



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

**LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA COMO
ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN
PSICOTERAPEUTICA ANTE EL MALTRATO FAMILIAR**

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

AURORA ALVARADO VÁZQUEZ

**DIRECTORA: MTRA. PIEDAD DORA ALADRO LUBEL
REVISORA: DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
COMITÉ TUTORIAL: DRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi *alma mater* desde que inicie mis estudios de bachillerato, a quien le debo mi formación académica, gracias por afianzar mi espíritu, gracias por ser mi gran casa.

Al Programa de Maestría y Doctorado en Psicología y a la Facultad de Psicología, por ofrecer una formación de excelencia.

AL Programa de Becas del CONACYT, que me brindó el apoyo económico para realizar mis estudios de maestría.

A mi tutora Mtra. Piedad Aladro porque semestre a semestre estuvo orientándome y para la realización de este reporte me dio su apoyo incondicional.

A mi revisora Dra. Noemí Díaz Marroquín, por todas sus enseñanzas, tanto académicas como personales, sé que soy otra mujer después de haberme formado contigo, gracias.

Al comité tutorial: Dra. María Rosario Espinosa Salcido, Dra. Dolores Mercado Corona, Mtra. Jacqueline Fortes Besprosvany, por su atención en mi formación como terapeuta familiar, y por compartir sus conocimientos y experiencia.

A todos los docentes de la residencia en terapia familiar, porque fueron una fuente de aprendizaje constante, siempre me sentí cobijada por su experiencia, su apoyo y comprensión.

A las tres sedes de la residencia, el Centro Comunitario Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro, el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, porque me permitieron entrar en contacto con los pacientes y hacer prácticamente posible esta formación. Gracias a las autoridades de estas instituciones.

A la Lic. Cristina González Chirino por todas las facilidades prestadas para la elaboración de este reporte.

DEDICATORIAS

A Felipe porque con amor y paciencia me has acompañado en esta travesía de formar una familia. Ojalá que pronto podamos cantar juntos, sin temor a despertar y que aseguremos “un mundo de chocolatin... y bicicletas de cristal” cuando el niño despierte.

A mis padres por su gran cariño y apoyo incondicional, porque hicieron todos los esfuerzos para darme una noción de familia nutricia y me han enseñado que “cambia todo cambia” pero el amor permanece por siempre. Miki y Petul los amo.

A mis hermanas Ale y Arte, compañeras de la vida, mujeres sabias que no se doblan ante nada, que son como el bambú.

A mis sobrinos: Neftali y Jai, gracias pequeñines por su fuerza, vitalidad, creatividad y curiosidad ante la vida. Porque sus preguntas y comentarios han sido “piedritas en la ventana” que me dejan una sonrisa, una reflexión y una ráfaga de esperanza.

Al hermoso Cardumen, compañeros de la residencia de terapia familiar Auris, Alicia, Claudia, Xol, Marla, Ana, Liz, Mauricio y Tonatiuh, fue toda una experiencia compartir dos años de la vida con ustedes, siempre están conmigo cuando necesito un equipo terapéutico.

A mis familias de origen Alvarado Delgado, Vázquez Martínez, Guerrero Martínez y Mateos Martínez, durante la residencia fue muy grato plasmarlos a todos en un familiograma y reconocer algo de mí en cada uno de ellos.

A mi nueva familia Flores Rivera por su calidez y aceptación.

A Noemí Díaz Marroquín porque confiaste en mí en todo momento, aún lo recuerdo, desde el principio del proceso y hasta el final, tu actitud y palabras fueron palancas de cambio en momentos clave.

A Sesangari Noriega Olivo, mi primer supervisora sistémica y quien sembró la semilla que ahora da fruto, gracias por tus enseñanzas tanto en APSIDE como en el DIF

A las familias que se aventuran a dejar lo conocido, para cambiar por algo que no conocen pero que saben podrá ser mejor

A todas las personas que de alguna manera me acompañaron en éste viaje y que sus palabras fueron agua fresca en momentos difíciles.

A Él que nunca me ha abandonado y que siempre me toma de la mano como padre tierno y protector, gracias.

RESÚMEN

Este reporte es una recopilación de las principales actividades realizadas durante el curso de la maestría en psicología, con residencia en terapia familiar. Se condensa el proceso de formación que me permitió adquirir las competencias teórico-metodológicas y habilidades necesarias para ejercer de manera profesional la labor clínica.

Consta de una revisión de las principales características del campo psicosocial de las familias en México y la incidencia de la terapia familiar en este contexto, considera que la familia es una entidad social en la que los individuos enfrentan una serie de tareas que cambian de acuerdo a los patrones culturales y a su vez ella interactúa cambiando esos mismos patrones.

Se observó el incremento drástico de otros problemas que impactan en las relaciones familiares, problemas asociados a la delincuencia, a lo social y económico, y al abuso del poder como la violencia de género y la discriminación.

Se consideró el marco teórico epistemológico basado en la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, la Teoría de la Comunicación Humana, y el Constructivismo y Construccinismo Social. Se presentaron los principios teórico-metodológicos de los seis principales modelos terapéuticos del enfoque familiar sistémico y posmoderno.

Se hizo un análisis de dos casos clínicos atendidos en terapia, en los que la violencia y el maltrato infantil se hicieron presentes. Así mismo, una exposición de las investigaciones, cualitativas y cuantitativas, y de la intervención comunitaria, que versan en el tema de enfermedad y funcionamiento familiar. También se hace referencia a dos productos tecnológicos realizados: un taller de inducción a la residencia en terapia familiar y un manual de calificación y aplicación de la escala de funcionamiento familiar.

Finalmente se indican las actividades de difusión en foros académicos que se realizaron. Y la reflexión sobre los compromisos éticos y sociales adquiridos, así como su impacto en la persona del terapeuta.

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	Pág.
1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo de Terapia Familiar.	
1.1. Características del campo psicosocial.....	1
1.2. Principales problemas que presentan las familias.....	7
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.....	8
2. Caracterización de los Escenarios donde se realiza el trabajo clínico.	
2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD)	
2.1.1. Descripción del CSPGD.....	11
2.1.2. Análisis sistémico del CSPGD.....	12
2.1.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en el CSPGD.....	13
2.2. Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”	
2.2.1. Descripción del Centro Comunitario.....	15
2.2.2. Análisis sistémico del Centro Comunitario.....	16
2.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Centro Comunitario.....	17
2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	
2.3.1. Descripción del Hospital Psiquiátrico Infantil.....	19
2.3.2. Análisis sistémico del Hospital Psiquiátrico Infantil.....	20
2.3.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Hospital Psiquiátrico Infantil	23
II. MARCO TEÓRICO	
1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo.	
1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	
1.1.1. Teoría General de Sistemas.....	25
1.1.2. La Cibernética.....	27
1.1.3. Teoría de la Comunicación Humana.....	29
1.1.4. Constructivismo y Construccinismo Social.....	31
1.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	
1.2.1. Modelo Estructural.....	34
1.2.2. Modelo Estratégico.....	41
1.2.3. Terapia Breve Enfocada a Problemas.....	47
1.2.4. Terapia Breve Enfocada a Soluciones.....	57
1.2.5. Modelo de Milán.....	64
1.2.6. Modelos Posmodernos.....	75

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.

1.1. Integración de expedientes, dos casos de familias atendidas.....	85
1.1.1 Caso uno. Familia G.A.....	85
1.1.2. Caso dos. Familia R.O.....	105
1.2. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas para ser incluidas en el reporte	
1.2.1. Caso Uno. Familia G.A.....	121
1.2.2. Caso Dos. Familia R. O.....	129
1.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.....	136

2. Habilidades de Investigación.

2.1. Reporte de la Investigación realizada usando Metodología Cualitativa: El Funcionamiento Familiar en Familias Desplazadas con Niño con Enfermedad Crónico-Degenerativa.....	140
2.2. Reporte de la Investigación realizada usando Metodología Cuantitativa: Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad.....	148

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención

3.1. Presentación de dos productos tecnológicos.	
3.1.1. Manual de la Escala de Funcionamiento Familiar.....	153
3.1.2. Curso de Inducción a la Residencia de Terapia Familiar	153
3.2. Programa de intervención comunitaria	
3.2.1. Taller: “Familia Ante La Enfermedad Crónica”	155
3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado.....	156

4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional.

4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.....	157
--	-----

IV. CONSIDERACIONES FINALES.

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	165
2. Incidencia en el campo psicosocial.....	169
3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	171
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	172

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	175
---------------------------------	-----

ANEXO I Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad.....	183
--	-----

ANEXO II Carta Descriptiva del Curso de Inducción a la Residencia en Terapia Familiar.....	186
--	-----

ANEXO III Carta Descriptiva del Taller de Familia ante la Enfermedad Crónica.....	188
---	-----

I. Antecedentes y contexto de la terapia familiar

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

Para analizar el contexto de la terapia familiar, es necesario primero definir a la familia como una entidad social en la que los individuos enfrentan una serie de tareas las cuales cambian de acuerdo a los patrones culturales, pero que independientemente de estos patrones, las familias tienen aspectos compartidos universalmente (Minuchin, 1979). A su vez la familia reproduce pautas culturales de un lugar determinado y en ese sentido es importante considerar que la familia se ha transformado a lo largo de la historia tanto en su estructura como en sus funciones (Fuentes, Leñero, López, Morales, Salles, Huirán, Moreno, Boltninik, Incháustegui, 1996; Gracia y Musitu, 2000).

Para algunos autores como Ackerman, (1978 en Mendoza, 2006) la familia es una entidad biopsicosocial en la que se observan pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, conflictos y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, dominación de género, de generaciones y relaciones de poder, todo esto para asegurar la supervivencia y socialización de sus miembros. A su vez la familia está inmersa en una serie de sistemas que el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987) ha estudiado, dicho modelo nos permite tener una visión sistémica del contexto social en el que se desarrollan las familias y que junto con el modelo biopsicosocial de la salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros, y Herrera, 2004) nos da un marco conceptual para analizar el campo psicosocial en el que la terapia familiar incide.

