o niñas que generalmente son pasivos; se muestran ansiosos, inseguros y callados. Tienen miedo a la confrontación, lloran o se incomodan fácilmente, padecen de baja autoestima y raramente denuncian el maltrato por temor y por vergüenza.

Harris y Petrie (2003) refiere que hay dos tipos de víctimas, la *pasiva* o sumisa y la *provocadora*. La víctima pasiva se caracteriza por ser niños o niñas que tienen una opinión pobre de sí mismo, son generalmente aislados pues no tienen amigos, presentan ansiedad y suelen ser cautos, sensibles y tranquilos; cuando alguien los molesta reaccionan llorando o alejándose del agresor, pueden sentirse fracasados, avergonzados y estúpidos. La *víctima provocadora*, presenta una combinación de ansiedad y de reacción agresiva, estos niños pueden tener problemas de concentración; en clase se muestran inquietos e hiperactivos lo que produce reacciones negativas en gran parte de sus compañeros.

Los niños que pueden ser víctimas de acoso son aquellos o aquellas que tienen sobrepeso. Al respecto Griffiths, L., Wolke, D., Page, A., y Horwood, J. (2006) mencionan que la prevalencia de niños con obesidad se ha incrementado al doble en las dos últimas décadas y las consecuencias son indeseables en el aspecto psicológico y en el social, éstas incluyen experiencias en las relaciones afectivas en la escuela y una pobreza en el bienestar psicológico. Estos niños generalmente son víctimas de acoso por sus compañeros que tienen la intención de hacerles daño pegándoles, poniéndoles apodosos o excluyéndolos; aunque algunos pueden ser perpetradores en tanto que son más altos y más pesados que sus

compañeros. En cualquiera de los dos casos, es importante señalar que la obesidad está relacionada con síntomas de ansiedad, sentimientos depresivos y baja autoestima.

Harris y Petrie (2003) menciona que las consecuencias para la víctima se producen a largo plazo, las secuelas se reflejan en una menor autoestima, trauma psicológico, problemas de ansiedad, depresión y suicidio en casos extremos; estos niños demuestran menor capacidad de aprendizaje y debido al estrés desarrollan una fobia a la escuela que se deriva en ausentismo y fracaso escolar. Como consecuencia el desarrollo social se ve disminuido porque tienden al aislamiento.

El victimario puede desarrollar futuras conductas delictivas, internalización de pautas que avalan el uso de la agresión para lograr el poder y una valoración del hecho violento como socialmente aceptable. Mientras que los compañeros observadores pueden desarrollar actitudes complacientes, pasivas o agresivas como modelo futuro de sus vínculos (Bringiotti, 2000).

En un estudio transversal realizado por Fekkes, M., Pijpers, P., Verloove-Vanhorick (2004) encontraron que el fenómeno del *Bullying* está asociado fuertemente a la depresión y a una gamma amplia de síntomas psicosomáticos como: dolor de cabeza, problemas para dormir, dolor abdominal y cansancio generalizado. Estos mismos autores señalan que en la última década se ha presentado un aumento considerable de la intervención de pediatras a programas de salud previniendo el acoso en las escuelas.

Los espectadores

Los espectadores son un grupo numeroso de niños que son testigos de esta violencia pero que no lo hablan. Los testigos pasivos generalmente enfrentan sentimientos de enfado, tristeza, miedo e indiferencia y que en un determinado tiempo comienzan a reprimir los sentimientos de empatía hacia los demás generando una reacción que los desensibiliza ante las conductas negativas que viven en la escuela (Harris y Petrie, 2003).

Las variables grupales del acoso

Según Cerezo (2001) la dinámica del *bullying* es favorecida por una serie de factores que tienen que ver directamente con las relaciones sociales dentro del grupo escolar. Las variables grupales incluyen la situación sociométrica de cada persona, la estructura socioafectiva del grupo, su grado de cohesión y la postura que el grupo adopta ante los sujetos implicados. Cuando se establece una relación de intimidación de un compañero/a hacia otro/a, el grupo generalmente opta por reforzar, generar y mantener estas conductas.

- a) De la *situación sociométrica*. Cuando un individuo se incorpora a un grupo social ocurren dos tendencias: el deseo de dominio y el deseo de afiliación. Cerezo (2001) menciona tres tipos de alumnos:
 - 1.- **El alumno popular.** Es aquel alumno/a que goza de un cierto prestigio motivado por el exterior o por destrezas personales. Suele mostrarse con un nivel de superioridad, al que sigue la mayoría del grupo.
 - 2.- **El alumno aislado.** Es el que nadie o casi nadie lo elige, está desatendido y generalmente pasa desapercibido.

3.- El alumno rechazado o el impopular. Es el alumno/a que no es incluido propositivamente en ninguna actividad grupal y al que se demuestra abiertamente el rechazo.

- b) *Estructura socioafectiva.* Todos los miembros del grupo están implicados en estructuras relacionales. El grado de participación incide en el nivel de autoestima y en los propios resultados escolares donde los factores motivacionales y afectivos juegan un papel decisivo. Los sentimientos, los afectos, las situaciones de aceptación-rechazo, cariño-antipatía, igualdad-sumisión, agresión-victimización marcan la formación de pequeños grupos, pandillas o parejas dentro del grupo.
- c) *Grado de Cohesión.* Son las fuerzas que empujan a sus miembros a permanecer en él. El grado de cohesión está relacionado directamente con la estructura socioafectiva del grupo. La cohesión aumenta cuando los miembros se sienten atraídos entre sí, de no ser así se aparecerán parejas y pequeños grupos cerrados al resto del grupo.

En los grupos donde las conductas de agresión y victimización se exhiben de manera habitual presentan un índice de cohesión muy bajo, aparecen grupos inconexos lo que facilita la formación de bandos enfrentados y sujetos aislados. Puede ocurrir el fenómeno de “contagio social”, que es cuando las personas se pueden comportar de forma agresiva después de observar a un “modelo”. En este caso, si el observador hace una evaluación positiva del modelo y lo considera duro y fuerte es muy probable que repita el comportamiento o que se “alíe” (Cerezo, 2001).

Teoría de las representaciones sociales.

La teoría de las representaciones sociales surge a partir de los estudios que Serge Moscovici realizó en 1961. Las influencias básicas de esta teoría son: la Etnopsicología de Wundt, el interaccionismo simbólico de Mead y el concepto de representaciones colectivas de Durkheim (Mora, 2002).

De la Etnopsicología de Wundt. A finales del siglo XIX, el pensador alemán Wilhelm Wundt instala un laboratorio de psicología experimental tratando de abordar los problemas psicológicos utilizando métodos derivados de la fisiología. En 1862 Wundt se propone llevar a cabo tres tareas: la creación de una psicología experimental, de una metafísica científica y de una psicología social. Busca trazar la evolución de la mente del hombre vinculando el lenguaje y su relación con el pensamiento y sus producciones. Retoma las versiones antropológicas de ese tiempo para hacer un análisis de la acción humana y observa exhaustivamente las expresiones afectivas espontáneas que generan respuestas en otros individuos. Según Wundt la “comunicación de gestos” son las bases indispensables de la vida social, y sin ella, los individuos no podrían empezar a entenderse. Esta comunicación con los gestos está formada por tres productos culturales: el lenguaje, como medio de una actividad cognoscitiva superior, los mitos generados por la capacidad humana de imaginar y las costumbres que marcan la referencia en la que operan las opciones individuales y la voluntad. Estas aportaciones de Wundt influyeron en la psicología en dos

vertientes: la tradición de Mead con el interaccionismo simbólico y con Durkheim con el concepto de la representación colectiva (Mora, 2002).

El **interaccionismo simbólico de Mead** surge a partir de un movimiento filosófico en los primeros decenios del siglo XX en Norteamérica. El pragmatismo tuvo fuertes implicaciones a la filosofía, a la comunicación y a la psicología. William James, pero más concretamente con John Dewey y George Herbert Mead definen el pragmatismo como una filosofía de la acción. Este movimiento critica el modelo reflejo de las relaciones causales entre estímulos ambientales y reacciones de los organismos, proponiendo que la acción del propio individuo determina la relevancia de los estímulos dentro de un contexto delimitado. La psicología social de Mead, se basa en el proceso evolutivo de la comunicación humana tomando como unidad de análisis, lo que le denomina el acto social, donde el símbolo y su significado son propiedad de la situación interactiva. Según Mora (2002) las aportaciones más significativas de Mead a las ciencias sociales y a la psicología social son: la noción de una realidad simbólica distinta de una probable realidad, la visión epistemológica que anticipa el cuestionamiento de lo que es o no científico y la posibilidad de incorporar al individuo a un universo de razón, de actividad consciente y voluntaria a una esfera pública no restrictiva.

Émile Durkheim es uno de los fundadores de la sociología científica. Al igual que Wundt, estableció diferencias entre las representaciones individuales y las colectivas. Durkheim utiliza el concepto de representaciones colectivas para referirse a la forma en que el grupo piensa en relación con los objetos que le afectan. Enfatizando que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva que puede verse en los mitos, la religión y las creencias. Su visión teórica fundamenta la diferencia entre sociología y psicología, diciendo que a la primera le corresponde estudiar todo lo referente a las representaciones colectivas y a la segunda lo propio de las representaciones individuales.

El concepto de representación social

Moscovici retoma las representaciones colectivas que propone Durkheim y refiere que éstas tienen un carácter estático mientras que las representaciones sociales tienen un carácter dinámico, éstas últimas son explicaciones del sentido común, formas de entender y comunicar lo ya sabido que se crean y recrean en el curso de las conversaciones cotidianas. Moscovici (1961) define la representación social como el sistema de valores, nociones y prácticas que proporciona a los individuos los medios para orientarse en el medio social. Un corpus organizado de conocimiento y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social que se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios.

Según Moscovici (1961) las representaciones sociales emergen por las condiciones en que son pensadas y constituidas. En situaciones de emergencia tiene como particularidad el hecho de surgir en tiempos de crisis. Por las investigaciones realizadas, Moscovici infiere que en estas condiciones las representaciones sociales tiene tres características: la dispersión de la información, la focalización del sujeto individual y colectivo y la presión a la inferencia del objeto socialmente definido. En la dispersión de la información, el autor dice que ésta nunca es suficiente y que por lo regular está desorganizada. Mora (2002)

refiere que otros autores consideran que hay desniveles en cantidad y calidad de la información al interior de un grupo. De la focalización Moscovici menciona que una persona o colectividad focalizan porque están implicadas en la interacción social y de la presión a la inferencia, refiere que socialmente se da una presión para que las personas propongan una opinión o postura acerca de los hechos focalizados por el interés público. Según Mora (2002) las tres condiciones de emergencia, constituye la aparición del proceso de formación de una representación social.

Las representaciones sociales definidas por Moscovici como “universos de opinión” pueden ser analizadas en tres dimensiones: la información, el campo de representación y la actitud.

- a) La información. Ésta es la organización o la suma de conocimientos con la que cuenta un grupo acerca de un hecho, acontecimiento o fenómeno social. Esta dimensión conduce a que las personas tengan una explicación sobre una realidad cotidiana.
- b) El campo de representación. Expresa la organización del contenido de la representación que permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas en un nuevo nivel de organización.
- c) La actitud. Esta significa la orientación favorable o desfavorable en relación al objeto de la representación (Mora, 2002).

Aparte de las dimensiones, las representaciones sociales tienen una dinámica. Al estudiar el proceso de penetración del psicoanálisis en la sociedad francesa, Moscovici distinguió dos procesos básicos que explican cómo lo social transforma un conocimiento en la representación colectiva y cómo ésta modifica lo social. Estos elementos son la objetivación y el anclaje.

Objetivo general y específicos de la investigación

Conocer la representación social que tienen del acoso y violencia entre estudiantes los docentes y alumnos de una escuela secundaria pública.

- Conocer la información que la comunidad educativa tiene acerca del acoso y violencia escolar.
- Identificar los tipos de violencia que se presentan en la escuela.

3.2.2.3. Método

El estudio que se presenta se basa en datos recogidos a través de las entrevistas realizadas al personal docente, de orientación educativa, de trabajo social y estudiantes de la Escuela Secundaria Técnica 84. Se realizaron dos entrevistas a cada docente que tuvieron una duración aproximada de 3 horas con un intervalo de tres semanas. A la trabajadora social y a la orientadora educativa solamente se pudo entrevistar en una sola ocasión al igual que a los estudiantes; la duración de las entrevistas a las trabajadoras fue en promedio de 3 horas y para los estudiantes 2. Todas las visitas y las entrevistas realizadas se hicieron en la Escuela Secundaria Técnica 84 de septiembre a diciembre del 2006.

Participantes

En este estudio participaron una orientadora educativa, una trabajadora social, un profesor de Formación Cívica y Ética y una profesora de Geografía, todos trabajadores de la Escuela Secundaria Técnica No. 84, con una edad de promedio de 38 a 45 años y con 18 a 20 años de experiencia en la docencia. Los estudiantes participantes fueron una adolescente que cursa el segundo de secundaria y un adolescente que cursa el tercer grado, ambos de 14 años de edad.

Instrumentos

Se utiliza un formato de entrevista que orienta la investigación. La entrevista incluye preguntas sobre la violencia en la escuela, los tipos de violencia y sobre el acoso escolar entre estudiantes.

Procedimiento

El primer paso fue contactar una escuela pública de educación secundaria que se interesara en el tema de la violencia. El contacto se realizó por medio de la Subdirección de Superación y Actualización de Personal de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica quienes extendieron la invitación al personal directivo de la zona 3 de Orientación y Gestión de la Zona Oriente del Distrito Federal. La Escuela Secundaria Técnica No. 84 confirmó la aceptación. Se realiza un primer acercamiento a la escuela para conocer la zona y el tipo de población que asiste, se concreta un encuentro con el Director de la escuela para exponer el objetivo y el procedimiento de la investigación, se confirma nuevamente la aprobación y se nos ofrece la sala de maestros y la de orientación educativa para realizar las entrevistas.

3.2.2.4. Resultados

Se transcribieron las seis entrevistas realizadas. Se analiza cada una de las entrevistas y se ubican en 3 categorías que explican, el nivel de información que se tiene sobre el acoso escolar o bullying, las creencias y las acciones que realiza la escuela con este fenómeno.

1. Nivel de información que se tiene sobre la violencia escolar y el bullying

Violencia y tipos de violencia escolar.

La información que tienen los entrevistados sobre los tipos de violencia no es precisa; generalmente relacionan el término violencia con “golpes”. La profesora de Geografía y la orientadora educativa reconocen la violencia psicológica, pero ninguno reconoce la violencia sexual ni el acoso escolar (bullying). Cabe resaltar, que el personal de la escuela entrevistado refiere que hay mucho maltrato de maestros hacia niños (violencia verbal). Todos los entrevistados identifican en qué consiste la violencia física; los maestros dicen que esta se presenta con muy poca frecuencia en los alumnos porque la escuela tiene un “buen control”; sin embargo los adolescentes informantes mencionan que los “agarrones” entre estudiantes hombres y entre mujeres se realiza fuera de la escuela y de la observación de los maestros.

Los dos profesores entrevistados identifican la violencia verbal como las agresiones y ofensas que muchas de las veces son simuladas como “bromas” entre adolescentes,

también mencionan que la violencia verbal entre el personal docente es mínimo, pero en los estudiantes es la más frecuente y va dirigida a sus maestros y hacia sus compañeros. Esta percepción es confirmada por los estudiantes quienes comentan que es frecuente que escriban en el pizarrón o en las bancas los apodos de los maestros, esto se corroboró cuando en una visita a la escuela, una maestra del turno vespertino mencionó que en toda la escuela estuvo circulando una hoja con el apodo de todos los maestros, ella se veía muy enojada y esperaba una reacción inmediata del director para investigar al responsable. El profesor de Formación Cívica y Ética menciona que la violencia más frecuente entre los estudiantes es la verbal y al respecto dice:

“Lo que si son muy dados es al insulto, pero un insulto mordaz, disfrazado, y más hiriente”

Sobre el fenómeno del *Bullying*. Ninguno de los entrevistados reconoce las características específicas del acoso entre estudiantes. Se refieren a este hecho como “cosas que suceden entre los chicos”. La profesora de Geografía refiere que los actos de violencia entre los estudiantes son “actos de complicidad” porque cuando los docentes se ausentan de su grupo, algunos estudiantes se golpean, otros los graban por el celular y otros más “cuidan” la puerta para no ser delatados. La trabajadora social señala que se ha enterado que hay niños en la escuela que “se pasan” o “se manchan” con otros niños o niñas porque son los amigos o amigas los que denuncian. Cuando se le pregunta qué es lo que hace la escuela con estos casos, ella refiere que generalmente a los jóvenes “se les pasa”. La estudiante informante menciona que los adolescentes que son acosados no saben defenderse y muchas de las veces no quieren ser ayudados por temor a que les dejen de hablar; al respecto dice:

“Porque de todos modos, si por ejemplo, tus papás hablan contigo y te dicen que ya no te dejes, y dile al maestro, pero ellos se siguen dejando ... para que no le dejen de hablar, más que nada...”

A partir de los datos que nos brinda tanto el Profesor de Formación Cívica y Ética como el estudiante se confirma que en esta escuela hay situaciones de acoso entre los estudiantes. El joven adolescente platica cómo él y otros alumnos molestan a un compañero de clase; comenta que cualquiera del grupo da una indicación para formar un círculo alrededor del joven y todos se acercan a golpearlo, generalmente lo hacen en el aula en el cambio de asignatura y cuando no están presentes los docentes. El adolescente comenta que “lo dejaron descansar” luego que la madre del joven agredido había interpuesto una demanda legal; a la pregunta expresa de por qué lo hacen, el joven responde que es solo para “divertirse” o para “no aburrirse”. El profesor informante menciona que ha identificado tres casos de acoso entre estudiantes en los grupos de tercero; llama la atención que se muestre ambivalente, por un momento le da risa y luego con tono de lamentación dice que los niños que son acosados la pasan muy mal.

Con los datos proporcionados por los dos estudiantes se corrobora que las prácticas de exclusión y discriminación entre los adolescentes son frecuentes, sobre todo cuando un estudiante delata al grupo o cuando alguien que es víctima de acoso lo expresa; el grupo reacciona aplicándole la “ley del hielo”, o poniéndole apodos, o incrementando el acoso,

esto es más frecuente en hombres. Las prácticas de discriminación entre mujeres se presentan en jóvenes que se creen atractivas o las que dicen tener un nivel económico más alto, hacia las jóvenes menos atractivas y con menos posibilidades económicas.

2. Creencias alrededor de la violencia escolar

Factores que influyen en la violencia escolar.

A partir de la información obtenida se detecta que la mayoría de los entrevistados parten de una perspectiva lineal ya que consideran que la violencia es un fenómeno que sucede en la familia y que es transportada a la escuela. No así la orientadora educativa, pues ella dice:

“yo creo que es una cadena porque igual así como los jóvenes están recibiendo esa violencia lo reciben los adultos que se dejan, de las autoridades y es así como una cadanita, y que va y que repercute en lo chiquitos, y yo creo que no se vale...”

El profesor informante considera que el ambiente familiar influye en la violencia escolar porque la mayoría de los alumnos están estresados y reprimen sus sentimientos, refiere que un sector importante de los padres de familia trabajan como burócratas, directores o subdirectores, son personas que están estresadas que contagian a sus hijos y éstos reaccionan con una “violencia contenida” que sale con actos punitivos o autodestructivos.

Habilidades del docente para el manejo de la violencia en la escuela.

Las mujeres entrevistadas mencionan que los docentes carecen de habilidades para las relaciones interpersonales y para la resolución de conflictos. La trabajadora social menciona que muchos maestros ejercen violencia de tipo verbal a sus alumnos por falta de sensibilidad y preparación; mientras que la profesora de Geografía y la orientadora educativa coinciden en referir que los docentes necesitan de atención psicológica y de capacitación en temas de autoestima y de relaciones interpersonales. La estudiante dice que muchos docentes no tienen habilidades en el manejo de los grupos porque abiertamente dicen quien es su “consentido” lo que genera conflictos y competencia entre los estudiantes. La trabajadora social menciona que el ausentismo de los profesores es alto; este dato fue corroborado ya que en todas las visitas que se hicieron a la escuela nos enteramos de que faltaban uno o dos profesores. El profesor de Formación Cívica y Ética refiere que el director de esta escuela hace esfuerzos para que el personal docente se actualice, ya que está promoviendo un curso de Trastorno por Déficit de Atención porque es un padecimiento muy frecuente y que los maestros no saben cómo atender.

Relación entre pubertad, adolescencia y violencia escolar

La profesora de Geografía menciona que siendo la etapa adolescente un periodo en el que los jóvenes buscan afirmación y pertenencia, muchos de ellos aceptan y toleran la violencia a fin de ser aceptados por un grupo o por la necesidad de pertenecer. Esta necesidad dice, “los obliga a tolerar la violencia o ser cómplice de ella”.

Violencia y género.

La profesora de Geografía comenta que hay diferencias en las formas de ejercer la violencia entre hombres y mujeres; refiere que entre las estudiantes mujeres hay discriminación de

las niñas que tienen mayores recursos económicos hacia las estudiantes con bajos recursos, o de las “bonitas” hacia las “feas”. El profesor de Formación Cívica y Ética menciona que las estudiantes mujeres recurren ahora con mayor frecuencia a la violencia física. La estudiante entrevistada refiere que entre mujeres se da con mayor frecuencia los chismes, aunque refiere que hay violencia física, al respecto dice:

“Tengo una compañera que tiene dos semanas, que le pegó una niña. Y todavía trae el cachete morado”

Violencia entre alumnos.

Se cree que la violencia entre los estudiantes es por estrés, por un “aceleramiento después del receso” o porque los adolescentes viven violencia en su familia. Los jóvenes que son víctimas de violencia son percibidos como “desadaptados” porque son niños aislados que no saben defenderse y que son presa fácil para otros; persiste la percepción de que estos niños tienen la responsabilidad de que los agredan porque “se dejan y no quieren ser ayudados”. También se mantiene la creencia que la violencia física entre los alumnos es mínima.

Violencia de maestros hacia los alumnos.

Se cree que los profesores que agreden a sus alumnos lo hacen porque están frustrados y porque no ha resuelto sus conflictos personales. También se justifica el trato descalificativo que ejercen algunos profesores a sus alumnos por el hecho de ser “un buen maestro”.

Violencia de alumnos hacia los maestros.

Es el referido al que los alumnos escriban los apodos de los maestros en el pizarrón o en hojas que luego reparten en toda la escuela. Los adolescentes afirman que es una grosería para los docentes.

3. Acciones que se realizan para tratar el acoso y la violencia escolar

Medidas que toma el entrevistado cuando hay violencia.

La profesora de Geografía refiere que cuando se enfrenta a una situación de violencia dentro de su clase generalmente confronta a los alumnos varones, sobre todo cuando estos insultan a las niñas. La orientadora de la escuela, menciona que cuando observa que un adulto le falta el respeto a un niño, trata de acercarse a la situación para obtener un diálogo entre las dos partes, ella considera que cuando una persona no interviene en una relación de abuso se vuelve cómplice del mismo. La trabajadora social “investiga” quien es el niño “problema” y lo convence de que modifique su comportamiento. El profesor entrevistado menciona que el diálogo es una de las mejores formas de intervenir, pero el reporte escolar le resulta útil para conversar con los padres de familia sobre el comportamiento del adolescente.

Medidas que toma el entrevistado con la persona agresora y la agredida.

La trabajadora social menciona que cuando le mandan alumnos que tienen problemas entre ellos, habla con los dos y les ayuda a disolver el conflicto, su intervención se centra en aclarar los malos entendidos y lo hace de forma inmediata. Los docentes frente a grupo

mencionan que toman muchas medidas para los agresores dependiendo de la situación, generalmente los mandan a orientación educativa y si el problema incide en el desempeño académico llaman a los padres de familia. La estudiante entrevistada menciona que la escuela toma medidas drásticas con los niños/as que utilizan la violencia física pues generalmente los expulsan de la escuela, es por eso que las peleas las realizan fuera de la escuela

3.2.2.5. Discusión

El fenómeno de la violencia entre estudiantes conocido como *bullying* es poco estudiado en México en 2006 para cuando se realiza este estudio. Recientemente la Secretaría de Educación Pública del Distrito Federal llevo a cabo un estudio exploratorio sobre maltrato e intimidación entre compañeros y compañeras a alumnos de educación básica. El estudio exploratorio revela que el 77% de la población son víctimas, agresores y testigos de violencia dentro de las escuelas, que el 92% de los encuestados se han enfrentado al fenómeno del bullying y que los estudiantes han padecido con mayor frecuencia de violencia verbal, seguida por la física y en poca proporción pero no por eso menos significativa, la violencia sexual seguida por la cibernética (Secretaría de Educación del Distrito Federal, 2009).

La investigación cualitativa que se presenta realizada durante la Maestría, se acerca al tema del acoso escolar para conocer la información, el campo de representación y la actitud que tienen un grupo de docentes y de alumnos sobre el tema.

Con respecto a la información que se tiene sobre el acoso escolar o bullying, se encuentra que ninguno de los entrevistados tiene conocimiento específicamente del tema. Los entrevistados saben que existe acoso de un grupo de alumnos hacia otro, pero es visto como algo normal o “como cosas que suceden entre adolescentes”. También se encuentra que la información que se tiene de los tipos de violencia es mínima, pues generalmente asocian el término “violencia” a la presencia de golpes, empujones o jalneos entre los adolescentes, algunos otros reconocen la violencia verbal como la más presente en la escuela y que va dirigida de docentes a alumnos y viceversa y entre los/as estudiantes.

En todo el proceso de las entrevistas y en el análisis de las mismas se observa que los entrevistados se refieren al acoso entre los estudiantes como algo muy ajeno a ellos y a su capacidad de intervención, cada uno trata de decir que el acoso entre estudiantes es “algo muy común”, “que siempre sucede en las escuelas”, “que es algo que aprenden de sus familias, de su medio ambiente o de los medios” etc., pero ninguno se incluye dentro de la dinámica escolar, mucho menos en la capacidad de intervención salvo las medidas prohibitorias y amenazantes de la llamada a los padres o la expulsión de la escuela. Al respecto, se nos informó que un adolescente había sido violentado de tal forma, que la madre interpuso una demanda legal a los jóvenes que lo agredían, la situación solo mejoró por un tiempo reanudándose el abuso en este ciclo escolar con mayor tenacidad y utilizando más la violencia verbal, según lo que nos informó el adolescente entrevistado; en este caso, la escuela no realizó ninguna intervención ni seguimiento.

Algunos de los entrevistados expresan los cambios que observan en relación a la violencia y las diferencias de género, refieren que ahora son las estudiantes mujeres las que reaccionan con violencia física y verbal hacia otras mujeres y hombres, también mencionan que entre los estudiantes preparan encuentros violentos para realizar apuestas, ser grabadas por celular y subirlas a internet. Cabe mencionar que cuando se habla de violencia entre los estudiantes, ésta generalmente se ubica como respuesta de una provocación o como una reacción a circunstancias o situaciones externas; en este sentido se observa la persistencia del pensamiento lineal, eximiendo la responsabilidad del agresor y hasta cierto punto justificándolo. Ahora bien, conversar sobre la violencia entre los estudiantes llevó a los informantes a declarar que la violencia verbal y en algunos casos la física y sexual se da entre todos los integrantes de la escuela, afirman que la violencia no es algo exclusivo entre adolescentes.

Con respecto a la actitud de los entrevistados ante el fenómeno del bullying se encontró que va en dos sentidos, por un lado, hay una autocrítica del nivel profesional de los docentes en los que se destacan, la ausencia de recursos individuales para el manejo del conflicto personal, la falta de habilidades en las relaciones interpersonales, y la nula capacitación que tienen en temas como: relaciones interpersonales, resolución de conflictos y autoestima. Por otro lado, se observa una actitud de indiferencia y poca empatía hacia los alumnos que son víctimas de acoso ya que en gran parte se les considera responsables.

Por último, quiero señalar que esta investigación enfrentó las limitaciones que al final del estudio marcó el personal directivo de la escuela, restringiéndonos la posibilidad de profundizar las entrevistas con los adolescentes participantes y de entrevistar al estudiante de tercer grado que fue acosado el año anterior y que levantó una demanda legal. Finalmente creo que las limitaciones institucionales y las temporales a las que afronté para la realización de esta investigación impidieron profundizar más en el tema. Considero que para investigar el tema del bullying es importante conocer las vivencias y experiencias de los actores principales y es algo que en futuras investigaciones se puede tomar en cuenta.

Referencias

- Bringiotti, M. (2000) *La escuela ante los niños maltratados*. Buenos Aires, Argentina.: Paidós.
- Cerezo, R. (2001) *La violencia en las escuelas: análisis y propuestas de intervención*. Madrid.: Pirámide
- Fekkes, M., Pijpers, P., Verloove-Vanhorick (2004) Bullying behavior and Associations with psychosomatic complaints and depression in victims [Versión electrónica], *The Journal of Pediatrics*. 144, 1, pp. 17- 22.
- Griffiths, L., Wolke, D., Page, A., y Horwood, J. (2006) Obesity and bullying different effects for boys and girls [Versión electrónica], *Publihing Group and Royal College of Pediatrics and Child Health*, 91, pp. 121 – 125

- Harris, S. & Petrie, G. F. (2003) *El acoso en la escuela. Los agresores, las víctimas y los espectadores*. Barcelona, España.: Paidós Educador.
- Moscovici, S. (1961) *Psicología social II*. Barcelona. España.: Paidós.
- Mora, M. (2002) La Teoría de la Representación Social de Serge Moscovici [Versión electrónica], *Athenea Digital*, 2, 1-25. Recuperado el 15 de Agosto de 2006, de <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Nogueira, Ch. (2004, 4 de octubre) Acoso en la escuela. Cuatro de cada 100 alumnos de ESO han sufrido alguna agresión física de sus compañeros. *El País*, pp.35
- Olweus, D. (1993) *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid, España.: Morata.
- Secretaría de Educación en el Distrito Federal & Universidad Intercontinental. (2009) *Estudio exploratorio sobre maltrato e intimidación entre compañeros y compañeras*. Recuperado el 2 de Abril de 2009, de <http://www.educacion.df.gob.mx>

3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento. Atención y Prevención Comunitaria.

3.3.1. Productos tecnológicos elaborados

3.3.1.1. Guía de supervisión.

Se diseñó en forma conjunta con el grupo de la quinta generación de la Residencia de Terapia Familiar, una **Guía de supervisión** para los terapeutas familiares en formación que trabajan en Cámara de Gesell, (véase el Anexo IX). La Guía de supervisión tiene como propósito que los terapeutas familiares en formación obtengan una retroalimentación escrita de su desempeño profesional de cada psicólogo integrante del equipo terapéutico. La guía de supervisión contienen 8 elementos a considerar sobre el trabajo del o de los terapeutas que trabajan con terapia individual, de pareja o familiar. Los rasgos a considerar son los siguientes:

1. En la **Alianza Terapéutica**, los integrantes del equipo terapéutico escriben las observaciones o sugerencias sobre la empatía, consideración positiva y enganche que el terapeuta esté realizando con el o los clientes.
2. En **Realización de la entrevista**. Se escriben observaciones sobre el lenguaje utilizado por el terapeuta. Todo lo referente a la comunicación verbal y no verbal del o de los terapeutas.
3. En **Respuesta de la familia**. El equipo terapéutico describe cómo observa la reacción de la familia a las intervenciones, observaciones y comunicación del terapeuta.
4. En las **Técnicas utilizadas** se escriben las técnicas que empleó el terapeuta con la familia y si éstas fueron pertinentes al momento que está pasando la familia, si hay congruencia con el modelo que se está trabajando, etc.
5. En el apartado de la **Relación de la coterapia**, se escribe cómo se observa la relación entre los dos terapeutas en el momento de trabajar con la familia, si hay interrupciones, discrepancias, conflicto de poder, etc.
6. En la **Planeación de tareas**, el equipo terapéutico escribe si considera que la tarea puede ser útil a la familia, si es oportuna al proceso que está viviendo la familia, si es una tarea que sea previsible a su realización o no, etc.
7. En el apartado del **Cierre**: el equipo terapéutico escribe observaciones si considera que éste fue apresurado, prolongado o adecuado para el caso. Del mismo modo puede escribir sugerencias y observaciones al cierre de la sesión.
8. En el último apartado de **Observaciones y sugerencias**, el equipo terapéutico puede escribir sugerencias y comentarios al terapeuta o terapeutas en relación a la sesión o al caso en general que ayuden al proceso de la familia, pareja o individuo.