1.1. Características del campo psicosocial

De manera específica la familia mexicana, se ha visto como una unidad relativamente sólida, dependiente de la estructura social global, de la que recibe sus características propias, así como sus diversos valores; de modo que la modificación y la variedad macroestructural por lo general determina el tipo y el cambio de la vida familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001). Atendiendo a esta interrelación de familia y estructura global, o en conceptos de Bronfenbrenner la interrelación entre Macrosistema, Exosistema, Mesosistema y Microsistema, resulta importante hacer un análisis de las características del campo psicosocial en el que las familias mexicanas se desarrollan ya que se influyen mutuamente.

El Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1987) propone que para entender la realidad en la que se desarrollan las personas debemos de tomar en cuenta que ellas interactúan con cuatro sistemas. El primero o el más inmediato, es un microsistema donde se generan las relaciones más próximas e íntimas que una persona tiene con el entorno, éste proporciona un patrón de actividades, roles y

relaciones interpersonales que la persona experimenta, un ejemplo claro de este tipo de sistema sería el de la familia.

El siguiente sistema en orden ascendente es el Mesosistema, para el autor es en este sistema donde se dan interacciones entre dos o más sistemas que tienen estrecha influencia en la persona. Un ejemplo de este nivel de sistema lo constituye la relación entre familia y escuela; familia y servicio médico, entre otros.

El Exosistema es el tercer sistema, aquí se ubican todas las influencias de agentes externos que tiene la persona, que aunque no estén en directo contacto con ella, tienen impacto sobre la misma. Un ejemplo de ellos son los sistemas de trabajo o la comunidad en donde se habita, ya que aquí interactúan más de dos sistemas.

El último de los sistemas que describe Bronfenbrenner (1987) es el Macrosistema, en este nivel se incluyen las creencias de una cultura, las leyes que regulan una sociedad, los mitos y los valores que se aprecian en un determinado grupo social. En él, también residen los mensajes que se transmiten en los medios de comunicación social, los clichés, los estereotipos y lo que es valorado como deseable en las familias.

De acuerdo a Bishop (1994, citado en León, *et al* 2004) el estudio de la interdependencia entre los factores físicos, psíquicos y sociales llamado modelo biopsicosocial, permite dar explicaciones sistémicas a los problemas de salud, para León y colaboradores (2004) esta visión permite pasar de un modelo patogénico a un modelo salutogénico para la atención de la salud, ya que introduce conceptos, basados en la Teoría de Sistemas, como la autorregulación que define a las personas en su papel activo, y por otro lado indica que la salud es un problema social y político, de modo que existen factores psicosociales que pueden presentarse como protectores o de riesgo para la homeostasis de los sistemas sociales, comunitarios, familiares o individuales. Un ejemplo de esta interrelación es el impacto que tiene en la familia las problemáticas psicosociales y la respuesta que en materia de políticas públicas se adoptan para aminorar los riesgos.

Varios estudios en México de carácter social y demográfico (Fuentes *et al*, 1996), constatan que en el transcurso de las últimas décadas han ocurrido profundas transformaciones en los hogares y las familias mexicanas, entre las cuales destacan: el incremento de hogares ampliados y compuestos frente a los nucleares; la reducción del número de hijos por familia; el aumento de hogares formados por la pareja sin hijos; la creciente proporción de los hogares encabezados por mujeres; el incremento de familias monoparentales; el mayor número de familias reconstituidas y, la mayor proporción de hogares formados por personas que viven solas (López, 2001). Por otro lado, el aumento en el nivel educativo de las mujeres y su creciente incorporación en la actividad económica ha influido en la transformación de la vida familiar (Oliveira, 1996; Oliveira, 1999 citado en López, 2001).

Actualmente se han incrementado de manera drástica otros problemas que impactan en las relaciones familiares como son 1) problemas asociados a la delincuencia: el narcotráfico, la inseguridad, la delincuencia organizada, el secuestro, la trata de personas; 2) problemas sociales y económicos: pobreza, desempleo, migración, falta de oportunidades educativas; y 3) problemas asociados al abuso del poder: la violencia de género, los feminicidios, la discriminación por razones de género, creencias o preferencias sexuales, entre otros.

Un ejemplo de problemas asociados a la delincuencia

En los últimos años la delincuencia en México ha tenido su mayor incremento de la historia. Por ejemplo el secuestro tuvo un incremento del 300% entre 2001 y 2011. Según cifras del Consejo para la Ley y los Derechos Humanos, A.C. (2013). Durante el 2007 se registraron 731 secuestros, la diferencia con los datos de 2009 es enorme ya que durante ese año se registraron 11,680 casos, es decir, un promedio de 32 casos cada 24 horas. Con los datos de 2011 se calcula que se cometen 45 secuestros al día, hay que tomar en cuenta que la mayoría de los casos no se denuncian, por ejemplo en el 2008 de cada 10 secuestros, 6 no eran denunciados por falta de confianza en las autoridades, de los 4 restantes, dos eran negociados por la policía en forma extraoficial, es decir, la autoridad sólo recibe la denuncia formal de 2 casos por cada 10. Lo anterior nos coloca ante un panorama de impunidad del 90 %.

Por otro lado el delito de secuestro ha cambiado sus modalidades, los expertos consideran que es debido a la infiltración del narcotráfico lo que ha hecho que aparte del secuestro tradicional, se configure el narco-secuestro, el secuestro exprés y el secuestro virtual. Otro cambio ha sido en el tipo de víctimas, en el 2011 la tendencia de mayor afectación fue a clases sociales de menor escala: comerciantes de clase media, agricultores, profesionistas y empleados de mandos medio de empresas privadas. Este nuevo fenómeno ha crecido acompañado de la incidencia de delitos paralelos, realizados por bandas que han aprovechado el estado de narcopsicosis. Otra afectación de estas bandas es que reclutan jóvenes hay que tomar en cuenta que la situación social es muy permisible para ello ya que según el INEGI a principios del 2012, el 28 % de los jóvenes no estudiaba ni trabajaba (Foro de Seguridad, 2013). Además de las implicaciones sociales el secuestro deja grandes secuelas emocionales en las víctimas directas y en sus familias, las cuales tienen que seguir un proceso complejo para retomar su equilibrio familiar (Escobar, 2006).

Un ejemplo de problemas asociados al abuso de poder

Un ejemplo destacado de este tipo de problemas es el relacionado con la violencia y el maltrato que se vive en las familias. La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH, 2011) revela que del total de mujeres de 15 años y más, 46.1% sufrieron algún incidente de violencia de pareja a lo largo de su actual o última relación conyugal (Tabla 1). El 42.4% de las mujeres de 15 años y más, declaró haber recibido agresiones emocionales en algún momento de su actual o última relación que afectan su salud mental y psicológica (Tabla 1). Las mujeres que reportaron haber vivido violencia física refirieron que esta

les generó daños temporales o permanentes. También informaron que para tener relaciones sexuales sufrieron algún tipo de intimidación o dominación.

Mujeres de 15 años o más que recibieron violencia		
MODALIDAD/TIPO	% DE LA MUESTRA	
MODALIDAD: Violencia familiar (en algún momento de su actual o última relación de pareja)	46.1 %	
TIPO	Violencia Emocional	42.4 %
	Violencia Económica	24.5 %
	Violencia Física	13.5 %
	Violencia Sexual	7.3 %
MODALIDAD: Violencia Laboral	20.6%	

Tabla 1. Frecuencia de violencia familiar y laboral recibida por mujeres de 15 años o más. Datos de la ENDIREH 2011

En un acercamiento a las raíces culturales de la violencia, la Encuesta indagó sobre el acuerdo o desacuerdo de las mujeres, frente a ciertos “roles socialmente esperados”: Se encontró que entre las mujeres de 15 años y más, que en el último año han sufrido violencia por parte de su pareja: 29.0% dijo estar de acuerdo en que “si hay golpes o maltrato en casa es un asunto de familia y ahí debe quedar”, 16.8% también estuvo de acuerdo en que “una esposa debe obedecer a su esposo o pareja en todo lo que él ordene”; 14.7% igualmente expresó acuerdo con “es obligación de la mujer tener relaciones sexuales con su esposo o pareja”.

Por otro lado otro sector altamente afectado por la violencia y el maltrato en la familia es la población infantil y adolescente. Como se puede observar en la tabla 2 entre el año 2001 y octubre de 2006 se recibieron 7796 reportes de maltrato infantil en el Programa de Atención al Maltrato Infantil del DIF-DF, de los cuales se comprobó que 5313 niñas y niños recibían algún tipo de maltrato. Los niños fueron los más maltratados 2835 contra 2478 niñas. La mayor parte de las niñas y niños maltratados cursaban la primaria, el mayor tipo de maltrato recibido fue el descuido, seguido del emocional y del físico. Los agresores fueron la madre principalmente, seguido de ambos padres (DIF-DF, 2008).

Otro dato interesante es que entre 2005 y octubre de 2006 en la Fiscalía Central de Investigación para Menores de la PGJDF se comprobó que 971 niños y niñas recibieron maltratos y lesiones, por parte de sus padres; en cuanto a abusos sexuales a niños y niñas se iniciaron 1868 averiguaciones previas en el Distrito Federal en el año 2005 (DIF-DF, 2008).

Principales Características de los Casos de Maltrato Infantil en el DIF-DF						
Reportes	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Recibidos	1360	1343	1372	1326	1239	1156
Agredidos	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Total de niños	596	493	442	531	394	379
Total de niñas	491	353	365	548	406	315
Total	1087	846	807	1079	800	694
Escolaridad	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Lactantes	214	182	147	274	152	142
Jardín de niños	125	101	113	137	105	92
Primaria	522	375	373	479	364	369
Secundaria	80	67	84	85	82	45
Preparatoria	8	9	14	12	12	5
Sin escolaridad	138	58	76	92	85	37
Tipo de violencia	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Físico	547	347	425	608	322	315
Emocional	558	501	483	406	437	456
Descuido	601	423	385	921	425	284
Abandono parcial	64	9	35	0	17	22
Abuso sexual	2	0	1	0	0	0
Explotación laboral	2	0	0	0	0	0
Negligencia	0	0	9	0	0	6
Agresor	2001	2002	2003	2004	2005	2006*
Madre	317	213	261	415	215	216
Padre	53	66	84	139	91	75
Padrastro	21	14	8	21	14	5
Madrastra	10	7	8	6	5	1
Hermanos	9	6	2	0	6	2
Tíos	11	5	4	6	2	2
Abuelos	14	12	12	11	11	7
Ambos Padres	113	73	74	0	45	0
Custodios	2	0	0	0	2	0
Otros	0	0	0	8	0	0
Primo	2	0	0	2	0	0

Tabla 2. Datos generados con las estadísticas del Programa de Atención al Maltrato Infantil *Enero- Octubre de 2006

Destacan también los resultados de la Encuesta Infantil y Juvenil realizada en 2012 por el Instituto Federal Electoral (2012) en la que participaron 2 256 532 niñas, niños y jóvenes entre 6 y 15 años de edad. El 18.8% de niñas y niños de 6 años reportaron ser maltratados por sus familias, en el rango de 7 años el 14.6% dijeron recibir maltrato. Destacó el dato de que el 12.9% de niñas y niños de 7 años contestó de manera positiva a la pregunta de “En mi casa tocan mi cuerpo y me dicen que no lo cuente/ y me siento mal”.

Las niñas y niños se enfrentan a otro tipo de maltrato, el recibido por parte de los profesores de las escuelas. La Unidad de Atención al Maltrato Infantil y Abuso

Sexual Infantil de la Secretaría de Educación en el Distrito Federal (UAMASI) reportó que en el ciclo escolar 1999-2000 12 denuncias de maltrato por parte de los profesores, en el ciclo 2000-2001 recibieron 205; en 2001-2002 fueron 297; para 2002-2003 se incrementó a 330 y en el ciclo 2003 a 2004 el dato llegó a 482 casos denunciados por maltrato de los profesores (DIF-DF, 2008).

También en el ámbito escolar los niños se enfrentan a situaciones como el acoso escolar o bullying. En el 2011 en un estudio realizado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) indica que el 11% de los niños estudiantes de primaria del país han robado o amenazado a algún compañero, asimismo, señala que del total de los estudiantes de 6º grado de primaria el 40.24% declararon haber sufrido en su escuela robo, el 25.35% haber sido insultados o amenazados, fueron golpeados el 16.72%, o atravesado por algún episodio de violencia el 44.47%. Por otro lado, se ha encontrado en un estudio exploratorio realizado para el Distrito Federal que el 92% de los estudiantes del nivel primaria y secundaria reportó que han tenido acoso escolar y 77% reportó que ha sido víctimas, agresor o testigo de actos de violencia dentro de las escuelas. Se destaca que las características de los niños que viven bullying en alguno de los tres roles proviene de familias disfuncionales, donde hay acciones incongruentes de los padres, castigos físicos y/o emocionales exagerados o injustos, alcoholismo o drogadicción y violencia familiar (Gamboa y Valdés, 2012).

Frente a estas problemáticas en nuestro país se han adoptado políticas públicas (Ruiz, 2002) para proteger a la población, como por ejemplo la Ley general para prevenir y sancionar los delitos en materia de Secuestro; la Ley general de víctimas; la Ley general para prevenir, sancionar y erradicar los delitos en materia de trata de personas y para la protección y asistencia a las víctimas de estos delitos; la Ley para la protección de personas defensoras de derechos humanos y periodistas; la Ley de sociedad de convivencia para el Distrito Federal; la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia; la Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes; adicionalmente se han realizado reformas al Código Penal que decretan la despenalización de la práctica del aborto inducido a petición de la mujer hasta las doce semanas de embarazo; reformas que reconocen la unión civil entre personas del mismo sexo y permite que los matrimonios de personas del mismo sexo puedan adoptar niños.

Estas leyes y reformas tiene importancia para el terapeuta familiar en dos aspectos: 1) Reflejan un cambio social que co-influye y reconoce nuevas configuraciones de las familias y 2) Reconoce la importancia de la atención psicológica y terapéutica de los ciudadanos como una medida para la reparación del daño. Este último aspecto es importante que se considere por los terapeutas que trabajamos en instituciones públicas ya que esto ha incrementado la demanda de atención psicológica.

En este contexto hemos dado ejemplos de las características del microsistema (familia), características del Mesosistema (escuela), Exosistema (comunidad) y Macrosistema (ambiente social) así las familias en México se desarrollan y enfrentan estas variables psicosociales para continuar con su proceso de desarrollo.

1.2. Principales problemas que presentan las familias

Las familias mexicanas han tenido que modificar sus roles frente a los cambios de las políticas macroeconómicas que han aplicado los gobiernos para enfrentar las situaciones de crisis, asumiendo distintos costos económicos y sociales. Estas transformaciones se manifiestan en la estructura, en el ciclo de vida, en la composición de las familias, en el tipo de parentesco en los distintos tipos de hogares y permite apreciar el poder de la flexibilidad de estas familias para adaptarse y generar procesos reguladores (Moctezuma y Desatnik, 2001, en Montero, 2009).

Ahora pasaremos a contemplar las diferentes problemáticas que presentan las familias que les lleva a solicitar los servicios de un terapeuta. La Facultad de Estudios Superiores de Iztacala refiere en su sitio de internet (http://posgrado.iztacala.unam.mx/dip_mtriapsic_ressidenciaterapiafamiliar.php), que los motivos de consulta más frecuentes dentro de la residencia de terapia familiar son problemas familiares, bajo rendimiento escolar e indisciplina, agresión y rebeldía, depresión e intentos de suicidio, conflictos en la pareja y comunicación, problemas de violencia familiar y alcoholismo.

Durante el periodo que comprende el presente reporte (2007-1 a 2008-2) se atendieron familias e individuos que acudieron a las tres sedes en las que se realizó la residencia de terapia familiar. La mayor parte de las familias son de bajos recursos y acudían a los centros porque se prestan servicios terapéuticos a bajos costos. Los solicitantes acuden con una demanda particular, sin embargo existen problemáticas adicionales o asociadas que durante el curso del tratamiento van surgiendo.

Por ejemplo, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se atendió un total de 45 casos, el 49% de ellos acudieron por problemáticas de la relación de pareja. Un 18% estuvieron asociados a conflictos en las relaciones de padres e hijos, destacando la dificultad en el establecimiento de límites, control de conducta, estilos de crianza, comunicación y posible abuso de sustancias. El 13% acudió por problemas personales como depresión, relaciones interpersonales, control de emociones. El 11% de los consultantes acudió por procesos de duelo. La violencia aparece en un 9% de los casos.

En el centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” se atendieron 19 casos, de estos 6 se relacionaron con conflictos en la relación de pareja, equivalentes al 32% del total. Presentaron conflictos en la relación padres e hijos otros 6 casos. El 21%, es decir 4 casos acudieron por un problema personal de autoestima, depresión o dificultad para relacionarse. El 10% del total acudió porque vivían violencia familiar o de pareja. Finalmente se atendió un solo caso que acudió por un proceso de duelo.

En el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” se atendieron 40 casos. El 45% de las problemáticas se asocian a conflictos en la relación padres e hijos, específicamente en el establecimiento de límites, control de conductas, y definir un estilo de crianza. Un 35% acudieron porque uno de los miembros de la familia presentó un problema emocional o conductual TDAH, enuresis, intento de suicidio,

anorexia, bulimia, ansiedad, psicomotricidad, crisis de pánico, dificultad en la socialización, y adicciones. La violencia familiar se presentó en un 10% de los casos. Conflictos entre los hermanos un 8% y conflictos en la relación de pareja 2%.

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

En los apartados anteriores hemos visto un amplio panorama de los sistemas en los que se desenvuelve una familia, las problemáticas externas que no están bajo su control, como la violencia, el delito y la pobreza general, pero que aun así tienen su impacto en la vida familiar. Por otro lado revisamos que hay problemas que se generan en un ámbito más cercano como los abusos en el ejercicio del poder que puede darse tanto en terrenos laborales, de la comunidad o escolares y que estos van a ser experimentados con diferente magnitud de acuerdo a la historia familiar, el entorno social que pueda generar un riesgo o protección, y las redes de apoyo con las que cuente la familia. Por otro lado hemos visto las principales demandas de atención terapéutica que las familias presentaron durante el periodo comprendido entre 2007-1 a 2008-2 en las tres sedes de la residencia de terapia familiar, allí observamos que las familias acuden con una demanda principal, aunque presenten problemáticas adicionales.

Frente a este entramado de problemáticas, sociales y familiares, el terapeuta familiar tiene frente a sí una serie de demandas complejas, que exige la aplicación de conocimientos en torno a las problemáticas familiares, pero también en torno a sus contextos. No se puede analizar y atender a una familia sin considerar sus interrelaciones, ya que estas le van a dar diferentes significados y por tanto diferentes alternativas de solución. Es así que la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna se erige como una adecuada alternativa para la atención de las problemáticas familiares en el contexto actual.

En el caso de las familias el contexto de intercambio incluye su clase social, su etnicidad, la cultura, el escenario geográfico, y aún su tiempo en la historia universal, (Umbarger, 1983) de manera que en la terapia es importante analizar cuáles son los intercambios entre los subsistemas y sistemas: escuela, trabajo, iglesia y el mismo ambiente terapéutico.