La **Guía de supervisión** fue utilizada durante el segundo y tercer semestre de la Maestría en Terapia Familiar del periodo 2006-2 y 2007-1. Fue utilizado en las supervisiones realizadas por la: Dra. Maria Elena Rivera Heredia, la Mtra. Mary Blanca Moctezuma y la Mtra. Nora Rentaría. Los terapeutas que tuvieron retroalimentación por medio de esta guía, mencionaron que pudieron apoyarse en las observaciones realizadas, que les dio la

oportunidad de contrastar las diferentes percepciones del equipo terapéutico y fue una forma de auto evaluar su desempeño profesional. Los terapeutas que formaron parte del equipo terapéutico y que hicieron las observaciones por escrito mencionaron que se adaptaron rápidamente a la estructura de la Guía y que es una forma práctica de brindar retroalimentación a los terapeutas sobre todo en situaciones en donde por falta de tiempo no se realiza la post sesión.

3.3.1.2. Boletines informativos para estudiantes de educación secundaria y padres de familia.

En apoyo a las facilidades que nos brindó la Coordinación 4 Sur de Operación y Gestión de la Educación Secundaria Técnica en el Distrito Federal para la realización de la investigación cualitativa y la presentación del programa de intervención comunitaria, se trabajó en colaboración con el Asesor Técnico Pedagógico Profr. José Manuel Bayard Lerma, en la elaboración de una serie de boletines dirigidos a directores, docentes, personal de servicios educativos complementarios, alumnos y padres de familia. Los boletines que diseñé fueron los que están dirigidos a padres de familia y alumnos, titulados como Buzón familiar y acordeón respectivamente. Los temas que se trabajaron para ambas poblaciones fueron los siguientes: anorexia y bulimia, adicciones en la adolescencia y acoso escolar entre estudiantes. A solicitud de la coordinadora del Área 4 Sur se integraron los temas de “Los límites a los hijos en la edad adolescente” y “Los hijos no se divorcian” dirigido solamente a los padres de familia. Todos los boletines se entregaron a la Coordinación para su distribución a las escuelas y posteriormente fueron subidos a la página de internet de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica.

3.3.2. Programa de intervención comunitaria

Como parte del desarrollo y aplicación de las competencias profesionales se llevo a cabo el taller: “**Los hijos no se divorcian**” los días 16, 19, 23 y 29 de Mayo de 2007 en la Escuela Secundaria Técnica No. 40 en el Distrito Federal. Este taller está dirigido a padres y madres de familia en situación de separación o divorcio con hijos en la edad adolescente.

El interés de investigar sobre el tema fue una motivación profesional, ante el desacierto de dos casos atendidos en el Hospital Psiquiátrico Infantil; una familia con divorcio legal y otra en separación, en ambos casos los padres seguían vengándose por medio de los hijos que manifestaban conductas violentas y suicidas.

Las personas consideran la posibilidad de un divorcio por muchas razones: porque la relación de pareja se ha tornado angustiada, humillante e intolerable, por problemas económicos, de violencia o infidelidad. Cualquiera que sean las razones para poner fin al matrimonio cada miembro de la pareja pretende mejorar su calidad de vida y la de sus hijos, esperan tener una relación mejor, un compañero más comprensivo, o esperan vivir solos y tratan de llevar una existencia menos turbulenta. El proceso de la reconstrucción suele ser doloroso, puede empezar con la sensación de soledad, de no haber sido amado ni capaz de inspirar amor, se puede sentir odio, celos sexuales reforzados por una sensación de traición. Es muy probable que se genere ira, rabia y resentimientos al sentirse explotado y

humillado; la furia permite a la persona negar toda responsabilidad por el fracaso del matrimonio además que ayuda a defenderse de la depresión y de la sensación de no ser amado o abandonado (Johnson y Ronsfeld, 1990).

Bird (1990) menciona que el divorcio no es una crisis total, sino un elemento que precipita una cadena de crisis y cambios relacionados entre sí. La separación o el divorcio incluyen 6 duelos distintos.

1. El duelo psíquico. La pareja que se está separando debe renunciar el uno del otro y admitir que ya no son la pareja soñada. No resulta fácil renunciar a esos sueños, la muerte de esa lucha trae consigo el periodo del duelo. Muchas de las veces, uno de los miembros de la pareja ha elaborado la separación psíquica antes de que se haya pensado en el divorcio.
2. El duelo legal. Es la que establece el marco de la separación económica de la pareja y determina la tenencia de los hijos. Esta fase puede ser menos complicada si se ha completado el divorcio psíquico y si la pareja no procura castigarse o vengarse mutuamente.
3. El duelo de la comunidad. Incluye los amigos y familiares cercanos de la pareja, en el proceso del divorcio todas estas relaciones están fluyendo y deberán de ser redefinidas o restablecidas.
4. El duelo de la propiedad. Puede ser una de las fases más duras del divorcio porque se pelea el objeto concreto, la propiedad en disputa es real, no solo en los términos del valor, sino como un souvenir sentimental de tiempos felices; la división de bienes se complica por las actitudes de cada miembro de la pareja con respecto a la propiedad de cada uno.
5. El duelo de los padres. Dividir a los hijos es especialmente doloroso. En esta lucha uno de los padres puede sentirse el vencedor y el otro el perdedor, quien se queda con los niños pierde el contacto los fines de semana y existe el riesgo de que las reglas y los límites se flexibilicen, mientras que el progenitor que no tienen la tenencia de los niños pierde el contacto diario con sus hijos.
6. El duelo de la dependencia. Hay distintas clases de dependencia, desde la económica hasta la emotiva. La dependencia emotiva es la más difícil de superar porque de repente ya no hay a quien aferrarse o con quien tranquilizarse; afrontar los problemas más allá del alcance sentimental, intelectual y físico es un reto en el proceso del duelo.

Mientras los padres deciden e inician el proceso de divorcio, los hijos sienten que su estructura se derrumba; la primera reacción del niño ante el divorcio es el temor, también experimentan una sensación de pérdida y tristeza; pueden extrañar al progenitor que se ha marchado y les preocupa la posibilidad de que él o ella no regresen nunca. Los conflictos de lealtad son frecuentes; muchos niños se sienten culpables de la separación, otros piensan que deben tomar partido y algunos asumen que su deber es recomponer el matrimonio.

Aún cuando existen pruebas de que un matrimonio altamente conflictivo no es lo mejor para los hijos y que algunos niños se benefician emocionalmente de la separación, el proceso suele ser difícil para toda la familia, pero puede ser más complicado cuando los

padres continúan en conflicto a pesar de la separación; en tal situación es recomendable el apoyo psicológico, la mediación y la asesoría legal.

El Taller: “**Los Hijos no se divorcian**” tiene como Objetivo general:

Proporcionar información y herramientas alternativas para afrontar los conflictos generados por el proceso de separación o divorcio a fin de promover una paternidad y maternidad eficientes.

Se entrega a cada persona un Manual del Participante, este documento contiene ejercicios de análisis y reflexión, así como los Derechos de los Niños y Niñas con padres en situación de separación o divorcio. El taller se trabaja en cuatro sesiones de tres horas cada una. Las fechas y los horarios fueron los siguientes:

No. de Sesión	Fecha	Horario
1	Miércoles 16 de Mayo de 2007	4 a 7 p.m.
2	Sábado 19 de Mayo de 2007	9 a 12 a.m.
3	Miércoles 23 de Mayo de 2007	4 a 7 p.m.
4	Sábado 26 de Mayo de 2007	9 a 12 a.m.

Se contó con la presencia de 9 mujeres y un hombre, todos con hijos inscritos en la Escuela Secundaria Técnica No. 40 y en edad adolescente. De las participantes al taller: 2 mujeres mantenían su relación conyugal, 3 estaban separadas de sus parejas, dos más en situación de divorcio y una pareja heterosexual en vías de separación. El grupo fue heterogéneo: en cuanto al proceso del duelo, algunos estaban pasando por la etapa crítica de la separación, otras con un periodo de tiempo que iba de 2 a 8 meses, hasta las que tenían de 2,4 y hasta 7 años de separación. Una persona estaba en situación legal peleando por la patria potestad de los hijos, todas las mujeres tienen bajo su cargo a sus hijos. La homogeneidad del grupo fue a partir de las experiencias de vida similares, y en la edad de los participantes que era en promedio de 27 a 35 años.

El programa contiene los siguientes temas:

Tema 1. El proceso de separación y/ o divorcio y el efecto en padres e hijos.

Objetivo: Conocer las etapas y los múltiples duelos que se presentan en los padres e hijos cuando hay un proceso de separación o divorcio.

El taller se inicia con una dinámica de integración para conocer a cada uno de los participantes y que éstos conozcan a las coordinadoras; se identifica el proceso de pareja y familiar que están viviendo y sus expectativas sobre el taller.

La primera actividad sugerida es la elaboración de una máscara. Se pide que plasmen lo que mejor los representa en este momento. Para la realización de esta actividad cuentan con una hoja tamaño carta con la imagen en blanco de una máscara, lápices de colores, crayolas,

resistol, cintas y diamantina de diferentes colores. Al final se les pide que compartan con el grupo su creación. La segunda actividad de esta sesión es la exposición de los diferentes tipos de duelo que se afrontan cuando hay una separación o divorcio. Se hace énfasis en el aprendizaje que se tiene de esta experiencia. En el anexo X, se muestran algunas máscaras diseñadas por las participantes.

Tema 2. Estructura Familiar antes y después de la separación y/o divorcio.

Objetivo: Conocer las características de la estructura familiar, las modificaciones después del proceso de separación o divorcio e identificar nuevas formas de relación con sus hijos.

En este tema se exponen las características de la organización familiar desde el Modelo Estructural. Los participantes trabajan con la técnica de Juego de Roles, y representan diferentes situaciones familiares donde se muestran alianzas, coaliciones y triangulaciones; para esta actividad se utilizan los siguientes materiales: mantel para mesa, utensilios y baberos de cocina, diferentes tipos de sombreros, faldas, muñecas, moños, etc. Al final de cada representación los participantes mencionan cómo se sintieron después de sus intervenciones; esta actividad permite que los participantes expongan diferentes alternativas de solución y organización al interior de cada familia e identifiquen si alguna situación representada coincide con situaciones que están viviendo. Las historias presentadas fueron las siguientes:

Familia 1

Esta familia se compone por un padre, una madre y dos adolescentes varones. La historia que los participantes construyeron fue la siguiente: los hijos pretenden ir a una fiesta y le platican sus intenciones al padre, éste autoriza el permiso no tomando en cuenta la opinión de la madre. Los hijos se presentan con la madre diciéndole que han cumplido con sus tareas y que van a ir a una fiesta, la madre no está de acuerdo; los hijos le dicen que su padre ya les autorizó el permiso; cuando los hijos están conversando con la madre, el padre interviene para minimizar los comentarios de la madre y descalificar su postura; la escena termina cuando los hijos hacen caso omiso de la inconformidad de la madre.

Familia 2

Esta familia se compone de una abuela paterna, un padre, una madre y una niña de 6 años. La madre le da indicaciones a su hija que debe de hacer su tarea, la niña no le obedece. La abuela interviene para cuestionar duramente a la madre, la niña inmediatamente se va al lado de la abuela y acusa a su madre de que la golpea. Se inicia una discusión entre la abuela y la madre, el padre interviene para investigar qué está sucediendo, cada una cuenta su versión de los hechos. El padre vuelve a preguntar sobre lo sucedido sin resolver nada. La esposa se lleva a su marido lejos de la abuela para acusarla de intervenir en sus decisiones sugiriendo que es mejor que se vaya de la casa, el esposo no está de acuerdo y dice que lo más conveniente es que platiquen entre todos. Se dirigen a platicar con la abuela y no pueden hacerlo por la intervención de la niña quien defiende todo el tiempo a la abuela. La escena termina cuando el padre se lleva a su madre y a su hija dejando a la esposa sola y molesta.

Conclusiones de la actividad

Al final del trabajo se realiza una plenaria y se le pregunta a cada integrante de la familia qué fue lo que sintieron. Las conclusiones de la familia 1 fueron las siguientes: el padre se sintió muy bien con el apoyo de sus hijos, a pesar de que sabía que no estaba bien lo que hacia se dejó llevar por ellos; éstos se sintieron satisfechos de haberse ido a la fiesta sin ningún problema, la madre mencionó que se quedó muy enojada porque no la tomaron en cuenta. La familia 2 mencionó lo siguiente: El padre se sentía muy presionado y “jaloneado” tanto por su madre como por su esposa, mientras que la abuela decía que se sentía con mucho poder porque tenía experiencia para educar a los hijos, la madre se sintió hecha a un lado y sin el apoyo de su esposo.

Discusión

Después de la escenificación y de la plenaria grupal en la que ya se habían analizado las situaciones presentadas, se les pide a los participantes que reflexionen acerca de otras formas de relación con sus hijos, de tal manera que en esta situación hipotética de la escenificación, piensen en un segundo guión. Al final, los participantes mencionaron varias formas de relación en ambos casos.

Tema 3. Los padres después de la separación y/o divorcio

Objetivo: Analizar en forma conjunta el proyecto de vida de los participantes a fin de proponer metas a corto, mediano y largo plazo.

Las actividades programadas para este tema son dos. Una actividad en la que se pide a los participantes disposición para relajarse, escuchar música acompañado de la dirección de una historia en la que hay posibilidades y alternativas de crecimiento a pesar de las experiencias vividas. Posteriormente se pone música que inspira animación, esta es una actividad dirigida para que los participantes mantengan el contacto con sus miembros superiores e inferiores y realicen movimientos al ritmo de la música. Al término de la actividad, cada participante comparte la experiencia vivida con el ejercicio y las sensaciones y pensamientos con los que quieren quedarse. Esta misma actividad permite explorar su proyecto de vida: se reparten hojas de colores en las que escriben qué desean realizar de forma inmediata y que proyectos pueden tomar un poco de mayor tiempo, también escriben los pasos que habría de seguir para cada propósito. Al final comparten su proyecto de vida.

Tema 4. Los hijos después de la separación y/o divorcio

Objetivo: Analizar los derechos de los niños de padres divorciados o separados e identificar las acciones para obtener cooperación en los niños/adolescentes.

En esta sesión se revisan los derechos de los niños de padres separados o divorciados. Se pide a cada participante que lea en voz alta un derecho y que comenten si sus hijos están beneficiados con éste. Se expone brevemente los cambios físicos y psicológicos de los adolescentes y la importancia de negociar límites flexibles y claros por parte de los padres y de las personas que están a cargo de sus hijos. El cierre del taller tiene tres momentos:

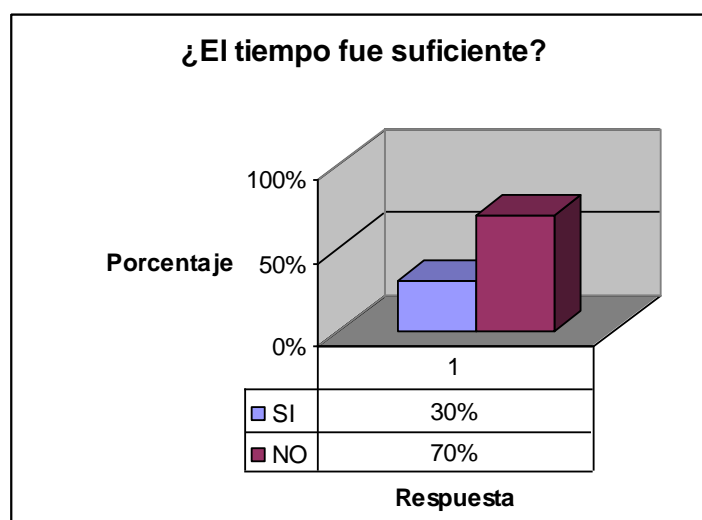
1. Se les devuelve la máscara que realizaron al inicio del taller y se les pide que incorporen en ella, algunos significados de cómo es que el taller les ayudo en su

- vida y en la percepción de sí mismos; al final se comparte la experiencia y se muestran cada una de las máscaras.
2. Actividad de despedida. Se pide al grupo que elijan a una persona con la que consideren tienen afinidad y quieren despedir esta experiencia. La dinámica implica que por parejas se sienten en el suelo y hagan contacto con la espalda. Se pide que escuchen con atención la música y sigan las instrucciones de la coordinadora. La secuencia de la historia es de dos delfines que se acompañan a un viaje lleno de aprendizaje y oportunidad, al final se despiden con movimientos rítmicos realizados por la espalda.
 3. Evaluación. Se realiza la evaluación del curso; se entregaron cuestionarios para evaluar la sede, la organización y coordinación del taller.

El taller fue evaluado mediante la aplicación de un cuestionario y se hallaron los siguientes datos: Respecto a la **difusión**, los participantes difirieron en cuanto a la calidad de la misma, a algunos de ellos les llegó el tríptico a tiempo y a otros no, algunos se enteraron el mero día. En cuanto a los contenidos teóricos, la utilidad del manual del participante, los ejercicios realizados en el taller, el manejo de la información y las dinámicas fueron evaluados con alto porcentaje de aceptación.

Otro aspecto que se considera importante evaluar fue la **duración** de taller, a través de la siguiente pregunta.

¿Considera que las horas dedicadas al taller fueron suficientes? (Véase la Gráfica 3).



Gráfica 3. Porcentaje de participantes que refieren si el tiempo del taller fue suficiente.

Respecto a la **utilidad** del taller, todos coincidieron en que fue beneficioso. Algunos fundamentos fueron los siguientes: *“me dejó más alerta”*, *“abre oportunidades para*

mejorar la calidad de vida”, “me ayudó a saber cómo manejar la situación con mis hijos”, “me proporcionó herramientas para la vida”, el resto respondieron que obtuvieron un “aprendizaje” nuevo.

Cabe señalar que el taller fue solicitado en dos escuelas más. Los talleres fueron reproducidos en la Escuela Secundaria Técnica No. 64, los días 13 y 27 de octubre del 2007 y en la Escuela Secundaria Técnica No. 2 “Agustín García Conde” el 10 y 17 de Noviembre de 2007.

3.3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos

Dentro de las actividades complementarias para la formación profesional de la Maestría en Terapia Familiar se ubica la asistencia y presentación de trabajos clínicos o de investigación en foros académicos. Presenté dos trabajos en el X Congreso Nacional I Congreso Iberoamericano organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A. C. realizado del 23 al 26 el Noviembre de 2006 en Acapulco Guerrero.

Uno de los trabajos fue presentado en forma conjunta con la Lic. Liliana Moreno Lucero y fue titulado como: “Paternidad y relaciones interpersonales. Un estudio de caso supervisado desde el Modelo Estratégico”. Se presenta el caso de Alberto (reportado en este capítulo en el apartado 3.1.1.1.). Se expone de manera general el motivo de consulta, el diagnóstico sistémico y el familiograma. Se plantea el objetivo general y los objetivos específicos del tratamiento, así como la planeación de las metas y las estrategias de intervención en tres etapas definidas como: inicial, intermedia y final. Se presentaron algunos fragmentos de las sesiones que ejemplificaron las estrategias y técnicas utilizadas desde el Modelo Estratégico. Se hace un análisis de la teoría de la paternidad enfocado al aprendizaje de las relaciones interpersonales. Por último se expone la importancia de la supervisión en el trabajo de coterapia, así como los alcances y limitaciones del enfoque.

También se presentó un caso de violencia familiar titulado: “La mujer que se estrellaba contra las puertas busca ayuda en la terapia sistémica”. Se expone la historia de Paula Spencer, protagonista de la historia escrita por Roddy Doyle. Paula es una mujer de 39 años, viuda y alcohólica, víctima de violencia doméstica en la Irlanda de 1996. La exposición se centra en analizar cómo la terapia sistémica brinda aportaciones para estudiar y trabajar un problema tan complejo como la violencia familiar. Esta reflexión a voz alta, tiene 12 apartados que están combinados con párrafos tomados de la novela: “La mujer que se estrellaba contra las puertas”. El trabajo presentado aborda los siguientes temas:

Una visión sistémica de la violencia doméstica, el contexto sociocultural del abuso, el sistema género, el circuito del abuso en el sistema familiar, los actores, las acciones, la interacción violenta, los disparadores de la violencia, el ciclo de la violencia, los aspectos que inciden en la formación de la violencia y conclusiones. Este trabajo es una invitación a los terapeutas familiares para no cegarse ante una mujer que dice ser muy olvidadiza, distraída y que dice tener un ojo morado porque se golpeó con una puerta (ver anexo XI).

En apoyo a mi formación académica asistí:

- Al Primer Congreso Internacional: Terapia Familiar y de pareja, organizado por el Centro de Terapia Familiar y de Pareja, los días 18, 19 y 20 de Noviembre de 2005 realizado en Cholula, Puebla.
- Taller Pre-congreso: La terapia de juego con niños abusados y traumatizados. Organizado por Centro de Terapia Familiar y de Pareja, el jueves 6 de Abril de 2006 en Cholula, Puebla.
- Al XXV Aniversario, X Congreso Nacional, I Congreso Iberoamericano. Terapia Familiar. Ciencia, arte y espiritualidad. Del 23 al 26 de Noviembre de 2006, en Acapulco Guerrero.
- Asistí al Curso-Taller: El trabajo sistémico con familias de comunidades, organizado por la Fundación Amigos de Hemeroteca “Néstor Sánchez” A. C., los días 29 y 30 de Marzo de 2007, en la Ciudad de Oaxaca de Juárez.
- Al Congreso Internacional de Adicciones. Organizado por los Centros de Integración Juvenil, A.C. Realizado del 22 al 26 de Octubre de 2007, en la Ciudad de México.

Durante la formación presenté los siguientes trabajos:

- Participé como ponente del tema: “Acoso escolar entre estudiantes”. En el Primer Foro de Acoso, violencia y abuso contra menores de las escuelas secundarias técnicas”, en Noviembre de 2006.
- Como ponente con el trabajo titulado: “La mujer que se estrellaba contra las puertas busca ayuda en la Terapia Sistémica” en el 25 aniversario. X Congreso Nacional, 1er Iberoamericano, realizado del 23 al 26 de Noviembre de 2006.
- Como ponente del trabajo titulado: “Paternidad y relaciones interpersonales: Un estudio de caso supervisado desde el Modelo estratégico” en el 25 aniversario. X Congreso Nacional, 1er Iberoamericano, realizado del 23 al 26 de Noviembre de 2006.
- Participé como ponente del trabajo: “Acoso entre estudiantes de una escuela secundaria pública”. En el Marco del Ciclo de conferencias: Teoría y práctica de las ciencias sociales, en el Colegio de Ciencias y Humanidades, Plantel sur. De la Universidad Nacional Autónoma de México, el 24 de Abril de 2007.
- Fui coordinadora del taller: “Los hijos no se divorcian” en la Escuela Secundaria Técnica No. 40. Los días 16, 19, 23 y 26 de Mayo de 2007.
- Coordiné el taller: “Los hijos no se divorcian” en la Escuela Secundaria Técnica No. 64, los días 13 y 27 de octubre del 2007.
- Coordiné el taller: “Los hijos no se divorcian” en la Escuela Secundaria Técnica No. 2 “Agustín García Conde” el 10 y 17 de Noviembre de 2007.

Habilidades de compromiso y ética profesional

La Sociedad Mexicana de Psicología publicó por primera vez el Código Ético del Psicólogo en 1984, el cual regula su ejercicio profesional, científico y académico. En 2001 se realiza una versión actualizada que parte de la necesidad de integrar dilemas éticos no considerados en el código anterior y para estar acorde al desarrollo científico y tecnológico de nuestra sociedad que se dirige a la construcción de sociedades más justas y democráticas. El nuevo código contempla los dilemas éticos a los que el psicólogo se enfrenta a lo largo de su vida profesional, se adiciona las normas pertinentes a las actividades que desempeña el perito en psicología forense y propone ámbitos nuevos para establecer normas de conducta (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

El Código Ético del Psicólogo publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología 2007, se compone de cuatro capítulos (véase la Figura 8). A continuación se presenta cada una de las habilidades desarrolladas durante la maestría.

El código ético se enmarca bajo los siguientes principios generales:

- **El respeto a los derechos y a la dignidad de las personas.** Este principio hace hincapié en los derechos humanos. En mi práctica profesional en el ámbito de la docencia, de la investigación y en la prestación de los servicios que realicé en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” y el Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila, traté a todas las personas con respeto y con dignidad. Fomenté en las personas y familias atendidas el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación.
- **Cuidado responsable.** Este principio se refiere a la preocupación activa que tiene el psicólogo por el bienestar de cualquier individuo, familia o grupo con los que se relacione directa e indirectamente. Este principio fue analizado y trabajado en el primer semestre bajo la dirección del Dr. Raymundo Macías, a través de la construcción del familiograma de cada uno de los maestrantes y con los casos simulados. Este principio también se refiere a la responsabilidad del psicólogo a distinguir entre los daños y los beneficios producto de sus métodos y procedimientos y a predecir daños posibles. La revisión teórica del construccionismo social y del modelo estratégico me permitieron reflexionar sobre la “etiquetación” y la “patologización”.
- **Integridad de las relaciones.** Este principio se refiere a la actuación del psicólogo en su honestidad, apertura y sinceridad; se espera una máxima objetividad y un mínimo de prejuicio y evitación de conflicto de interés. Este principio también determina normas de comportamiento que evitan el engaño, el fraude, el empleo de títulos que no se posean y la falsificación de resultados. En todos los ámbitos del programa me apegué a este principio mostrando honestidad y sinceridad.
- **Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.** Este principio se refiere a la responsabilidad que el psicólogo tiene con la sociedad en la que vive y con otras

sociedades nacionales e internacionales con las que entra en contacto. Al respecto, considero que el interés por los problemas sociales que vive el país me interesaron aún más, sobre todo cuando atendí familias que habían vivido el secuestro o desaparición de un familiar o tenían una pareja trabajando en Estados Unidos y familias que con la crisis económica perdieron su empleo. La lectura diaria de lo que sucede en el país, en la región y en el mundo en materia de política, economía, cultura y sociedad es una práctica que vengo realizando de tiempo atrás y que ahora la puedo contextualizar con las familias y parejas que atiendo.

Con respecto a las normas de conducta, éstas se clasifican en referencia a la calidad del trabajo desempeñado por el psicólogo, de los resultados del trabajo y de las relaciones que establece.

De la calidad del trabajo desempeñado. Se distingue como normas de conducta la competencia y la honestidad del psicólogo. Esta norma fue cumplida porque durante la maestría me estuve actualizando en temas de divorcio, suicidio en adolescentes, abuso sexual infantil, el trabajo del duelo en la terapia familiar y trastorno por déficit de atención; todos los temas relacionados con las familias que atendí como terapeuta y coterapeuta. Me mantuve alerta de mis problemas personales y los trabajé en terapia individual con modelo sistémico. Respeté los derechos de las personas y de sus creencias teniendo en cuenta la diversidad cultural del país. También realicé intervenciones de asesoría terapéutica, preventivas, educativas y comunitarias basadas en los modelos teóricos previamente revisados. Atendí con responsabilidad los programas de intervención comunitaria realizados así como la información divulgada para el mismo fin. En el diseño de la Escala de Atmósfera Emocional realizada en equipo durante el primero y el segundo semestre, nos apegamos a la norma de la valoración y evaluación utilizando procedimientos científicos y conocimiento profesional actualizado para su diseño y su validez.

De los resultados del trabajo del psicólogo. Dentro de sus normas de conducta se encuentran la comunicación de los resultados y la confidencialidad de los mismos. Con respecto al primero, las valoraciones y las intervenciones clínicas realizadas con las familias atendidas y que lo requirieron se utilizó un lenguaje razonable y entendible para los usuarios y se actuó a favor de la persona valorada. También se documentaron los casos clínicos con expedientes que fueron entregados a las sedes correspondientes guardando un estricto apego a la confidencialidad. Se cambió la identidad de los pacientes cuyos casos fueron presentados en congresos y conferencias.

De las relaciones que establece el psicólogo. Las normas de conducta a las que se refiere este capítulo son las que se basan a las relaciones del psicólogo con los clientes, con los colegas u otros profesionales y con la sociedad. La relación del psicólogo con sus clientes debe estar libre de explotación, engaño, intolerancia racial o de género, de abuso sexual y del establecimiento de relaciones múltiples no profesionales con los usuarios. La relación del psicólogo con sus colegas debe estar basada en el respeto y la cooperación, procurando la canalización cuando ésta sea beneficio para el cliente y con su debido consentimiento. La relación del psicólogo con la sociedad se da cuando éste se apega al Código Ético al hacer

declaraciones públicas relacionadas con sus servicios, productos o publicaciones profesionales. El psicólogo muestra una buena imagen de la psicología y de los psicólogos promoviendo la calidad científica y profesional de la psicología. Estas normas de conducta fueron aplicadas en la maestría.

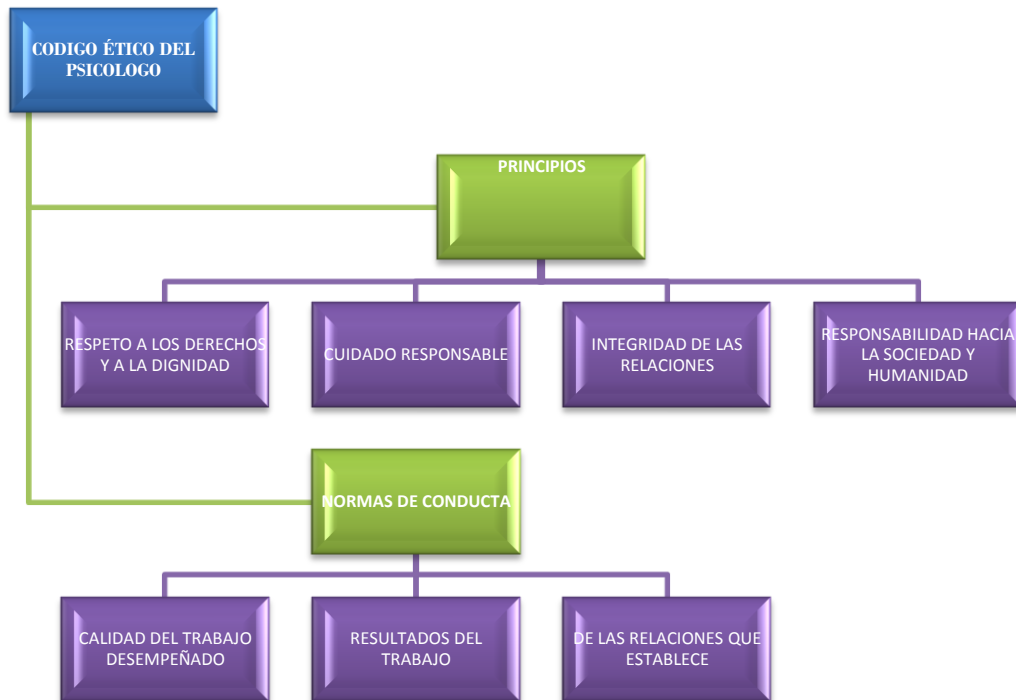


Figura 8. El Código Ético del Psicólogo

IV. Consideraciones finales

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

Las habilidades y competencias desarrolladas durante los cuatro semestres de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar se agrupan en habilidades teóricas conceptuales, clínicas que incluyen la detección, evaluación sistémica y el tratamiento a familias. Habilidades de investigación y de enseñanza. Y habilidades para la prevención y para el compromiso ético y social. A continuación se describen las competencias adquiridas en este programa.

Dentro de las **Habilidades Teórico Conceptuales** desarrollé la comprensión de la epistemología del pensamiento sistémico, sus influencias teóricas y sus antecedentes históricos. Conocí el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna en el mundo y México. Conocí y analicé los conceptos básicos de los diferentes modelos terapéuticos con sus bases epistemológicas, sus antecedentes, principios, autores, las intervenciones que las distinguen y su evolución. Analicé las diferentes escuelas de Terapia Familiar para conocer y aplicar las principales técnicas de entrevista y diagnóstico sistémico a través de simulación y estudio de casos. Participé en presentaciones de forma individual y en equipo de temas que me fueron asignados en los seminarios y los cursos formales de la maestría.

En lo referente **a las habilidades clínicas**; el trabajo realizado en las prácticas supervisadas fue diverso y enriquecedor. En el primer semestre se trabajó la terapia sistémica a partir del juego de roles con familias simuladas y con algunas familias de los terapeutas en formación. Esta experiencia me permitió hacer mi propio familiograma y reconocer la historia de mi familia, además aprendí a través de la observación, las tácticas, las estrategias y las formas de hacer terapia de los supervisores. Observar el trabajo del Dr. Raymundo Macías, Jacqueline Fortes y la Dra. Silvia Becerril Cervantes con familias simuladas y reales fue sumamente valioso en la permanente inquietud de cómo trabajar con familias multiproblemáticas y con manifestaciones de violencia. Las habilidades clínicas que desarrollé fueron a partir de la experiencia de trabajar como terapeuta y como parte del equipo terapéutico.