El estudio de la familia, ha sido influido por los enfoques sistémicos; que enfatizan en no aislar los elementos, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Este paradigma confronta la concepción armónica y unidireccional, por lo que actualmente la investigación científica aplica muchas variables de categorías, interacción, transición, organización, entre otras (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

El enfoque sistémico concibe a la familia como una estructura organizativa antepuesta a la mediación y a la integración de las exigencias internas y externas al sistema. La misión de la organización familiar consiste en buscar el equilibrio: hacia el interior; entre las expectativas y deseos de sus miembros y hacia el exterior, en la mediación entre las exigencias de cada individuo o de todo el núcleo y de las

expresadas por la sociedad. La mediación y la búsqueda del equilibrio se basa en las capacidades protectoras y de transformación que el sistema puede poner en marcha para no sucumbir, considerando a la familia como un sistema abierto (Cusinato, 1992).

Esta concepción se basa en el siguiente postulado *“El pensamiento contextual y la organización sistémica es circular, esto es, la conducta de un miembro de la familia afecta o está relacionada con el número de miembros de la familia”* (Sánchez y Gutiérrez, 2000). El comportamiento está determinado por múltiples causas, su significado dependerá de esta multiplicidad de factores, que no necesariamente serán vistos como patológicos, pues existen formas infinitas de comportamientos pensamientos y familias. Para los sistemas no hay familias normales o patológicas, solo hay personas o familias con problemas.

Los modelos sistémicos inician su desarrollo gracias a las aportaciones de Ludwig Von Bertalanffy, quien en 1968 publicó su obra *Teoría General de los Sistemas*. Esta teoría incorpora conceptos de la cibernética, la comunicación y las matemáticas, planteando que no existen verdades absolutas y que la realidad está en función del sistema que se observa. Contraviene a las teorías monistas y unidireccionales de la vieja tradición científica argumentando que los fenómenos de cualquier clase son multicausales, dando especial importancia a las interrelaciones, considerando que los organismos vivos son sistemas abiertos en constante intercambio con su medio ambiente que están sujetos a reglas diferenciales para cada sistema, el cual lucha por su homeostasis (Bertalanffy, 1976).

Los principios básicos de la teoría de sistemas en el ámbito familiar, según Sánchez y Gutiérrez (2000) se centran en cinco puntos:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de reglas propias, donde la interacción se rige por la predicción y consistencia; el comportamiento de un individuo no se puede comprender de manera aislada.
- La estructura sistémica familiar está conformada por subsistemas, se habla de los subsistemas parentales, subsistema fraterno y subsistema de familia extensa, los cuales están delimitados por jerarquías que determinan sus obligaciones y responsabilidades.
- Los patrones que rigen el sistema familiar son circulares y no lineales, esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C, D, etc., teniéndose entonces que la patología se encuentra en la estructura familiar y no sólo en el paciente identificado.
- Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, sin embargo, rompen su equilibrio no sólo por entropía o destrucción, sino también por crecimiento o morfogénesis. Por tanto se rigen por principios dinámicos.

- El sistema familiar evoluciona gracias a la interacción con un mundo de estímulos y cambios continuos.

Esta forma de analizar las problemáticas de las personas dentro del contexto en el que se desarrollan en su interrelación con los sistemas, generó una nueva forma de atender los problemas de salud. Se dice que la terapia familiar surge como apoyo a diversas profesiones: psiquiatría, psicología, pedagogía y sexología. Se independizó y volvió una disciplina con fundamentos teóricos en 1930 (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Para Donald Bloch (en Andolfi, 1985) la psicoterapia familiar es una ciencia clínica que busca comprobar que sus teorías generan acciones que llevan a cambios deseables y en el terreno práctico es la *“reunión de una familia para estudiar y modificar el dolor o el mal funcionamiento de uno de los miembros”*, donde el terapeuta asume una postura en la que considera que el mejor camino para resolver los problemas es viendo a toda la familia y sus interrelaciones.

La terapia en México entre los años 1950 y 1970 estaba dominada por las corrientes psicoanalíticas. Es a mediados de los 60's que incursionan los primeros terapeutas familiares en México (Eguiluz, 2004). En 1963 el doctor Raymundo Macías llega al país después de formarse con Epstein, junto con Roberto Dervez y Lauro Estrada fundan el primer postgrado para terapeutas familiares, con sede en la Universidad Iberoamericana. En 1972, Macías funda el Instituto de la Familia, A.C. (IFAC) (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Durante el primer periodo de la terapia familiar en México 1980-1990, se consolidan o surgen instituciones como el IFAC que fortalece su visión sistémica. Mario Barragán abre el Instituto Mexicano de la Familia, el cual posteriormente cambia a Instituto Mexicano de la Pareja. En 1984 se crea el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) con Ignacio Maldonado. El Instituto Personas, con Anatolio Freidberg, José Lincheint y Dolores Villa, en 1984 adopta modelos sistémicos. María Luisa Velasco crea en 1987 el Instituto Cencalli. El Instituto Mexicano de Terapias Breves (IMTB) con la doctora María Blanca Moctezuma en 1986. La Universidad Nacional Autónoma de México inicia en 1989 el primer diplomado de terapia familiar. Se funda la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) en 1981 y en 1988 comienza a publicarse la revista *Psicoterapia y Familia*, de la AMTF.

En el segundo periodo que comprende la década de 1990, tuvo lugar el evento de mayor relevancia y consolidación de la terapia familiar ya que se realizó el VII Congreso Mundial de Terapia Familiar, que permitió un intercambio muy enriquecedor con investigadores y terapeutas internacionales. En esta década también se funda el Centro de Investigaciones Psicosociales, Crisol, que ofrece estudios en terapia familiar. El grupo Polanco o Campos Elíseos es fundado por Margarita Terragona, Sylvia London y Elena Fernández con la terapia como proceso colaborativo. El Centro para Desarrollar la Investigación en Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI) se funda en 1997 y desde 1998 es representante de Mental Research Institute (MRI). El Instituto de Psicoterapia Alinde se crea en 1999.

Finalmente el periodo comprendido entre el año 2000 a la fecha se caracteriza por la creación de la Maestría profesionalizante con residencia en terapia familiar de la UNAM.

Durante estos tres periodos se han formado cientos de terapeutas familiares en todos los institutos mencionados, quienes han dado respuestas sistémicas a los problemas de las familias. Además estos institutos por lo general cuentan con clínicas de atención para toda la población, dentro de sus cursos formativos han implementado nuevos tópicos que responden a las problemáticas actuales de las familias y a la transformación de las mismas.

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

A continuación se describen los escenarios en los que se realizó el trabajo clínico para la formación como terapeuta durante la sexta generación de la Residencia de Terapia Familiar. Comprendieron dos Centros de Servicios Psicológicos adscritos a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y Sector Social (CCSCUSS) de la Facultad de Psicología de la UNAM y una Unidad Médica integrada a los Servicios de Atención Psiquiátrica de la Secretaría de Salud.

2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD)

2.1.1 Descripción del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” (CSPGD)

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila (CSPGD) pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM. Fue inaugurado el 8 de mayo de 1982, su objetivo principal fue erigirse como sede para el entrenamiento práctico de estudiantes de maestría y doctorado.

En sus inicios el centro estaba vinculado con el Departamento de Psicología Clínica de la división de estudios de postgrado (Figuroa, 2006). El CSPGD ha tenido varios coordinadores, la primera de ellas fue la Lic. Josette Benavides, le siguieron la Dra. Marcia Morales, la Lic. Graziella Zierold, el Dr. Héctor Ayala, el Dr. Benjamín Rodríguez, la Lic. Leticia Echeverría, la Lic. Ma. de la Luz Fernández, la Lic. Noemí Barragán (Mendoza, 2006), y durante el periodo que comprende el presente reporte fue coordinado por la Lic. Rebeca Sánchez Monroy (Duarte, 2007). Actualmente está adscrito a la CCSCUSS.

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

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

Sus objetivos desde 1981 son: a) ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de postgrado, b) proporcionar al estudiante una enseñanza práctica con supervisión directa, c) ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación y d) ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social (Sánchez, 2007).

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

Para el 2008 la visión del Centro era ser en México la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutoria al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados a favor de la formación integral humanista, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel Nacional (Sánchez, 2007).

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

2.1.2. Análisis sistémico del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Dentro del Centro se genera un proceso de trabajo que involucra a varias personas y grupos. Tiene personal tanto administrativo como voluntario; asimismo, colaboran docentes y estudiantes bajo programas de supervisión, formación en la práctica (estudiantes de licenciatura) y algunos proyectos de investigación (Figura 1 y Figura 3).

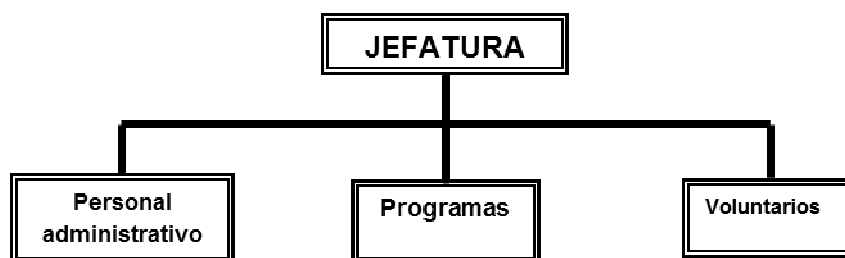


Figura 1: Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos

La jefatura se encarga del funcionamiento general del centro, tomando en cuenta las diversas canalizaciones, ya sean internas o externas y atención personalizada cuando se requiere. El personal administrativo se encarga de atender a los solicitantes del servicio por primera vez, preconsulta y citas subsecuentes (Figura 3).

Los practicantes y docentes apoyan en el proceso de preconsulta; junto con la directora seleccionan los casos para canalizarlos a alguna residencia. Asimismo, están a cargo de que los pagos y las reglas del centro se cumplan por los pacientes, y de llevar un expediente clínico para cada caso.

El proceso de atención a pacientes inicia en la recepción cuando llegan a pedir informes, se les indica los días y los horarios en que se pueden presentar a solicitar una preconsulta.

Para la preconsulta el paciente tiene que llenar una solicitud (10 min.) posteriormente pasar a una Entrevista Focal Abreviada de 30 minutos. El entrevistador llena una ficha de preconsulta, con los datos generales y las impresiones diagnósticas. El paciente paga una cuota de recuperación. Posteriormente el terapeuta registra en un formato la impresión diagnóstica y se envían los formatos a la recepción diaria de solicitudes, donde posteriormente se capturan en una base de datos. Después se hace la canalización correspondiente del caso, la cual puede ser interna, a algún terapeuta del centro, o externa, a otra institución. Para poder hacer una canalización interna se requiere tomar en cuenta el perfil requerido por cada programa o proyecto, la edad del paciente, el sexo, los motivos de la consulta, la impresión diagnóstica y la evaluación (Figura 2)

2.1.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

El trabajo realizado consistió, en hacer entrevistas de preconsulta, en las cuales se desarrollaron las habilidades para identificar de manera más ágil los candidatos a terapia familiar.

El trabajo principal fue el tratamiento y de manera secundaria algunos de los residentes participaron en las actividades de prevención para la comunidad,

mediante la implementación de los talleres elaborados en la materia de Intervención Comunitaria.

La formación como terapeuta familiar dentro de esta residencia consta de una supervisión en vivo para cada modelo de terapia familiar sistémica, por lo que dentro del Centro de Servicios Psicológicos se proporcionó atención clínica para tratamiento familiar, de pareja e individual. La forma de trabajo se organizó de tal forma que una pareja de coterapeutas o un terapeuta a cargo atendía a la familia, pareja o individuo, de manera directa, estando acompañado siempre por un equipo terapéutico y un supervisor detrás del espejo.

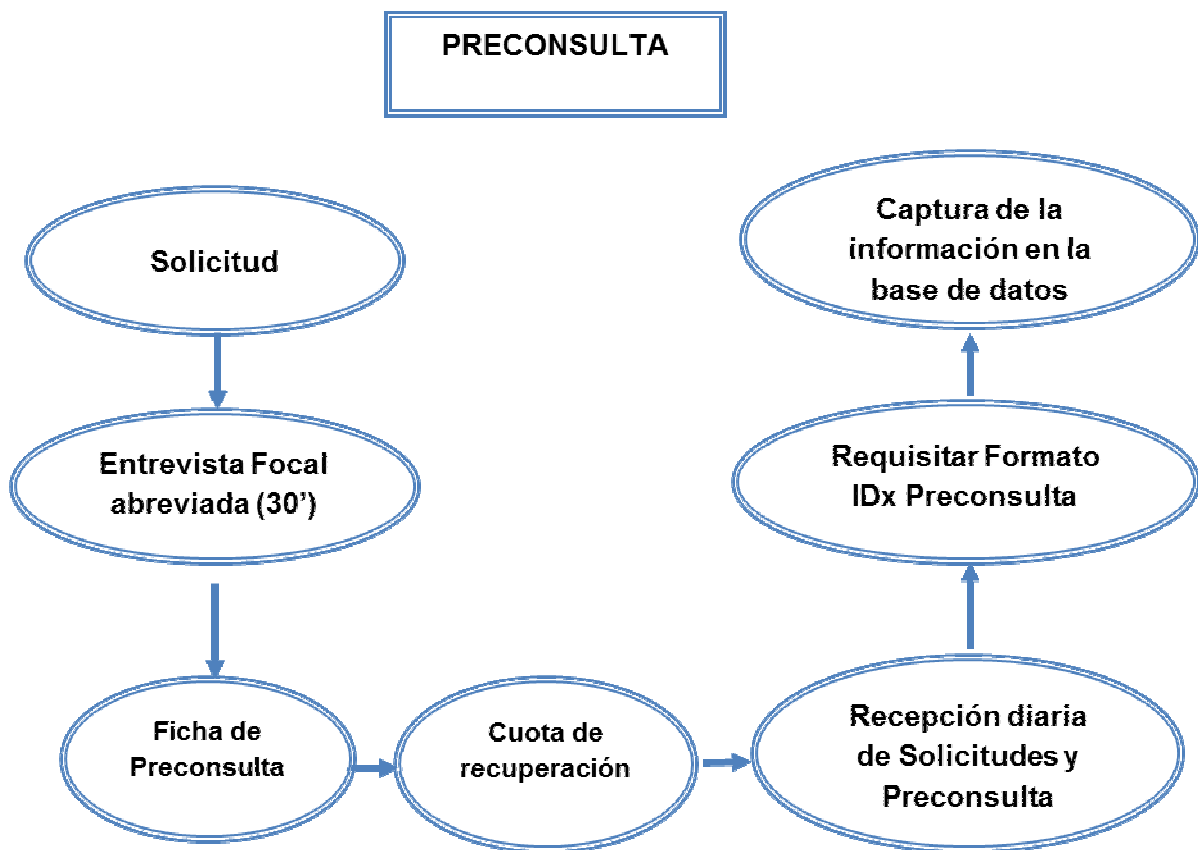


Figura 2: Tomado de Sánchez, (2007)

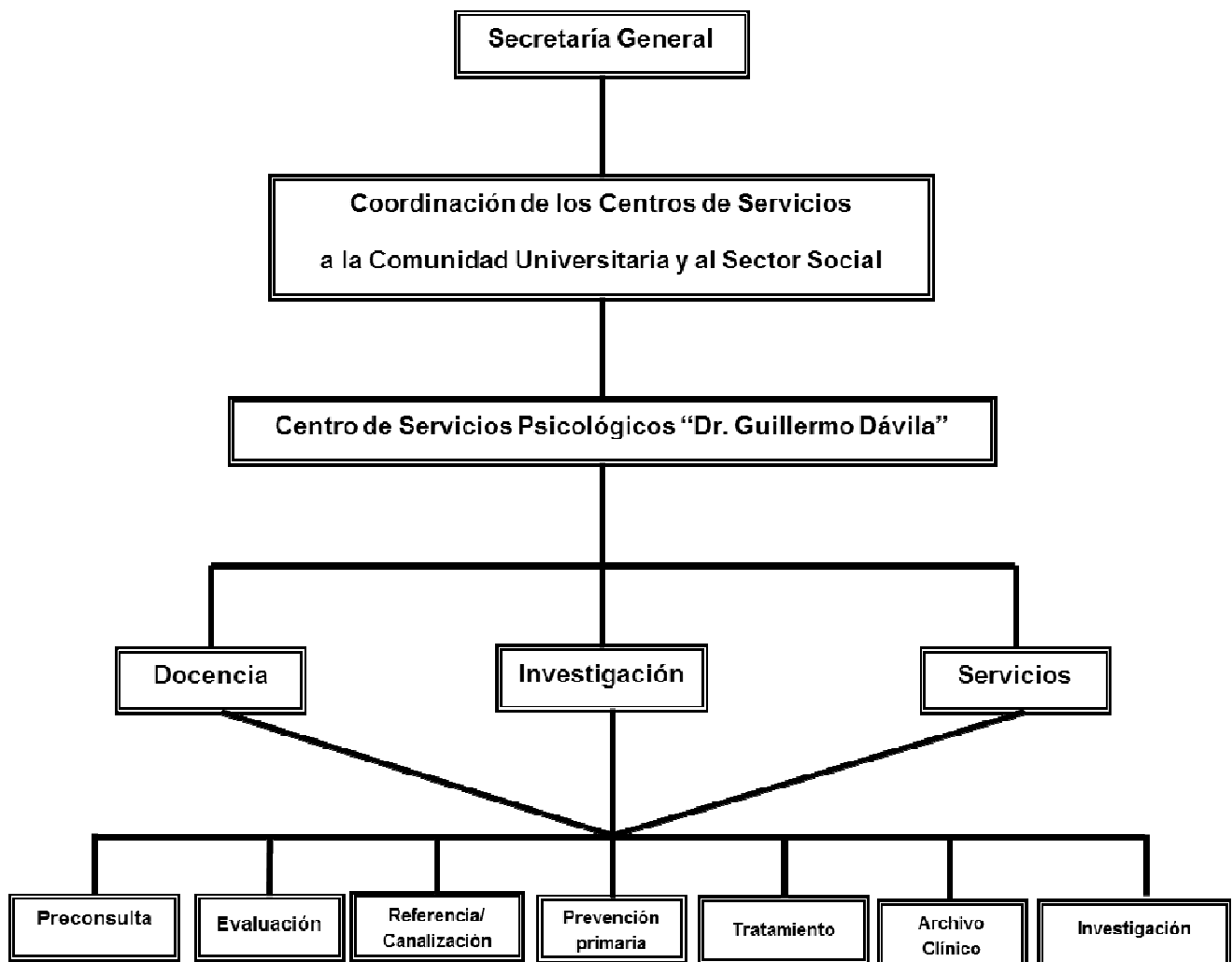


Figura 3: Tomado de Sánchez, (2007)

2.2. Centro Comunitario "Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"

2.2.1. Descripción del Centro Comunitario "Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro"

El Centro Comunitario "Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", se encuentra ubicado en la Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24, que pertenece a la Colonia Adolfo Ruíz Cortines, una de las 140 colonias de la Delegación Coyoacán. La Delegación Coyoacán ha sido considerada como una de las zonas patrimoniales más importantes de la Ciudad de México, en ella se observa una amplia infraestructura cultural que la distingue del resto de las delegaciones, asimismo, conserva aún

barríos y pueblos tradicionales como: El Pueblo Los Reyes, La Candelaria, Santa Úrsula Coapa, San Pablo Tepetlapa, San Francisco Culhuacán, Barrio Santa Catarina, Barrio de la Concepción, Barrio de San Lucas, Barrio de San Mateo y Barrio de San Diego.