Como **terapeuta** pude establecer un contacto empático con los clientes. Aprendí a evaluar el tipo de problema y las opciones de solución desde una perspectiva sistémica tomando como base central algunos de los modelos clínicos revisados; también aprendí a definir objetivos en forma conjunta con los clientes, los supervisores y el equipo terapéutico. Apliqué instrumentos de evaluación para valorar la funcionalidad familiar que fueron útiles para fortalecer el diagnóstico, tratamiento y valoración de los resultados obtenidos después del proceso. Incorporé a mi práctica técnicas y procedimientos acordes a las necesidades de las familias evaluando los resultados de todos los casos aún cuando no fuesen concluidos. Mejoré en la elaboración de reportes y expedientes clínicos tomando en cuenta el enfoque y el análisis sistémico. También colaboré haciendo entrevistas de primera vez en la Clínica “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Aprendí a trabajar en **coterapia**, en esta experiencia mostré en todos los casos una actitud de respeto a los clientes y a mis compañeros coterapeutas. Además, pude conocer más de mi persona analizando mi comportamiento y lidiando con mis propias limitaciones; en este sentido, la experiencia más significativa fue la que obtuve con el Dr. Raymundo Macías porque trabajamos juntos en el tratamiento a una familia que mostraba resistencia al cambio y que estaban sabotando la terapia. A pesar de que la familia abandonó el tratamiento, yo aprendí del Dr. Macías la atención incondicional, la escucha eficaz, el manejo estratégico del terapeuta ante los intentos de sabotaje, la perseverancia, la delegación de la responsabilidad con respeto y con empatía y, la neutralidad de forma eficiente.

Como parte del **equipo terapéutico** que trabajó en la Cámara de Gesell, aprendí a observar las interacciones entre los integrantes de la familia y las interacciones de los clientes con el terapeuta. Aprendí a diferenciar el contenido, del proceso. Aprendí a compartir mis puntos de vista con el resto del equipo y a escuchar con atención sus observaciones y sugerencias. Con los fundamentos teóricos revisados participé en la evaluación del tipo de problema presentado por la familia, en la formulación de hipótesis y en las alternativas de tratamiento.

Dentro de las **habilidades de investigación y enseñanza** aprendí a plantear, diseñar e implementar proyectos de investigación; lo más significativo es que las investigaciones que realicé no suprimieron las dudas sino que las ampliaron. La motivación se fue convirtiendo en una necesidad de saber, conocer, leer y buscar. En el primer y segundo semestre trabajé en forma conjunta un instrumento de auto reporte que mide en adolescentes el grado de expresión emocional que es permitido en su familia. Con esta investigación aprendí a diseñar la investigación utilizando la metodología cuantitativa, aplicar el piloteo, el jueceo y realizar el análisis estadístico.

Me interesé en el tema de la violencia dentro de las instituciones educativas, a partir de la experiencia de un joven que había solicitado terapia en el “Centro de Capacitación y Atención Integral, A.C.” donde anteriormente trabajaba. La investigación que realicé utilizando la metodología cualitativa se tituló: “Acoso entre estudiantes en una escuela secundaria pública”. En esta experiencia aprendí a formular el problema, a elegir los casos, a diseñar las estrategias para la obtención, análisis y presentación de la información. Esta investigación me abrió las puertas a otros temas relacionados con las interrelaciones personales dentro del ambiente familiar, escolar y laboral; me percaté que una de las grandes dificultades en las relaciones interpersonales es la falta de habilidades para la convivencia social y la resolución de conflictos. Con este interés y motivación presenté un boletín informativo para los adolescentes con el tema del acoso y violencia escolar entre adolescentes.

Elaboré un taller para padres en situación de separación o divorcio. El tema de los hijos cuyos padres se separan o divorcian me interesó a partir del fallo que tuve en el manejo y tratamiento a dos familias en el Hospital Psiquiátrico Infantil. Esta última experiencia motivó mi interés por investigar sobre el tema y entender los múltiples duelos que elaboran todos los miembros de una familia cuando viven la separación o el divorcio y cómo los problemas no resueltos desde el subsistema conyugal pueden arrastrar a los hijos a un conflicto de lealtades y a una inestabilidad emocional. El taller diseñado y elaborado se

titula: “Los hijos no se divorcian”. La realización de este taller me permitió crear nuevas formas para realizar proyectos de salud comunitaria. Después de haber dado el taller en dos escuelas secundarias técnicas públicas y una particular, diseñé un boletín informativo sobre los efectos de la separación y/o divorcio en la familia, y las acciones que pueden realizar los padres a fin de aminorar sus efectos; el boletín está dirigido a todos los padres de familia y se distribuyó en 30 planteles de Educación Secundaria Técnica del Área Sur del Distrito Federal. Con esta experiencia aprendí a utilizar programas de publicación y a concretar la información para hacerla accesible a cualquier público.

Una experiencia significativa en el desarrollo de mi aprendizaje fue la participación en foros académicos. El haber asistido al taller: “Terapia de Juego con niños abusados y traumatizados” de la Dra. Eliana Gil, me brindó herramientas para evaluar el abuso sexual o el trauma violento en niños pequeños, observar los síntomas clínicos que con mayor frecuencia presentan los niños que son abusados, iniciar la aproximación no directiva en el niño; también conocí algunos instrumentos de evaluación infantil de abuso sexual y síndrome postraumático y formularios para evaluación parental; adquirí elementos para el desarrollo del plan y las fases de tratamiento, la construcción de objetivos primarios, el formato de la terapia, los fundamentos teóricos para el uso de técnicas expresivas y directivas y los principales modelos teóricos. La información obtenida ha sido sumamente valiosa debido a que pude aplicar los conocimientos obtenidos en un caso de abuso sexual tratado en la Clínica Guillermo Dávila y en otros a nivel particular.

De las **habilidades en el compromiso social y ético** puedo decir que la estancia en este programa afirmó los valores que yo tenía del respeto a los pacientes y a sus historias. Desarrollé con firmeza los valores de confidencialidad y compromiso con las necesidades de las familias que atendí y con las que atendieron mis compañeros terapeutas. Aprendí a hacer a un lado mis prejuicios para comprender los diferentes modelos de terapia familiar a pesar de la batalla teórica que me resultaba incompatible con mi tradición humanista y gestáltica. Reafirmé mi competencia profesional aprendiendo del nivel profesional de mis maestros que fungieron como modelos, como lo fueron el Dr. Raymundo Macías, la Mtra. Carolina Díaz Walls, la Dra. Silvia Becerril Cervantes, la Mtra. Jacqueline Fortes, la Mtra. Mary Blanca Moctezuma, la Dra. Sofía Aragón Rivera y la Dra. Dolores Mercado.

Investigué lo que se ha escrito en relación al efecto del divorcio en los hijos, el duelo en la familia, la depresión, los intentos de suicidio en adolescentes, el trastorno por déficit de atención, la infidelidad en la relación de pareja y los trastornos psicóticos. Todos temas relacionados con pacientes que atendí en la clínica “Guillermo Dávila” y en el Hospital Psiquiátrico Infantil. La lectura adicional me permitió mejorar mis intervenciones y comprender mejor cada uno de los casos.

La estancia en la maestría me dio la oportunidad de buscar nuevamente terapia para mí y reivindicar los lazos afectivos con mi familia, con mi pareja y conmigo misma; el apoyo terapéutico que busqué me ayudó a mejorar mi rendimiento profesional en el tratamiento de algunos casos en donde me sentía bloqueada, además fue un espacio altamente contenedor para las presiones propias de la maestría.

4.1.1. Incidencia en el campo psicosocial

La oportunidad que brinda la Maestría en terapia familiar para que los maestrantes realicen sus prácticas profesionales en diferentes sedes me permitió trabajar y tratar una variedad de problemas y conocer a una diversidad de personas. La riqueza de cada uno de los modelos de terapia familiar me brinda los elementos para trabajar en terapia individual, de pareja y familiar. Actualmente trabajo en la clínica y observo con mucho entusiasmo que las personas solicitan con mucha frecuencia la terapia de pareja; he tenido la oportunidad de trabajar con parejas homosexuales sin hijos y con hijos, parejas heterosexuales con hijos pequeños y parejas heterosexuales sin hijos. Para el trabajo con parejas generalmente utilizo el modelo de terapia breve y de soluciones obteniendo resultados favorables. También he atendido a adolescentes y adultos en terapia individual, algunos se presentan con rótulos patologizantes, así, he tenido pacientes con “trastornos depresivos”, “trastornos de pánico” y “trastorno narcisista”, en estos casos he utilizado el modelo narrativo y de soluciones obteniendo resultados favorables para los consultantes.

La incidencia que ha tenido la maestría en el trabajo que desempeño como Asesor Técnico Pedagógico en la Dirección General de Educación Secundaria Técnica, se ve reflejado en los programas que actualmente realizo. Diseñé una guía de estudio para docentes de educación secundaria titulado: “La adolescencia en el contexto social”, la guía de estudio tiene como sustento teórico el constructivismo y el construccionismo social, se estudia la influencia del contexto familiar, escolar y social en la producción de estereotipos y las etiquetas patologizantes a los adolescentes. En esta misma guía se revisan la teoría de la comunicación humana y el ciclo vital de la familia. La respuesta y el interés de los docentes por los temas desarrollados en este curso ha sido muy significativa, situación que me motiva para seguir aprendiendo y mejorando la presentación del mismo.

Además, la investigación realizada con el tema del *bullying* me llevó a observar que la violencia no sólo se da entre estudiantes, sino que todos los actores educativos participan en ella. Interesada en el tema, investigué y me percaté que no tenemos una cultura de la convivencia y no tenemos habilidades para la resolución de conflictos. A partir de este análisis colaboré con el Profr. José Manuel Bayard Lerma en la realización de un taller titulado: “Mediación de conflictos educativos” dirigido a directivos y coordinadores de actividades académicas de las escuelas secundarias técnicas del área sur del Distrito Federal. Hasta el momento, el taller se ha dado en cinco ocasiones. Actualmente está en proyecto el diseño de un taller sobre la convivencia escolar para trabajar directamente con las escuelas.

4.2. Reflexión y análisis de la experiencia

Considero que la maestría con especialidad en Terapia Familiar que brinda la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, es de alta calidad. Esta reflexión está organizada en relación a lo que obtuve de la Facultad de Psicología, del programa de especialización y de los catedráticos en forma conjunta.

Considero que la Facultad me brindó la oportunidad de aprovechar un acervo bibliográfico ilimitado, muy importante en mi formación, que hubiese podido seguir aprovechando si se facilitara el préstamo de libros después de haber concluido las clases formales de la

maestría. Los espacios que me brindó la facultad en las aulas, la biblioteca, el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y los auditorios, me proporcionaron la oportunidad de aprovecharlos y la tranquilidad para concentrarme y estudiar. La sala de cómputo fue de mucha utilidad para realizar las presentaciones y los trabajos de equipo. El préstamo de las computadoras portátiles y los retroproyectores fueron de gran utilidad para las exposiciones durante los dos años de la formación. Además la Universidad Nacional Autónoma de México y la Facultad de Psicología me brindaron la oportunidad de ser becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología con lo que pude mantener mis estudios.

De los aciertos del programa de especialización puedo mencionar que recibí un taller de bienvenida organizada por la Mtra. Silvia Vite coordinadora de la Maestría en Terapia Familiar y por el grupo de la cuarta generación; este taller me fue útil para conocer las instalaciones, los servicios y las responsabilidades que exige el programa. También recibí una buena organización en la estructura de las materias y de la supervisión. Considero que la carga horaria entre la teoría y la práctica clínica está muy bien articulada lo que permitió obtener experiencia en todos los casos tratados en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro”. Este programa organizó con gran éxito cursos y talleres que orientaron el trabajo académico y personal de los maestrantes; como la realización del curso “Consulta a Bases de Información Psicológica” en la Biblioteca de Posgrado de la Facultad de Psicología y los talleres de la “La novela familiar” y “La comunicación en la pareja” por la Escuela Mexicana de Psicodrama y Sociometría, a cargo de María Carmen Bello y Jaime Winkler. Otro acierto que tiene el programa es la inclusión de la supervisión video grabada a cargo del Mtro. Flavio Sifuentes, esta experiencia estuvo llena de aprendizajes y de conocimiento. La elección del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” como espacio de residencia fue otro gran acierto porque se trabajó en algunos casos directamente con médicos psiquiatras y con pacientes que estuvieron hospitalizados; la experiencia adquirida en tres semestres en este hospital fue muy importante en mi formación profesional.

Los que considero desaciertos del programa y que pueden ser propuestas es lo relacionado al seminario de integración, el cual me parece un espacio muy importante para la formación de los maestrantes y que en mi experiencia no fue aprovechado en los dos primeros semestres. Otro aspecto que creo se debe considerar es la atención psicológica del terapeuta en formación; durante mi permanencia en el programa observé en algunas/os terapeutas transferencias y contra transferencias en el proceso terapéutico que tuvieron una incidencia en el tratamiento de los pacientes, por lo que creo que se debe insistir y trabajar más en la necesidad de trabajar sobre nosotros mismos. Con respecto al Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” creo que se puede considerar la posibilidad de abrir más espacios en el turno vespertino o sabatino, considerando que muchas familias no pudieron ser atendidas por las dificultades en el horario, también creo que el Centro debe revisar su organización en cuanto a la estrategia de atención, pues muchos usuarios tardan más de tres meses para ser atendidos lo que les genera desmotivación.

Considero que el trabajo desarrollado por los catedráticos que estuvieron a cargo de los cursos formales teóricos y los que trabajaron como supervisores fue de excelencia. De todos y cada uno recibí siempre un trato digno y de respeto. Los doctores y maestros que

orientaron la realización de la investigación cuantitativa y cualitativa me ayudaron a resolver mis dudas, recomendando bibliografía y revisando los datos. Los doctores y maestros que supervisaron a las familias que atendí tanto en el Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” como en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N Navarro” siempre mostraron una gran competencia profesional, brindándome sugerencias y orientación al tratamiento.

Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

La experiencia de realizar una maestría en Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México inicia desde que leí la convocatoria de ingreso. La ilusión de regresar a la Universidad y volver a estudiar ha estado permanente desde ese día. Puedo mencionar con mucha satisfacción que tomé una buena decisión cuando me registré, cuando me presenté al examen por segunda ocasión y cuando decidí terminar la maestría y obtener el grado. Estudiar nuevamente ha motivado el interés y el gusto que ahora tengo por la lectura y por la escritura, en ambas cosas he mejorado. El estudiar me ha permitido disfrutar en algunas ocasiones y padecer en otras la condición de aprendiz, me dispuse a observar, analizar, trabajar, participar, escribir, discutir y aprender. El estudiar me ha devuelto la humildad para darme cuenta que me falta mucho por aprender y para obtener una percepción más sana de mi misma, ahora me percibo como una persona sensible, dispuesta a aprender de mis errores y con una marcada tendencia a dar lo mejor de mí en todo lo que hago. El estudiar también me ha regalado una nueva forma de vivir, ahora organizo mi vida de mejor manera, disfruto mucho de las cosas que hago, puedo tener estabilidad con mi pareja, con mis padres, con mis hermanos, con mis amigas y con mis compañeros de trabajo.

Las lecturas que realicé en los cursos formales y los que realicé por interés personal, me permitieron trabajar de forma sistemática mi comprensión lectora, también desarrollé un juicio crítico que ahora utilizo cotidianamente. Por fortuna, me percaté que ahora la lectura es una actividad que se ha vuelto imprescindible, necesaria y gratificante en mi vida cotidiana. Conocer la teoría sistémica potenció aún más el interés que ya tenía por los cambios sociales, económicos y políticos de México y del mundo.

En el aspecto profesional la maestría ha sido de gran utilidad sobre todo en mi práctica clínica, a partir de ello ahora cuento con muchas habilidades que antes no tenía y puedo ajustar algún modelo a las características de los clientes. Para la evaluación considero la organización familiar, el ciclo vital de la familia, la narrativa de la persona o de la familia a través de la identificación del espacio emocional, cognitivo y pragmático. Realizo con eficiencia la alianza terapéutica, observo en cada relato la influencia y la percepción del sistema en un sentido más amplio, identifico con gran entusiasmo los sistemas de enclavamiento de las parejas, las diferencias entre el contenido y el proceso, la secuencia de los actos realizados por la pareja o familia, la secuencia de las soluciones ineficaces, las creencias, las relaciones y las reglas implícitas de alianza o de exclusión, etc.

La implicación que tiene este programa de Maestría en mi trabajo como Asesor Técnico Pedagógico que realizo en mi trabajo actual, en la Subdirección de Superación y Actualización de Personal, de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica ha sido fructífera. La publicación de boletines informativos dirigidos a padres de familia y alumnos con temas de adicciones, de divorcio, de acoso escolar y de adolescencia fue

subido a la página de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica en el ciclo escolar 2006- 2007 y fueron impresos en algunas escuelas de la zona sur del Distrito Federal. También he trabajado en el tema de la mediación de conflictos en el área educativa. Trabajé con esta misma institución en la realización de talleres a padres de familia en situaciones de separación o divorcio.