En la zona que rodea al Centro Comunitario se encuentran otros espacios que también ofrecen servicios de atención a la población: El Centro Familiar 20 “Gral. Manuel González Ortega” perteneciente al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal (DIF-DF), el Parque Ecológico, Cultural y Deportivo Huayamilpas, la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF) Coyoacán y la Parroquia de San Pedro Apóstol.

2.2.2. Análisis sistémico del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

El centro comunitario brinda atención de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 h y los sábados de 8:00 a 15:00 h. Actualmente quien administra y coordina dicho centro es la Dra. Noemí Díaz Marroquín. El personal de base está conformado por una secretaria, personal de vigilancia y personal de intendencia.

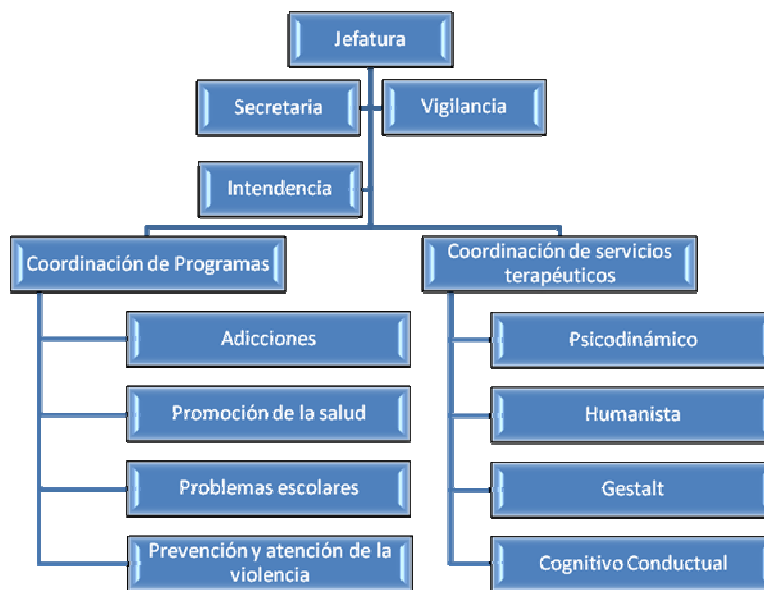


Figura 4. Organigrama del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

Los dos ejes de trabajo principales del centro son la prevención y el tratamiento, los cuales están a cargo de la Coordinación de Programas y la Coordinación de Servicios Terapéuticos, los cuales son coordinados por la jefa del centro y el personal académico responsable de cada programa (Figura 4).

Por otra parte, físicamente el centro tiene una sala de recepción, una oficina del o de la responsable del centro, una sala de juntas, un centro de cómputo, una biblioteca y un comedor.

Los talleres y algunos otros eventos que requieren de un espacio amplio, como el cine-debate, frecuentemente se llevan a cabo en la sala de usos múltiples, la cual tiene una televisión panorámica y existe la opción de dividirse en dos salas de trabajo; para la atención psicológica hay dos cámaras de Gesell (una de ellas con equipo de audio), y siete cubículos, uno de ellos con circuito cerrado, que está junto a la sala de juntas para las supervisiones en vivo.

El espacio físico del centro se adapta a las necesidades de trabajo y de demanda, ya que los espacios son utilizados indistintamente, ya sea para las consultas, los talleres y/o conferencias.

2.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

Este centro comunitario tiene dos ejes principales de trabajo: prevención y el tratamiento. La prevención se refiere a los Cursos, Talleres y el Cine-debate. Estos servicios son promovidos por el personal académico del centro. En cuanto al servicio terapéutico, las personas solicitan la atención llamando directamente al centro, el costo de cada sesión es de \$50.00.

Los programas con los que cuenta el centro son los siguientes:

1 Programa de adicciones

- Para los usuarios y sus familias
- Adolescentes en alto riesgo

2 Programa de hábitos de salud

- Programa de modificación de hábitos alimentarios
- Psicología del Deporte

3 Programa de violencia familiar

- Prevención del maltrato en la pareja
- Grupo de reflexión de mujeres
- Atención a parejas que sufren violencia

4 Programa sobre problema escolares y Familiares

- Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES)

- Escuela para padres
- Programa de lecto-escritura para la población infantil y adulta
- Programa de Enseñanza Inicial de la Lectura y la Escritura (EILE)

5 Programa de servicio terapéutico

- Individual, familiar y grupal
- Niños, adolescentes y adultos

El centro ofrece talleres y cursos fijos, dependiendo de la demanda del evento y de la disponibilidad de horarios que se tenga, se ofrecen nuevas actividades.

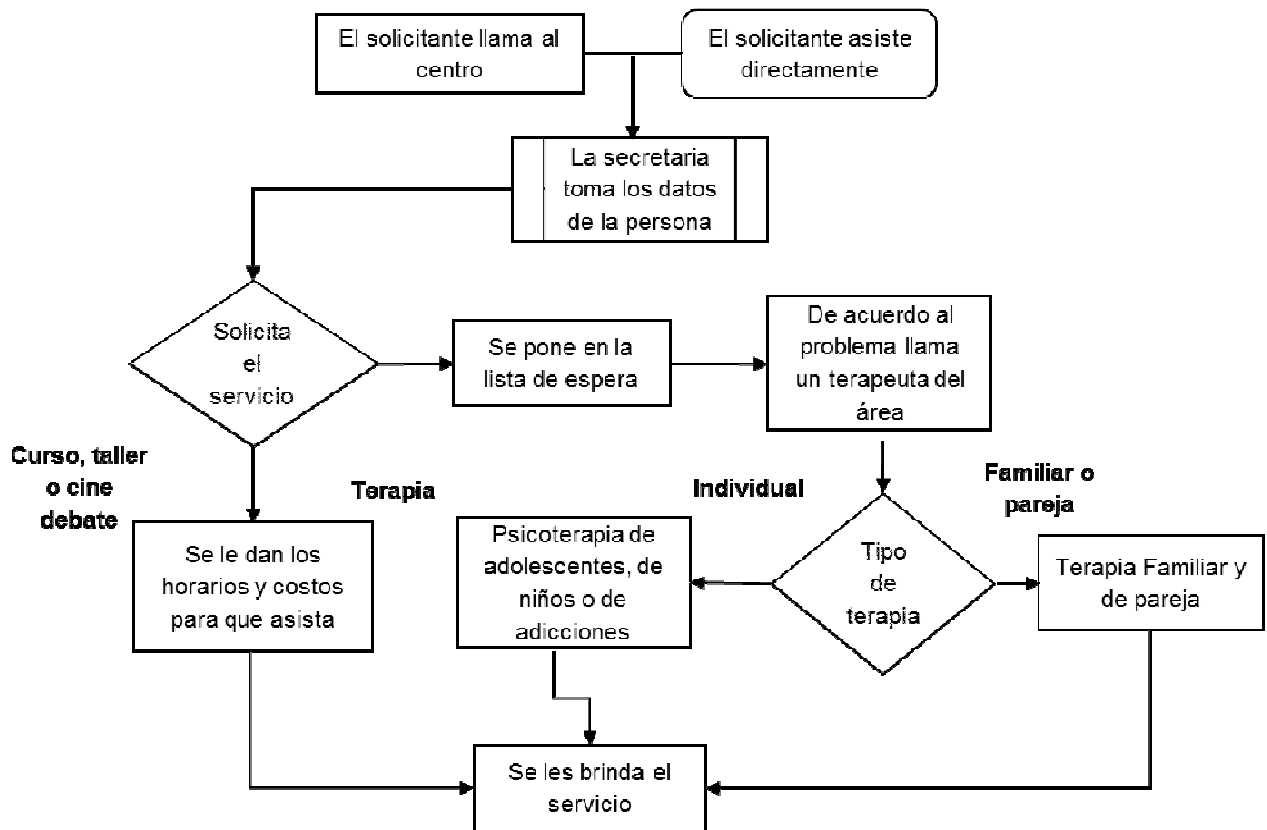


Figura 5. Diagrama del proceso de atención del centro comunitario

Las personas que asisten a cualquiera de estos programas solicitan directamente el servicio; ya sea que llamen por teléfono o asistan directamente al centro comunitario. En algunas ocasiones, el personal académico y/o los residentes llaman a las personas que solicitaron el servicio y que se anotaron en la lista de espera, para invitarlos directamente, o bien sólo se distribuyen volantes y carteles por las colonias aledañas al centro, asimismo se publican en la gaceta de la Facultad de Psicología los eventos que se van realizar. El proceso de atención de los solicitantes se muestra en la figura 5.

La población que se atendió en terapia familiar pertenece a las colonias aledañas del centro comunitario, por lo general son personas de bajos recursos. Se trabajó bajo el modelo de supervisión en vivo a través de circuito cerrado, con equipo terapéutico. En algunos casos se trabajó con coterapeuta o uno de los residentes participó como terapeuta único. Se realizaron expedientes clínicos y registro de las sesiones realizadas en una sábana de datos para uso del área administrativa del centro.

2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

El Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” fue construido el 24 de Octubre de 1966” al cierre de “La Castañeda”, al ser separados los pacientes adultos de los niños.

El Hospital Psiquiátrico Infantil está ubicado en la Colonia Belisario Domínguez de la delegación Tlalpan y forma parte de un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud, denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, cuyas funciones consisten en la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental; así como la coordinación operativa y administrativa de tres hospitales psiquiátricos especializados (Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan N. Navarro y Dr. Samuel Ramírez Moreno) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental (CECOSAM): CECOSAM Cuauhtémoc, CECOSAM Iztapalapa y CECOSAM Zacatenco.

2.3.1 Descripción del “Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro”

El Hospital Psiquiátrico Infantil, se *especializa* en atender problemas de salud mental en niños y adolescentes. La población que asiste a esta Institución, por lo regular son personas de escasos recursos, que no cuentan con otros Servicios de Salud y provienen principalmente del Distrito Federal y área metropolitana. En esta institución para la atención de la salud emplea tres niveles, Atención Primaria: investigación, promoción de la salud e identificación temprana. Atención Secundaria: diagnóstico oportuno y tratamiento. Atención Terciaria: rehabilitación de forma continua e integral.

2.3.2. Análisis sistémico del “Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro”

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

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

Tiene un organigrama que está encabezado por una Dirección General, y dos direcciones, una encargada del trabajo clínico y otra del aspecto administrativo, para mayor detalle en la figura 6 se muestra la organización del hospital.

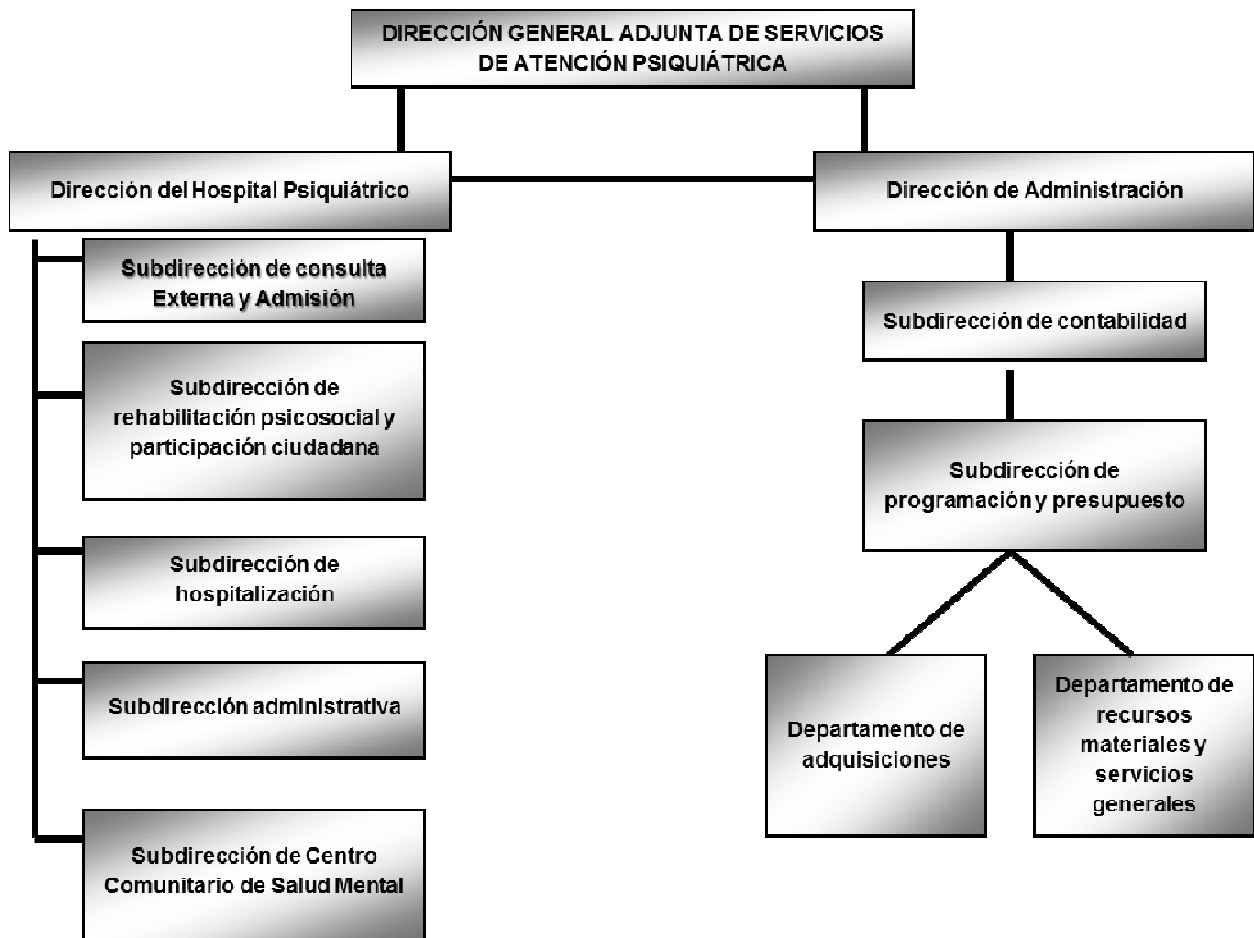


Figura 6. Organigrama del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

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

➤ Consulta no urgente:

Problemas de aprendizaje escolar.

Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.

Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).

➤ Atención urgente:

Conducta agresiva incontrolable.

Intento de suicidio reciente (días).

Crisis de angustia.

Intoxicación actual por drogas o medicamentos.

Fallas graves de conducta que no pudieran ser controladas con la intervención de la familia.

El hospital está conformado por cinco áreas principales (Secretaría de Salud, 2008):

1. Enseñanza: Apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.

2. Atención Integral: Comprende atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental

3. Psiquiatría comunitaria: Ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.

4. Hospitalización continua y parcial: Los servicios de urgencias y hospitalización continua atienden las 24 hrs. todos los días del año. Cuenta con los siguientes servicios:

➤ *Unidad de adolescentes.* Se divide en mujeres y hombres de 12 a 17 años. Atiende trastornos psiquiátricos graves como cuadros psicóticos, intentos suicidas y trastornos severos de conducta en hospitalización continua.

➤ *Paidea.* Es un servicio de consulta externa y hospitalización parcial a adolescentes de 12 a 18 años, con problemas de adicciones

➤ *Unidad de cuidados prolongados.* Brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo

5. Consulta Externa. Está constituida por diversas clínicas:

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

Los equipos multidisciplinares que trabajan en las áreas antes mencionadas, realizan las siguientes actividades:

- **Psicología.** En esta área, se realizan psicodiagnósticos, psicoterapia, orientación individual y grupal, así como apoyo a padres de familia con grupos psicoeducativos a nivel escolar y preescolar. Dentro de la psicoterapia, se brinda: Análisis Conductual, Cognitivo-Conductual, Terapia Individual, Terapia de Pareja y Terapia Familiar.

Las prácticas de **la Residencia de Terapia Familiar** se llevan a cabo en el consultorio de dicha área, en los jardines aledaños y consultorios proporcionados por otras áreas. Los pacientes, son canalizados a esta área por psiquiatras pertenecientes a las clínicas descritas anteriormente, que detectan alguna dificultad en la familia y regularmente se tratan simultáneamente.

- **Enfermería.** Busca satisfacer las necesidades que se originan en la atención a pacientes que acuden a los servicios.
- **Trabajo Social.** Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial. Realizan el estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo de los servicios del hospital.
- **Rehabilitación Psicosocial.** Proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, así como obtener y conservar un ambiente de vida satisfactorio, a través de actividades como: psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

La siguiente figura (7) muestra el proceso específico para ingresar al servicio de terapia familiar:

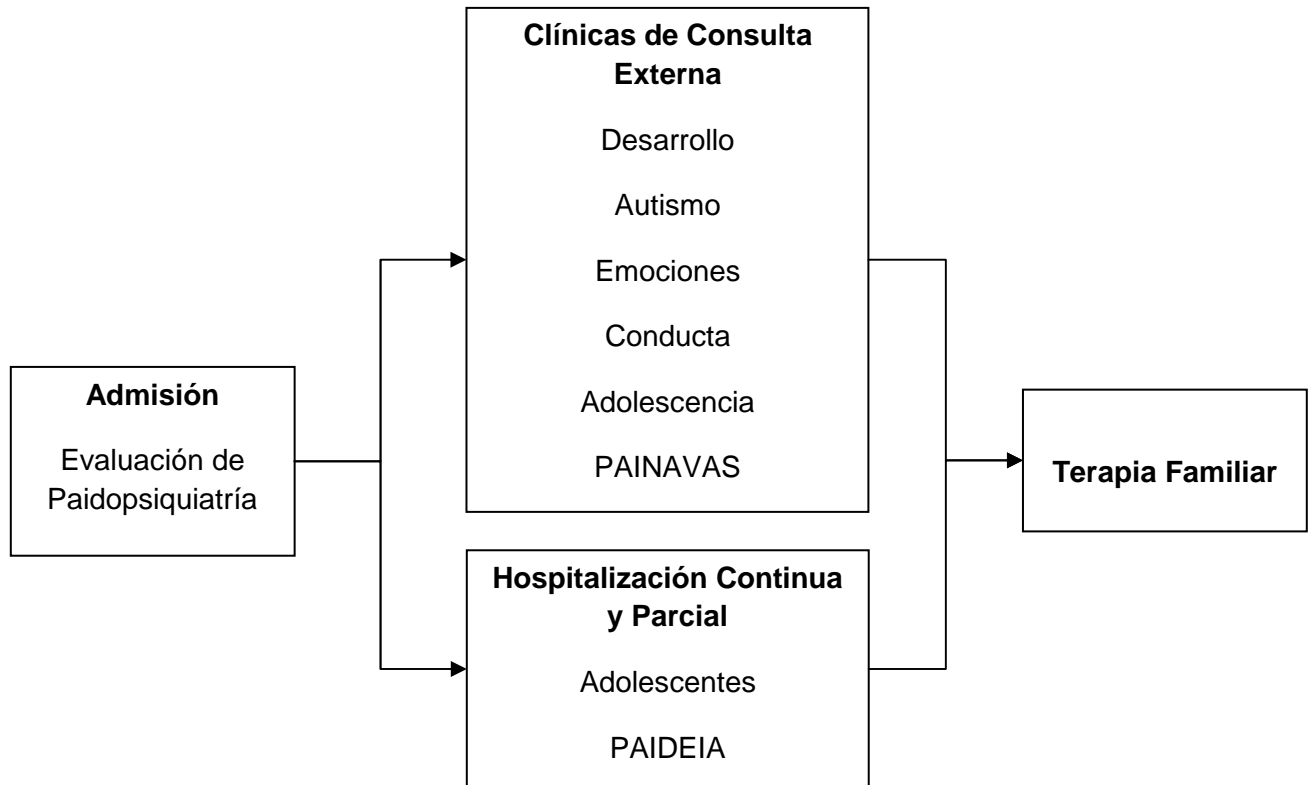


Figura 7. Proceso que siguen los pacientes para ingresar al servicio de Terapia Familiar

2.3.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

La formación como terapeuta familiar en este hospital fue a través del trabajo en coterapia con supervisión narrada. Generalmente los pacientes, en este caso los padres, eran remitidos por el paidopsiquiatra que atendía a su hijo/a para tomar terapia de pareja o familiar, en las cuales solía incluirse al niño/a. Es importante mencionar que el tratamiento principal del niño estaba a cargo de su paidopsiquiatra aunque en ocasiones acudiera al área de terapia familiar con sus padres.