Bibliografía

- Anderson, H. (2007). Historical Influences [Influencias históricas]. En H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative Therapy. Relationships and Conversations that make a difference* (pp. 21-31). New York, U.S.A.: Routledge.
- Anderson, H. (2005) Un enfoque postmoderno de la terapia. La música polifónica y la terapia “desde dentro”. En Limón A. *Terapias Postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp.59 -67). México.: Pax.
- Anderson, H. (1997) Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires, Atrgentina.: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente. La ignorancia como enfoque terapéutico. En McNamee, S. y Gergen, K. La terapia como construcción social (pp. 45-59). Barcelona, España.: Paidós.
- Andolfi, M. (1977) *Terapia familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona, España.: Paidós.
- Ariza, M., & de Oliveira, O. (2004) *Imágenes de la familia en el cambio de siglo*. México.: Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ariza, M., & de Oliveira, O. (2001) Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición [Versión electrónica], *Papeles de población*, 28, 9 – 39.
- Avilés, K. (2006, 4 de enero). Unos 6 millones de niños de AL y el Caribe sufren violencia, revela Unicef. *La jornada*. Recuperado el 16 de Octubre de 2008, de <http://www.jornada.unam.mx>
- Bateson, G. (1993) *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires.: Amorrortu
- Bertalanffy, L. (1976) *Teoría General de los Sistemas. Fundamento, desarrollo y aplicaciones*. México.: Fondo de Cultura Económica.
- Beyebach M. (1998). La Terapia Familiar Breve en el trabajo con niños y sus familias. *Familia*, 16, 27-46.
- Biever, J., Bovele, M., Gardner, G. y Franklin, C. (2005) Perspectivas postmodernas en terapia familiar. En Limón A. *Terapias Postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp.1 -27).: México.: Pax.
- Bird, L. (1990) *Los hijos frente al divorcio*. México.: Diana
- Boscolo, L., Cecchin, G. Hoffman, L. y Penn, P. (1987) *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires.: Amorrortu

- Cade, B., O'Hanlon, W., H. (1995) *Guía breve de terapia breve*. Barcelona.: Paidós.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política del Desarrollo Social. (2011) *Medición de Pobreza en los Municipios de México, 2010*. Recuperado el 20 de Febrero de 2012, de <http://www.coneval.gob.mx>
- Del Rey, P. & Quesnel, A. (2004, septiembre) *Migración interna y migración internacional en las estrategias familiares de reproducción. El caso de poblaciones rurales del Estado de Veracruz, México*. Documento presentado en el I Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, Coxambú, Brasil.
- De Shazer, S. (1992) *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona. España.: Gedisa.
- Díaz, E. (1999) *Posmodernidad*. Buenos Aires.: Biblos
- Eguiluz, L. (2004) *Terapia Familiar*. México.: Pax-Mex.
- Fernández, V. (1981) *Psicoterapia Estratégica*. Procedimientos. Puebla, México.: Ducere.
- Fisch, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1988) *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona, España.: Herder.
- Fleuridas, C., Nelson, T. & Rosenthal, D. (1986). La evolución de las preguntas circulares: el entrenamiento de terapeutas familiares. *Revista de Terapia Marital y Familiar*. 12, 113-127.
- Fruggeri, L (1996). El proceso terapéutico como construcción social del cambio. En McNamee, S y Gergen. K. *La terapia como construcción social* (pp.61-74) Barcelona, España.: Paidós.
- Gergen, K. (1992) El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo. Barcelona, México.: Paidós.
- Gilbert, M. y Shmukler, D. (2000) *Terapia breve con parejas. Un enfoque integrador*. México.: Manual Moderno
- Gómez, F., y Weisz F. (2005) *Nuevas parejas. Nuevas familias. Cómo crear una familia reconstruida y no morir en el intento*. México.: Norma.
- Gómez, S. (2007) *La pérdida de un ser querido. El duelo y el luto*. España.: Arán.
- Gómez, U. (2008). *El secreto para superar las pérdidas*. México.: Trillas.

- González, I. (2008, 20 de Febrero). Aumenta el desempleo en México a 4.06% en enero. *El Universal*. Recuperado el 26 de Marzo de 2009, de <http://www.eluniversal.com.mx>.
- Grupo de Información en Reproducción Elegida. (2003) *Embarazo en adolescentes*. [Folleto] Taracena, R. México.: Autor.
- Haley, J. (1983) *Terapia no convencional*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu
- Haley, J. (1976) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu
- Hoffman, L. (1987) *Fundamentos de la Terapia Familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México.: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2012, Enero) *Indicadores oportunos de Ocupación y empleo. Cifras preliminares durante de 2012* (Boletín de Prensa Núm. 011/12). Recuperado el 22 de Febrero de 2012, de los informes del INEGI en: <http://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2011) *Principales Resultados. Censo de Población y vivienda 2010*. Recuperado el 20 de Febrero de 2012, de <http://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2009) *Estadísticas a propósito del 14 de Febrero, matrimonios y divorcios en México. Datos Nacionales*. Recuperado el 20 de Febrero de 2012, de <http://www.inegi.org.mx>
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2009) *Estadísticas a propósito del día Internacional de la Mujer. Datos Nacionales*. Recuperado el 4 de Abril de 2009, de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/estadisticas/2009/mujer0.doc>
- Instituto Nacional de las Mujeres. (2006) *Maltrato Infantil*. Recuperado el 6 de Marzo de 2008, de <http://www.inmujeres.gob.mx/dgpe/vidassinviolencia/reto/index.htm>
- Instituto Nacional de Salud Pública (2009) *Encuesta Nacional de Adicciones2008*. Recuperado el 21 de Febrero de 2012, de <http://www.conadic.gob.mx>
- Instituto Nacional de Salud Pública, (2003) *Encuesta Nacional sobre la violencia contra las mujeres*. Recuperado el 24 de Febrero de 2008, de http://www.insp.mx/publicaciones/detalles/php/publicacion_id=4
- Johansen, B. (1982) *Introducción a la teoría general de los sistemas*. México.: Limusa
- Johnson, L., y Ronsselfeld, G. (1990) *El divorcio y los hijos*. Nashville, Tennessee, EUA.: Norma.
- Keeney, B. (1987) *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina.: Paidós.

- Laurance, J. (2007, 6 de Septiembre). Enfermedades mentales superan al cáncer y a las cardiopatías. Cada año 30 por ciento de la población mundial sufre algún trastorno psicológico, según estudio. *La Jornada*. Recuperado el 24 de Febrero de 2008, de <http://www.jornada.unam.mx>
- Lax, W. (1996). El pensamiento posmoderno en la práctica clínica. En McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social* (pp. 93 - 110). Barcelona, España.: Paidós.
- León, Z., G. (2007, 5 de Agosto) La pobreza en México, sin cambios estadísticamente significativos: Coneval. *La jornada*. Recuperado el 18 de Febrero de 2008, de <http://www.jornada.unam.mx>
- Lipchik, E. (2002) *Terapia Centrada en la solución*. Más allá de la técnica. Buenos Aires.: Amorrortu.
- Limón, A. (2005) El giro interpretativo en psicoterapia: narrativa y construcción social. México.: Pax
- Lyddon, W. Formas y facetas de la Psicología constructivista. En En McNamee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social* (pp.89 - 114). Barcelona, España.: Paidós.
- Madanes, C. (1982) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu.
- Mankes, B., & Suárez, L. (2003) Sexualidad y embarazo adolescente en México. [Versión electrónica], *Papeles de población*, 35, 9- 39.
- Medina-Mora, M., Borges, G., Lara, M. C., Benjet, C., Blanco, J. J., Fleiz, B. C. et al. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica [Versión electrónica], *Salud Mental*, 26, 1- 16.
- Minuchin, S. y Nichols, M. (1994) *La recuperación de la familia. Relatos de esperanza y renovación*. México.: Paidós.
- Minuchin, S. (1985) *Familias y terapia familiar*. México.: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984) *Técnicas de Terapia Familiar*. México.: Paidós.
- Neimeyer, R., y Mahoney, M. (1998) Constructivismo en psicoterapia. Barcelona, España.: Paidós Ibérica
- Ochoa, I. (1995) *Enfoques en Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona.: Herder.
- O'Connor, N. (2007) *Déjalos ir con amor. La aceptación del duelo*. México.: Trillas.

- O'Hanlon, W., H. Weiner-Davis (1990) *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona.: Paidós
- Payne, M. (2000) *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona.: Paidós.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000) *Terapia Familiar. Modelos y técnicas*. México.: Manual Moderno.
- Selvini, M. (2001) El futuro de la psicoterapia: aprender de los errores [Versión electrónica], *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 82, 9-21.
- Selvini, P., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona. España.
- Selvini, M (1990) *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona, España.: Paidós.
- Selvini, P., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988) *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona.: Paidós.
- Selvini, P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980) . Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the session. *Family Process*, 19, 24- 38
- Simon, R. (1996). Es mucho más complicado [Versión electrónica], *Perspectivas sistémicas*, 46, 91. Recuperado el 29 de Marzo de 2008, de <http://www.redsistemica.com.ar/minuchin.htm>
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo* (4ª. Ed.) México.: Autor.
- Szprachman, R. (2003) *Terapia Breve. Teoría de la técnica*. Buenos Aires, Argentina.: Lugar.
- Therborn, G. (2004) Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: Necesidad de políticas públicas eficaces. CEPAL. Santiago, 28 y 29 de octubre de 2004. Colegio Sueco de Estudios Avanzados de Ciencias Sociales. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Umbarger, C. (1983) *Terapia Familiar Estructural*. Buenos Aires, Argentina.: Amorrortu.
- Velasco, A., F. (2004) *Parejas en conflicto, conflictos de pareja. Manual Psicodinámico Constructivista para su tratamiento*. Asociación Psicoanalítica Mexicana. México.: Textos Mexicanos.

- Watzlawick, J., Beavin, B., Jackson, D. (1967) *Teoría de la comunicación Humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona.: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1976) *Cambio: formación y solución de problemas humanos*. Barcelona.: Herder
- White, M. (2002) *Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos*. Madrid, España.: Gedisa.
- White, M. (2000) *Reflections on Narrative Practice* [Reflexiones de la práctica narrativa]. Adelaide, South Australia: Dulwich.
- White, M. y Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España.: Paidós.
- Witzeaele, J. García, T. (1994) *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona.: Herder.
- Worden, J. (2004) *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.



ESCALA DE ATMOSFERA EMOCIONAL

El siguiente cuestionario es parte de un proyecto de investigación enfocado a identificar la forma en que se expresan los sentimientos en la familia. No hay respuestas correctas o incorrectas, así que por favor, le pedimos conteste con honestidad, lo que más se apegue a la forma de ser de su familia, con la confianza de que toda la información que usted entregue será de carácter confidencial.

DATOS PERSONALES

Sexo: M F **Edad:** **Ocupación:**
Estado Civil: Soltera(o) () Casada(o) () Divorciada(o) () Otro (especifique)
Escolaridad Primaria () Secundaria () Preparatoria () Universidad () Posgrado ()

No. de hijas(os):

No. de personas que viven con usted (contándose usted mismo):

	Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación	Religión
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

* si requiere de mayor espacio, utilizar una hoja en blanco

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación y marque con una X, la opción que mejor represente la forma de pensar o actuar de su familia respecto a la expresión de los sentimientos. Considere como familia al grupo de personas con las que vive, actualmente. Si en su familia existen opiniones contradictorias, elija la opción que represente a la mayoría de sus miembros.

Ejemplo: **Decimos “te quiero” a los demás**

Contesta:

Nunca:

Casi Nunca:

Algunas veces:

Casi Siempre:

Siempre:

Si jamás se dicen “te quiero” en tu familia.

Si en raras ocasiones se dicen “te quiero” en tu familia.

Si se dicen “te quiero” con poca frecuencia en tu familia.

Si se dicen “te quiero” con moderada frecuencia en tu familia.

Si decir “te quiero” es algo que ocurre con demasiada frecuencia en tu familia.

ESCALA DE ATMOSFERA EMOCIONAL

EN MI FAMILIA...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1	Nos aguantamos las ganas de llorar					
2	Decimos frases cariñosas					
3	Se cree que quienes expresan cariño son "empalagosos"					
4	Evitamos contar nuestras cosas personales para cuidarnos de los demás					
5	Expresamos nuestros temores					
6	Escuchamos al que está deprimido					
7	No se habla de temor al fracaso					
8	Se piensa que es inadecuado molestar					
9	Hablamos con los demás cuando algo nos molesta					
10	No hablamos de lo que nos duele					
11	Nos saludamos de beso y abrazo					
12	No nos enojamos					
13	Tenemos actividades para divertirnos juntos					
14	Nos abrazamos sin motivo					
15	Evitamos cualquier conflicto o discusión					
16	No decimos nuestras opiniones por temor a los demás					
17	Evitamos molestarlos a costa de lo que sea					
18	Decimos "te quiero" a los demás					
19	Se cree que el sexo es una expresión de amor					

GRACIAS POR TU PARTICIPACION

**EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.)
(Adaptación)**

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia.

La información que tú proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo que importa es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible.

Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecue a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

		TA	A	N	D	TD
1	En mi familia hablamos con franqueza	5	4	3	2	1
2	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista	5	4	3	2	1
3	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	5	4	3	2	1
4	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	5	4	3	2	1
5	Mi familia me escucha	5	4	3	2	1
6	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
7	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones	5	4	3	2	1
8	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente	5	4	3	2	1
9	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
10	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión	5	4	3	2	1
11	Nosotros somos francos unos con otros	5	4	3	2	1
12	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	5	4	3	2	1
13	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga	5	4	3	2	1
14	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	5	4	3	2	1
15	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	5	4	3	2	1
16	Nos contamos nuestros problemas unos a otros	5	4	3	2	1
17	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas	5	4	3	2	1
18	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos	5	4	3	2	1
19	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta	5	4	3	2	1
20	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz	5	4	3	2	1
21	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia	5	4	3	2	1
22	Todo funciona en nuestra familia	5	4	3	2	1



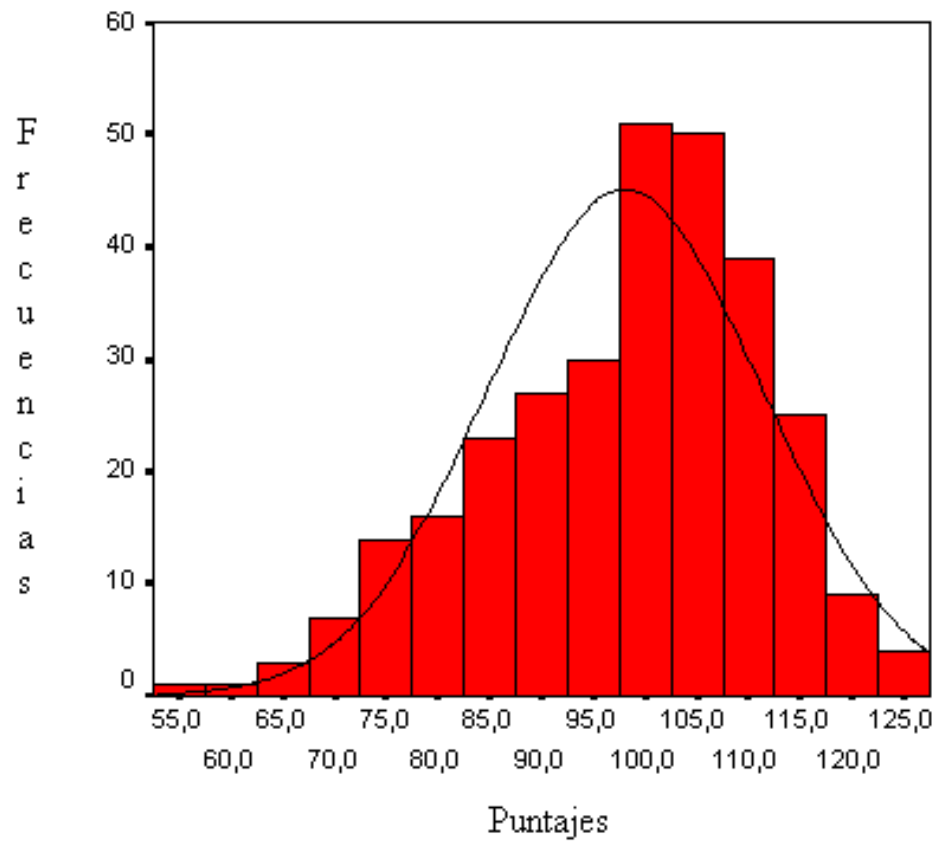
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA
 RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



ENFERMEDADES EN LA ADOLESCENCIA

El presente cuestionario tiene el propósito de evaluar en forma general, cuales son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes. Este cuestionario es anónimo, por lo que puedes contestarlo con toda libertad, los datos sólo serán utilizados con fines estadísticos. A continuación encontrarás algunas preguntas sobre si has padecido o no ciertas enfermedades o malestares en los últimos 2 años. Marca con una " X " la respuesta adecuada, de acuerdo a tu experiencia.

		SI	NO
1.	En los últimos 2 años, ¿has padecido problemas de acné, de tal manera que hayas tenido que acudir al dermatólogo o al menos tuviste la intención de hacerlo?		
2.	¿Aparecieron en tu piel ronchas en todo tu cuerpo o en alguna parte específica, sin razón aparente, desapareciendo más tarde?		
3.	¿Experimentaste la caída parcial o total del cabello? (de tal forma que se notara a simple vista)		
4.	¿Tuviste ronchas acompañadas de enrojecimiento de la piel e hinchazón (urticaria)?		
5.	¿Te diagnosticaron o tuviste herpes en alguna parte del cuerpo (infección en la piel y/o mucosas)?		
6.	¿Tienes Asma?		
7.	¿Eres alérgico o has padecido algún tipo de alergia?		
8.	¿Tienes o has tenido dificultades por tu forma de comer (comes en exceso, casi no comes, comes y luego vomitas)?		
9.	¿Padeces gastritis o colitis?		
10.	¿Tienes problemas de estreñimiento?		
11.	O por el contrario, ¿Obras cuatro o más veces al día?		

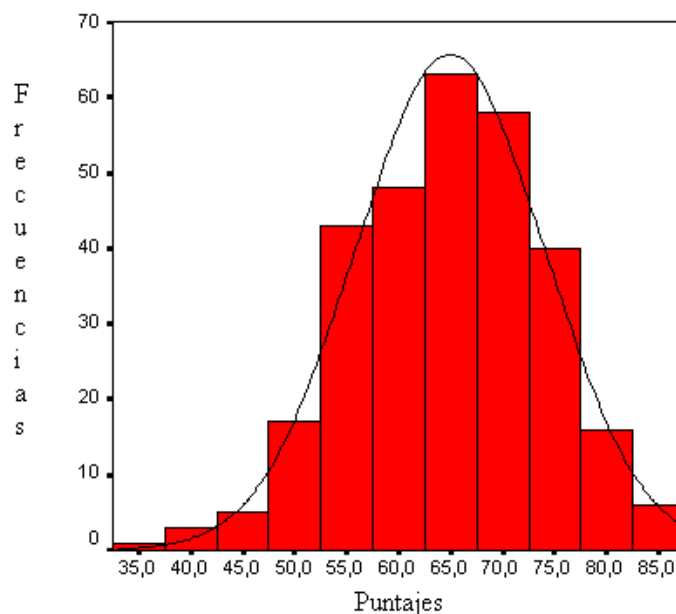


Gráfica 1. Distribución de la Escala de Atmósfera Emocional al final de la primera etapa.

Anexo V

Reactivos	Tipo de varianza	Prueba de Levene		t	df	Sig. (2-colas)
		F	Sig.			
Nos aguantamos las ganas de llorar	Homogénea	1,584	0,21	-9,152	171	0.000
	No Homogénea			-9,111	163,654	0.000
Decimos frases cariñosas	Homogénea	4,81	0,03	-12,993	171	0.000
	No Homogénea			-12,902	157,107	0.000
Se cree que quienes expresan cariño son empalagosos	Homogénea	16,779	0.000	-6,595	171	0.000
	No Homogénea			-6,519	141,968	0.000
Evitamos contar nuestras cosas personales para cuidarnos de los demás	Homogénea	0,717	0,398	-8,719	171	0.000
	No Homogénea			-8,708	169,24	0.000
Expresamos nuestros temores	Homogénea	2,033	0,156	-12,844	171	0.000
	No Homogénea			-12,804	166,466	0.000
Escuchamos al que está deprimido	Homogénea	10,718	0,001	-11,865	171	0.000
	No Homogénea			-11,714	137,465	0.000
No se habla de temor al fracaso	Homogénea	0,613	0,435	-3,507	171	0,001
	No Homogénea			-3,504	169,532	0,001
Se piensa que es inadecuado molestarse	Homogénea	1,956	0,164	-5,708	171	0.000
	No Homogénea			-5,719	170,987	0.000
Hablamos con los demás cuando algo nos molesta	Homogénea	1,891	0,171	-11,326	171	0.000
	No Homogénea			-11,221	150,031	0.000
No hablamos de lo que nos duele	Homogénea	6,394	0,012	-2,609	171	0,01
	No Homogénea			-2,623	168,423	0,01
Nos saludamos de beso y abrazo	Homogénea	18,519	0.000	-9,855	171	0.000
	No Homogénea			-9,72	134,3	0.000
No nos enojamos	Homogénea	0,004	0,952	-2,306	171	0,022
	No Homogénea			-2,293	160,865	0,023
No tenemos contacto físico entre nosotros	Homogénea	10,69	0,001	-1,367	171	0,173
	No Homogénea			-1,376	166,296	0,171
Tenemos actividades para divertirnos juntos	Homogénea	0,001	0,981	-8,948	171	0.000
	No Homogénea			-8,949	170,542	0.000
Nos abrazamos sin motivo	Homogénea	0,883	0,349	-13,466	171	0.000
	No Homogénea			-13,417	165,554	0.000
Evitamos cualquier conflicto o discusión	Homogénea	0,147	0,702	4,187	171	0.000
	No Homogénea			4,179	168,128	0.000
No decimos nuestras opiniones por temor a los demás	Homogénea	0,896	0,345	-8,193	171	0.000
	No Homogénea			-8,149	161,429	0.000
Evitamos molestartos a costa de lo que sea	Homogénea	1,851	0,175	3,48	171	0,001
	No Homogénea			3,49	170,695	0,001
Decimos "te quiero" a los demás	Homogénea	1,909	0,169	-17,042	171	0.000
	No Homogénea			-16,963	163,312	0.000
Se cree que el sexo es una expresión de amor	Homogénea	0,923	0,338	-5,711	171	0.000
	No Homogénea			-5,69	165,292	0.000

Tabla 1. Pruebas *t* para determinar la capacidad de discriminación de los reactivos.



Gráfica 2. Distribución de la Escala de Atmósfera Emocional al final de la segunda etapa.

Reactivos	Componentes	
	1	2
decimos te quiero a los demas	0,778	
decimos frases cariñosas	0,743	
abrazamos sin motivo	0,741	
escuchamos al deprimido	0,703	
expresamos temores	0,64	0,313
tenemos actividades para divertirnos	0,635	
nos saludamos de beso y abrazo	0,633	
hablamos cuando algo nos molesta	0,632	
evitamos conflictos o discusiones	-0,614	
evitamos molestartos	-0,607	
se cree que el sexo es expresion de amor	0,41	
evitamos contar cosas personales		0,594
aguantamos llorar		0,526
empalagosos		0,513
no decimos nuestras opiniones por temor		0,477
no hablamos de lo que nos duele		0,409
no se habla de temor al fracaso		0,395
se piensa que es inadecuado molestarte		0,395
no nos enojamos		0,31

Tabla 2. Principales factores que surgen del análisis y las correlaciones de los reactivos con los factores.

Anexo VII

Permisividad	$\alpha = 0.8669$
Decimos frases cariñosas	
Expresamos nuestros temores	
Escuchamos al que está deprimido	
Hablamos con los demás cuando algo nos molesta	
Nos saludamos de beso y abrazo	
Tenemos actividades para divertirnos juntos	
Nos abrazamos sin motivo	
Evitamos cualquier conflicto o discusión	
Evitamos molestarnos a costa de lo que sea	
Decimos “te quiero” a los demás	
Se cree que el sexo es una expresión de amor	
No Permisividad	$\alpha = 0.5151$
Nos aguantamos las ganas de llorar	
Se cree que quienes expresan cariño son “empalagosos”	
Evitamos contar nuestras cosas personales para cuidarnos de los demás	
No se habla de temor al fracaso	
Se piensa que es inadecuado molestarse	
No hablamos de lo que nos duele	
No nos enojamos	
No decimos nuestras opiniones por temor a los demás	
TOTAL	$\alpha = 0.8125$

Tabla 3. Reactivos por factor y coeficientes de confiabilidad alfa de Cronbach para la Escala de Atmósfera Emocional.

Anexo VIII

No. de criterio	Grupos	Media	Nivel de Significancia
			Permisividad
1	Sin enfermedades	39.74	.057
	Con enfermedades	37.71	
2	De 0- 3 enfermedades	38.47	.045
	De cuatro enfermedades en adelante	35.34	
3	Sin enfermedades	39.74	.020
	Con más de dos enfermedades	36.46	
4	Sin enfermedades	39.74	.022
	Con más de tres enfermedades	35.13	
5	Sin enfermedades	39.74	.001
	Con problemas de alimentación	35.12	
6	Sin enfermedades	39.74	.042
	Con enfermedades gastrointestinales	37.36	
7	Sin enfermedades	39.74	.028
	Con estreñimiento	35.95	
8	Sin enfermedades	39.74	.047
	Con gastritis y con ronchas	37.74	
9	Con alergias	39.31	.058
	Sin alergias	37.42	
10	Problemas de alimentación	35.12	.000
	Sin problemas de alimentación	39.40	

Tabla 4. Pruebas *t* para el factor de Permisividad de acuerdo al criterio de enfermedades psicosomáticas.

No. de criterio	Grupos	Media	Nivel de Significancia
			TOTAL
1	De 0- 3 enfermedades	66.24	.042
	De 4 enfermedades en adelante	61.50	
2	Sin enfermedades	67.62	.022
	Con + de 2 enfermedades	63.45	
3	Sin enfermedades	67.62	.017
	Con + de 3 enfermedades	61.52	
4	Con alergias	67.40	.034
	Sin alergias	64.72	
5	Sin enfermedades	67.72	.032
	Con estreñimiento	63.09	
6	Sin enfermedades	67.62	.001
	Con problemas de alimentación	62.06	

Tabla 5. Pruebas *t* para la escala Total de acuerdo al criterio de enfermedades psicosomáticas.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA
CENTRO COMUNITARIO "GUILLERMO DÁVILA"

Nombre de la familia:	Fecha:
Nombre del terapeuta/s:	No. de sesión:

1.- Alianza terapéutica	2.- Realización de la entrevista.
3. Respuesta de la familia	4.- Técnicas utilizadas

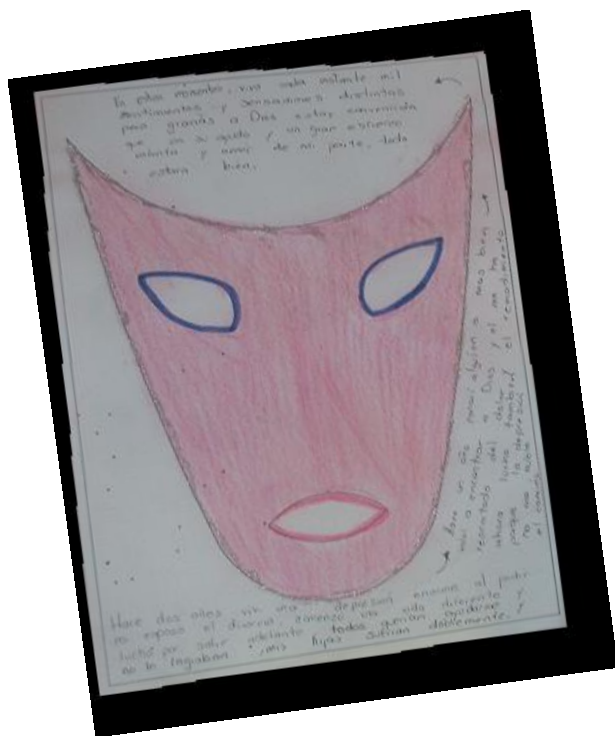
5.- Relación de la coterapia	6.- Planeación de tareas
7.- Cierre	8.- Observaciones y sugerencias

Realizó: _____

ANEXO X

Algunas máscaras diseñadas por los participantes del taller: “Los hijos no se divorcian” como parte del Programa de Intervención Comunitaria.





“LA MUJER QUE SE ESTRELLABA CONTRA LAS PUERTAS” BUSCA AYUDA EN LA TERAPIA SISTEMICA

Introducción

El interés de presentar la historia de Paula Spencer protagonista de la historia escrita por Roddy Doyle, sobre una mujer que fue víctima de violencia doméstica en la Irlanda de 1996, se centra en analizar cómo la terapia sistémica brinda aportaciones para estudiar y trabajar un problema tan complejo como la violencia familiar.

Esta reflexión a voz alta, tiene 12 apartados que están combinados con párrafos tomados de la novela: “la mujer que se estrellaba contra las puertas”.

De cómo encontré a Paula

Un domingo de Mayo del 2003. Estoy en casa sin planes para más tarde. ¿Qué hacer? Encerrada no quiero estar. Puedo comprar el periódico y con suerte ir al cine o dormir un poco más. Decido por el periódico. Tomo café y leo la primera plana que dice: “*Los magnates de América Latina están preocupados por los pobres*” ¿desde cuándo? Me pregunto yo. Sigo hojeando. Leo la sección de política y luego la de opinión. La sección internacional dice: “*Las víctimas de la intifada palestina suman 14 muertos*” ¿hasta cuándo? Una hoja más y leo algo que atrapa mi atención. En la sugerencia de los libros dice: “*Una novela que presenta el caso de una mujer víctima de maltrato doméstico: La mujer que se estrellaba contra las puertas, escrita por Roddy Doyle, escritor irlandés*”. Nunca he leído una novela escrita cuyo tema central sea la violencia doméstica y menos escrita por un hombre. El domingo que no tenía planes ya tiene uno, buscar a la mujer que se estrellaba contra las puertas. Voy a una librería. No está. Otra librería, tampoco. Una más. No está. “¿Dónde la puedo encontrar?”, en la editorial o en el paseo de los libros que está en el zócalo, me dijo el joven “busca libros”. Hoy va a ser complicado, es mejor buscarla en la semana me dije para mí. Visité el paseo de los libros y ahí la encontré.

¿Y quién es Paula?

PAULA: Me llamo Paula Spencer. Tengo treinta y nueve años. Mi cumpleaños fue la semana pasada. Soy viuda. Estuve casada por dieciocho años. Mi apellido de soltera era OLeary. Mi marido murió el año pasado, hace casi un año exacto. Lo abaleó la policía. Me había dejado un año antes. Yo lo eché de la casa. Su nombre era Charles Spencer. Todo mundo lo llamaba Charlo. Excepto su madre y mi padre. Y el sacerdote en el funeral. Tengo cuatro hijos. (Podrían haber sido cinco; perdí un bebé). Nicola es la mayor. Cumplió dieciocho años. Trabaja en una tienda y tiene un novio formal, Tony. Es una chica estupenda. No tengo que preocuparme por ella. El siguiente es Jhon Paul. Tiene dieciséis años. No se donde está. Estuvo viviendo en unos edificios abandonados en el centro pero no creo que esté allí ahora. Después sigue Leanne. Tiene doce años. Es adorable, maravillosa me

encantaría que no creciera nunca. El menor es Jack, mi bebé. Tiene cinco años. Es un verdadero sol, y aprende rapidísimo (Doyle 1996, p. 111).

Una visión sistémica del abuso dentro de la familia

Ravazola (1997) menciona que existe violencia familiar cuando una persona físicamente más débil que otra, es víctima de abuso físico o psíquico por parte de la otra.

La interacción violenta concurre cuando se entrelazan ciertas condiciones como las siguientes:

- a) En una situación familiar donde hay un déficit en la autonomía de sus miembros y hay una significativa dependencia de unos de otros.
- b) Cuando hay subordinación donde victimario y víctima, suponen que el primero es el único responsable de la relación.
- c) Cuando hay una circulación de los significados del abuso que son considerados como legítimos.

El contexto sociocultural del abuso

Ravazola (1997) describe dos sistemas que inciden gravemente en la cotidianidad que se convierte en violencia. Por un lado está el sistema autoritario y por el otro el género.

1. El sistema autoritario. Caracterizado por principios organizativos de discurso como los siguientes:

- a) El discurso elitista. Discurso que atribuye diferencias valorativas arbitrarias que designan quién tiene mayor jerarquía y status. En el ámbito familiar la mujer casada es más que la mujer soltera, el joven es más que el viejo, el hombre es más que la mujer, etc.
- b) Los serialismos o disyunciones. Son afirmaciones que hacen pensar en una categoría única donde las alternativas están invalidadas o son menores que la hegemónica.
- c) Las descontextualizaciones. Como formas de organizar el discurso en frases implícitas. Mensajes que se entienden como expresión de hechos inmutables y son válidos en un contexto histórico y sociocultural determinado.

2. El sistema género. La violencia contra de las mujeres tiene una base sociocultural que históricamente postula a los hombres superiores que las mujeres, la educación tradicional de las mujeres incluye la responsabilidad del bienestar, cuidado y mantenimiento de las relaciones, el vivir para otros en un amor romántico, estar disponible con entrega total, resignación, sacrificio y abnegación; ser buena para que los demás cambien, tolerancia, comprensión y empatía. Todas estas enseñanzas genera una postergación y olvido de las necesidades propias y proyecto de vida, dependencia, sumisión, victimización, sentimientos de culpa y fracaso, pena y justificación de la violencia.

PAULA: *En el sitio donde yo crecí –y probablemente en cualquier otra parte- si uno era una chica, o era una ramera o era una cabrona estrecha, una cosa o la otra, generalmente antes de cumplir los trece. No había que hacer nada para ser una ramera. Si eras bonita; si te habías desarrollado pronto. Si tenías un caminado sexi; si tenías el pelo limpio, si tenías el pelo sucio. Si usabas zapatos de plataforma, y si no lo usabas. Cualquier cosa podía hacer que te llamaran ramera. Mi padre me llamó ramera la primera vez que me puse rímel. Tuve que subir al baño a quitármelo. De todos modos las lágrimas ya lo habían estropeado. (Doyle, 1996, p. 61).*

El circuito del abuso en el sistema familiar

Compuesto por los actores que son: el abusador, la persona abusada y la persona testigo, atravesados por otras variables que son las ideas, acciones y estructura de cada uno de los actores (Ravazola, 1997).

Los actores.

La persona abusadora, generalmente es un hombre adulto, puede cubrir el rol de esposo o padre. También puede ser un hijo o hija.

Paula: Él me amenazaba todo el tiempo, continuamente me recordaba que yo no sabría arreglármelas sola. Nada en mi vida funcionaba. Sólo era Paula Spencer por él. Yo estaba allí porque al mirarme él lo demostraba. Una sola mirada amable de su parte y era capaz de borrarlo todo. Lo amaba con todo mi corazón. No podía dejarlo. Me necesitaba. Me lo había dicho una y otra vez. Yo era todo para él. Siempre me detenía al llegar a la puerta. Me atemorizaba la idea de encontrarme algún día sin él. Antes, al principio, me emocionaba cuando lo oía volver por la noche y yo estaba en la cama esperándolo; encantada de que volviera a casa, a mí. Pero también temerosa. ¿Vendrá borracho? ¿Será amable? ¿Me convendría estar despierta o fingir que estaba dormida? Escuchaba sus pasos descifrándolo: qué tan lejos, cuánto había bebido de qué humor venía. (Doyle, 1996, p. 257).

Desde la perspectiva de Ravazola (1997) y teniendo como base los sistemas autoritarios, menciona que la persona abusadora desarrolla conductas de impunidad, “dueñez”, centralidad, control y autoridad.

PAULA: *-¿Estás bien?*

Su cara, sus ojos, me recorrían la cara, centímetro a centímetro. Mirando, examinando. Buscando marcas, buscando sangre. Estaba preocupado. Su cara estaba llena de preocupación y amor. Estaba asustado. Evitó mis ojos. Me volteó la cabeza y miró a lado y lado.

-Te caíste –dijo-. Yo no te...

Me caí. Me tumbó. Lo estoy viendo de nuevo. Veinte años después. Me negué a hacer algo que él quería, él estaba de mal humor, se me estaba subiendo los humos, él detestaba que estuviera preñada, había dejado de ser su pequeña Paula... y entonces tomó impulso y me dio un puñetazo. ¿Antes de darse cuenta? Tomó impulso. Apuntó a mi cara. Y lo soltó. Me pegó. Quería hacerme daño. Y lo hizo. Y mucho más que eso. (Doyle, 1996, p. 200).

La persona abusada, generalmente es una mujer o un niño, puede ser anciano o anciana. Las características de estas personas son sus creencias de incondicionalidad, amor, poder, disminución del propio valor y disminución del registro del malestar (Ravazola, 1997).

PAULA: *-Prepárate el maldito té tu mismo.*

Eso fue lo que dije. Eso fue lo que empezó todo, lo que acabó con todo. Me pregunto qué habría pasado si yo no hubiera dicho eso, qué habría pasado si hubiera ido a la cocina y hubiera puesto a calentar la tetera.

-Prepárate el maldito té tú mismo.

Yo y mi boca. Le habría preparado su té. Y de paso una taza para mí también.

Pero sólo me estoy engañando a mí misma. Lo sé. De todos modos habría sucedido. Ese puñetazo siempre se vio venir.

-Prepárate el maldito té tú mismo.

Pero a veces no puedo evitar pensar que quizás podría haberlo evitado, podría haber sido más astuta. Podría haber preparado ese maldito té.

-Prepárate el maldito té tú mismo.

Y ahora heme aquí. Preparándome el maldito té yo misma, comprando el maldito té yo misma. Llenándome de té la maldita boca. Una viuda de treinta y nueve años que bebe como un barril sin fondo. Un naufragio de mujer, con agujeros donde debería haber dientes y un hueco donde debería haber un corazón. Una ruina, un desastre, un fracaso. (Doyle, 1996, p. 209)

La persona testigo o el contexto incluye todas las personas que están en contacto directo como pueden ser los padres, abuelos, vecinos, maestra, y todos los profesionales de la salud que en algún momento intervienen para ayudar a que termine la violencia.

Las acciones

La persona abusadora, se siente víctima de algo que su mujer hace o no hacen, sus sensaciones están centradas en él, siente que debe tener control sobre los actos de los demás, supone que se encuentra en un nivel superior, siente que puede soltar lo que siente y que no tiene que contenerse. Además grita, amenaza, humilla, da órdenes, desprecia, descalifica, exige, no agradece, golpea, empuja, pisotea, jala los cabellos, se burla, provoca, seduce.

PAULA: *Pregúntenme. Pregúntenme. Pregúntenme.*

Nariz rota. Dientes flojos. Costillas partidas. Dedo roto. Ojos morados. No sé cuantas veces; en una ocasión ambos a la vez, uno ya descolorido, el otro recién puesto. Hombros, codos, rodillas, muñecas. Sutura en la boca. Sutura en la barbilla. Un tímpano reventado. Quemaduras. Cigarrillos en brazos y piernas. Me aporreaba, me pateaba, me empujaba, me quemaba. Me daba cabezazos; no lo podía creer. Me arrastraba por la casa de la ropa y del pelo. Me subía y me bajaba por las escaleras a patadas. Diecisiete años. Me dejaba por fuera de la casa y me encerraba en la casa. A veces pasaban meses y no sucedía nada, pero siempre se estaba rondando –la eterna posibilidad. (Doyle 1996, p. 216)

La persona abusada no se ve como central y protagónica de su propia vida, tienen baja autoestima, piensa que no tiene derecho a defenderse, justifica el castigo, cree que ella falló, siente vergüenza por lo que le pasa, desconoce sus recursos, sostiene y cuida del abusador, no ve su propio sufrimiento, cree en los efectos positivos del amor, cree que es mejor tolerar que defenderse.

PAULA: Pregúntenme pregúntenme pregúntenme. Nariz rota, dientes flojos, costillas partidas. Pregúntenme.

Nadie me veía. Estaba bien. Estaba estupendamente. Me caí por las escaleras, me estrellé contra una puerta. Me pegué con el tacón de su zapato. Me veía mayor para mi edad: ¿qué edad tenía, por cierto? Era mi pequeño secreto y todos me ayudaban a guardarlo. Mantenía los ojos gachos. Dejé de mirar las caras que esquivaban mi mirada. Hacía las compras a última hora. Me ponía gafas oscuras de plástico. Bebía. Evitaba los espejos. Corría las cortinas antes de que oscureciera para no verme reflejada en la ventana. Me apagué. Me olvidé. Me rendí. (Doyle, 1996, p. 230)

La interacción violenta

La violencia adopta dos formas distintas: La violencia agresión, que se encuentra entre personas que tienen una relación simétrica y la violencia castigo, donde la relación de dos personas es de tipo complementaria. Para Perrone y Nannini (1997) los actores construyen un marco relacional que es denominado consenso implícito rígido donde hay una especie de contrato u acuerdo, una trampa, que para mantener el equilibrio resulta necesario el acto violento.

El acuerdo comprende tres aspectos: el aspecto espacial; donde se tolera la violencia, los límites establecen el territorio individual o colectivo, íntimo o público, dentro, fuera, presencia o exclusión de terceros. El aspecto temporal, incluye los momentos en donde es muy probable que irrumpa la violencia y el aspecto temático que incluye acontecimientos, circunstancias o contenidos de comunicación que desencadenan el acto violento.

Los disparadores de la violencia

La puntuación de la secuencia se establece cuando el que agrede, se siente agredido, el comportamiento de uno justifica el del otro. Los movimientos, miradas, actitudes o palabras funcionan como detonantes, el que se encuentra en nivel superior descodifica el comportamiento del otro, supone que apunta a situarse a su nivel, para restablecer el equilibrio actúa con violencia.

El ciclo de la violencia

Leonore Walter en 1979, descubrió de la casa de refugio para mujeres maltratadas un patrón cíclico que se desarrollaba en tres fases:

La fase de tensión

La fase de agresión

La fase de conciliación o luna de miel.

1. **La fase de tensión:** caracterizada por una escalada gradual de tensión. El hombre violento expresa hostilidad, la mujer intenta calmar, complacer con la creencia de que ella puede controlar la agresión.
2. **Fase de agresión.** Donde estalla la violencia de forma física, psíquica y/o sexual.

PAULA: Perdió los estribos. Y me pegó. Perdió los estribos. Así de simple. Y me pegó. Me lanzó volando por la cocina. Choqué contra el fregadero y caí al suelo. No sentí nada, únicamente la sorpresa. Y la cabeza que me daba vueltas. Durante un rato no supe nada, dónde estaba, con quién estaba, cómo había ido a parar al suelo. Después vi sus pies, luego sus piernas formando un triángulo con el piso. Parecía estar muy arriba, muy lejos de mí. A kilómetros de distancia. Tuve que arquearme para verlo. Después descendió hasta donde yo estaba. (Doyle, 1996, p. 239).

3. **Fase de conciliación o luna de miel.** El hombre pide perdón, hace promesas, hace regalos, se muestra tierno y amoroso (Blanco, 2004)

El ciclo de la formación de la violencia

- i. Dependencia mutua. Una relación de pareja donde ambos sienten una fuerte necesidad del otro, el vínculo con dosis de alta intensidad emocional en los que ambos hacen votos de devoción.
- ii. Acontecimiento disruptor. La mujer hace algo que para el otro es indeseable y que está fuera del contrato, el hombre se siente abandonado y rechazado y se abre el preámbulo para que se presente la violencia, los sentimientos de rechazo se transforma en explosiones de rabia.
- iii. Intercambios de coacciones. El abusador hace varios intentos de detener la situación utilizando las amenazas, la pareja responde con sumisión o respondiendo a las amenazas.
- iv. Último recurso. El abusador considera que la situación es insostenible.

- v. Furia primitiva. Inicia el ataque, contra los objetos, contra la mujer, contra los hijos, hasta conseguir el sometimiento, la conciencia es invadida por la furia.
- vi. Refuerzo de la agresión. La persona atacada, cesa su comportamiento como sobre vivencia al ataque. Con la detención de la conducta la mujer envía el mensaje que la violencia funciona; también puede recompensar al abusador apalancándolo con gestos palabras que indican sumisión o culpándose de lo sucedido.
- vii. Instigación del miedo. El miedo es el ingrediente activo de la relación y el que incrementa la ansiedad de la relación.
- viii. Fase de arrepentimiento. Ambos miembros de la pareja están trastornados, la víctima puede necesitar ayuda médica, el abusador no puede ver el daño que causó, y pide perdón creyendo que no volverá a suceder. La mujer cree en sus palabras de arrepentimiento; pero la sumisión de la fase anterior ya reforzó negativamente la aparición de nuevos episodios violentos.

De aquí se derivan tres presupuestos:

- i. La violencia es algo que se construye entre los actores de la situación, por lo que hace uno y otro. Se inicia con una escalada verbal y continua la física. Cabe aclarar que el nivel de responsabilidad es mayor para el agresor.
- ii. La violencia se construye siguiendo un patrón circular que se alimenta a sí mismo.
- iii. Para finalizar la violencia se requiere que los dos actores hagan algo diferente (Naranjo, 2000).

Para terminar...

No es suficiente explicar la violencia familiar con una o varias teorías si no hay una mirada de comprensión. Todos nosotros estaremos atendiendo a una Paula Spencer en nuestro consultorio, con sus variantes, pero con el mismo efecto para todos los miembros de la familia. El proceso terapéutico en estos casos exige un proceso personal que lleva tiempo. A veces los profesionales esperan que la mujer tome decisiones que terminen con la violencia. Debemos recordar también que hay variables que refuerzan simultáneamente a que las mujeres se queden en una relación violenta.

Ruiz (2004) menciona que el trabajo con violencia requiere de tomar conciencia a nivel personal y profesional de cómo asumimos los estereotipos y prejuicios sexistas, valores, actitudes y educación que hemos interiorizado, nuestro comportamiento y nuestra identidad de género.

Tener conciencia de género es haber reflexionado lo que es ser mujer, ser hombre, valores, creencias, ideas, comportamiento, identidad, roles en el ámbito doméstico, en el público.

También ser conscientes de las diferencias y desigualdades.

Reflexionar sobre la violencia que nosotros hemos vivido, como nos ha afectado, y trabajar nuestra vulnerabilidad a la violencia.

A un nivel profesional ser consciente del sesgo sexista en la ciencia, la psicología, la medicina y el sistema judicial. Cuestionar la supuesta neutralidad, cuidar el lenguaje y la

mirada, no psicologizar, ni patologizar. Cuidar los objetivos que nos planteamos: estimular la autonomía, la independencia, el desarrollo personal.

El terapeuta debe dedicar tiempo para el autocuidado y alivio de tensiones que genera la violencia.

Debe ver y no ignorar.

PAULA: El médico nunca me miraba. Examinaba partes de mí, pero nunca me miraba a los ojos. Nunca me miraba mientras me hablaba. Nunca me vio. La bebida, se decía a sí mismo. Yo veía como se le crispaba la nariz aspirando el olor, decidiendo. Ninguno de los médicos me miraba.

Yo no existía. Era un fantasma. Caminaba en el vacío. La gente miraba para otro lado; yo no estaba ahí. Examinaban los moretones una fracción de segundo y después los ojos se alejaban, sobre mis hombros y a otra cosa. No había nada que mirar. Nadie miraba; los ojos estaban ocupados mirando otras cosas. Podía caminar por la calle, sentarme en la iglesia y oír misa, podía comulgar. Podía abrir la puerta, tomar el tren, ir de compras y nadie me veía. Podía pararme junto a la caja registradora, vaciar el carrito, pagar lo que había comprado, recoger el cambio y los cupones. Podía adelantarme a otras personas o dejar que pasaran a mi lado. Podía decir por favor y gracias, podía sonreír y despedirme. Podía andar entre la multitud. Podía ver a todas esas personas pero ella no me veía a mí. Podían ver la mano que entregaba el dinero. Podían ver la mano que abría la puerta. Podían ver el pie que se probaba el zapato. Podían ver la boca que profería las palabras. Podían ver el pelo que cortaban. Pero a mí no me veían. La mujer que no estaba allí. La mujer a la que no le pasaba nada. La mujer que estaba bien. La mujer que se estrellaba contra las puertas. (Doyle, 1996, p.228).

Bibliografía

Doyle, R. (1996) La mujer que se estrellaba contra las puertas. Bogotá.: Norma.

Navarro, P. (2000) Parejas en situaciones especiales. Barcelona.: Paidós.

Perrone, R. Nannini, M. (1997) Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional. Buenos Aires.: Paidós.

Ravazzola, M (2003) Historias infames: los maltratos en las relaciones. Buenos Aires.: Paidós.

Ruiz C y Quemada, J. (2004) La violencia contra las mujeres: prevención y detención. Madrid.: Díaz de Santos.