Después de atender a los pacientes se hacían anotaciones en el expediente general, asimismo se llevaba un expediente particular y más detallado para el área específica de terapia familiar. Debido a la alta demanda, el trabajo se realizaba al aire libre, lo que brindaba un clima diferente al de las sesiones tradicionales. A pesar de las condiciones en que se trabajaba, las sesiones se percibían en un clima de confidencialidad y hasta comodidad por ser en áreas verdes.

II. Marco Teórico

1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo

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

La Terapia Familiar Sistémica como se entiende actualmente es el resultado de conceptos teóricos y metodológicos que se han venido acuñando a lo largo del tiempo y que se derivan de distintas disciplinas científicas, sociales y psicológicas. Lo cual conforma un cuerpo teórico–conceptual que investiga, explica y aplica técnicas en un objeto social como es la familia. El campo de la terapia familiar conformó sus bases teóricas con las aportaciones de científicos más que de psicoterapeutas. De igual manera, la terapia familiar se vio influenciada por las aportaciones teóricas que se perfilaban hacia un cuestionamiento cada vez más acentuado de los modelos reduccionistas o mecanicistas que construyeron la solidez de las ciencias llamadas duras.

1.1.1. Teoría General de Sistemas.

La Teoría General de Sistemas fue propuesta e integrada por el biólogo alemán Ludwig Von Bertalanffy en 1968. Esta teoría incorpora conceptos de la cibernética, la comunicación y las matemáticas, planteando que no existen verdades absolutas y que la realidad está en función del sistema en que se observa. Contraviene a las teorías monistas y unidireccionales de la vieja tradición científica argumentando que los fenómenos de cualquier clase son multicausales, dando especial importancia a las interrelaciones, considerando que los organismos vivos son sistemas abiertos en constante intercambio con su medio ambiente que están sujetos a reglas diferenciales para cada sistema el cual lucha por homeostasis (Bertalanffy, 1976).

Se ha usado el término sistema para referirse a distintos fenómenos ya sea abstractos o determinados por entidades materiales: sistemas de comunicación, sistemas ecológicos, sistemas de control, sistemas educativos, sistemas sociales, etc.; su característica principal es que están conformados por elementos interdependientes y en comunicación. El estudio de los sistemas mira exclusivamente hacia los sistemas activos los cuales producen comportamientos conformados por actos interdependientes necesarios para conseguir un determinado resultado, guiado por la capacidad de autocontrol y autocorrección utilizando los mecanismos de feedback (Cusinato, 1992).

El sistema está en constante intercambio con el ambiente. La actividad de intercambio es el contexto dentro del cual la vida se organiza, se desarrolla, cambia y, finalmente, muere. El hacer referencia a que se conforma por elementos

interdependientes nos lleva a observar que el sistema se conforma a su vez de subsistemas organizados en torno a la ejecución de funciones que garantiza la supervivencia de todo el sistema (Umbarger, 1983). A continuación se harán mención algunos conceptos comunes a ellos.

Sistema: es un conjunto organizado e interdependiente de unidades (subsistemas) que se mantienen en interacción, sujeto a reglas que mantienen una relación dinámica entre las unidades que lo conforman con otro sistema con los que mantendrá un intercambio constante.

Frontera: son interacciones gobernadas por reglas, en los grupos familiares se trata de fenómeno interactivo que acontece con el tiempo, lo que permite definir la separación entre los sistemas del sistema total. La frontera regula el flujo de información y energía, siendo de tipo abierta, cerrada y difusa.

Realimentación: la entrada y salida de información se conduce por lo que se ha llamado lazo de realimentación que son senderos de comunicación que cruzan las fronteras de los subsistemas y sistemas. Este flujo de información se organiza a través de dos tipos de lazos de realimentación: los que promueven la homeostasis y los que promueve el crecimiento y cambio. Los lazos de constancia o reductores de desviación permiten la constancia del sistema y el no cambio, las desviaciones respecto de una norma suscitan una reacción familiar que hace retroceder la conducta a la línea base previa. Los estados homeostáticos no son nocivos en sí mismos si dejan espacio para periodos de crecimiento. Mientras que los lazos de variedad o los amplificadores de la desviación permiten la creación de nuevas líneas de base para la conducta. Un sistema vivo, para el crecimiento, tiene que estar en tensión dinámica, pero manteniendo la regularidad y el equilibrio que permita conservar un intercambio adaptativo con el entorno ambiental.

Estructura: se refiere a las pautas de interacción duraderas que ordenan a las subunidades competentes del sistema, generándose alianzas, coaliciones y jerarquías como estructuras que regulan el flujo de la energía e información.

Procesos: es una secuencia, discreta limitada en el tiempo de conducta que constituye una transacción, por ejemplo en un proceso de decisión dos integrantes de la familia pueden unir fuerzas para lograr un objetivo y lograr un objetivo y vencer a otro miembro de la familia, si este proceso se repite constantemente se habla de estructuras de coalición. Los procesos son ordenamientos de estructura de duración muy breve, en cambio la estructura permanece por largo tiempo o por toda la vida del sistema.

Contenido: Se refiere a los temas particulares y concretos atributos de la vida que proporciona sustancias temáticas a los conceptos de información y de energía. Lo que acontece dentro de cada unidad del sistema es el contenido, pero estos sucesos se vuelven observables cuando constituyen una secuencia de intercambio conductual que se desenvuelve a través de las fronteras entre unidades.

Este nuevo punto de vista sistemático enfatiza el no aislar los elementos, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca. Este paradigma confronta la concepción armónica y unidireccional, teniendo que actualmente la investigación científica aplica muchas variables de categorías, interacción, transición, organización, etc.; intentando aproximarse a la verdad o realidad (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

1.1.2. La Cibernética

La cibernética se refiere a cualquier proceso que sirve de soporte a un intercambio de información, el cual proviene de y regresa del medio que envuelve en este proceso, al mismo tiempo que aprovechándose es esta comunicación informativa tiene la capacidad de gestionar su propio control. Toda situación en la que se da la interacción y el autocontrol puede ser denominada como cibernética. Tanto en los artefactos artificiales como en los organismos o sociedades (López y Trujillo, 2004)

Se toma como punto de partida para la historia de la cibernética un artículo de Louis Couffignal de 1938. Posteriormente en Estados Unidos el doctor Rosenblueth, de México, en colaboración con N. Wiener en Massachusetts hizo investigaciones, las cuales –por curioso azar- coincidieron con la evolución de otros instrumentos lógicos y matemáticos, necesarios para apuntalar sus estudios sobre el dilema de crear armas capaces de remplazar a los hombres. De estos estudios se adopta el término de cibernética en el verano de 1947 (David, 1970).

Couffignal define la cibernética como el *“arte de hacer eficaz la acción”*, él considera sólo como eficaz la acción guiada, controlada hasta el último instante del acto. Por su parte Wiener la define como la *“ciencia de las máquinas que interpretan y transmiten órdenes”* en la definición incluyen los elementos: control y comunicación (David, 1970). Para David (1970) *“la cibernética es una reflexión extrema sobre la manera de hacer”*.

Wiener en su libro *Cibernética y sociedad* (1981) publicado por primera vez en 1950, menciona que una de sus pasiones ha sido el estudio de los mensajes como medio para manejar aparatos o grupos humanos y su aspecto probabilístico. Para conjuntar sus ideas usa el término *cibernética*, derivado del vocablo *kubernetes* o timonel en griego. Plantea que la sociedad sólo se puede entender a partir de las facilidades de la comunicación existente en ella. Hace una descripción de cómo las máquinas modernas funcionan con mecanismos de autorregulación que tienen entradas y salidas de información con el medio externo. Información importante para su funcionamiento y hace una analogía con el ser humano.

Al entender la cibernética pone en la misma categoría las comunicaciones y el gobierno de las máquinas y da un ejemplo: *“Cuando me pongo en contacto con otra persona, le doy un mensaje; cuando responde, me da algo en relación con lo que dije y contiene informes accesibles a él primordialmente y no a mí. Cuando regulo los actos de otra persona, le comunico un mensaje; aunque esté en modo imperativo, la*

técnica de la comunicación no difiere de la que enuncia hechos. Además, si mi regulación ha de ser efectiva, debo tomar conocimiento de cualquier mensaje de él que indiqué haber comprendido y obedecido la orden” pp. 22 (Wiener, 1981)

Actualmente, la cibernética aporta una visión circular de la organización, permite dar el salto de lo material a las pautas, lo que en un principio estaba ligado con la física se convierte en una cibernética de todas las formas de conducta. El terapeuta usa la cibernética para mirar lo que no es visible, es decir lo que une la materia con la pauta, lo relacional con el contenido (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Desarrollo más reciente habla de que los sistemas complejos implican un orden jerárquico de retroalimentación. En un orden superior de recursión, el terapeuta forma parte de un sistema total y está sujeto a las relaciones de retroalimentación; en dicho nivel es incapaz de ejercer un control unilateral (Figura 8). A esta cibernética se le ha llamado cibernética de segundo orden, segunda cibernética o cibernética de la cibernética. Este modelo da un salto desde la caja negra a la caja negra más el observador, lo que le permite ampliar el campo de observador (López y Trujillo, 2004).

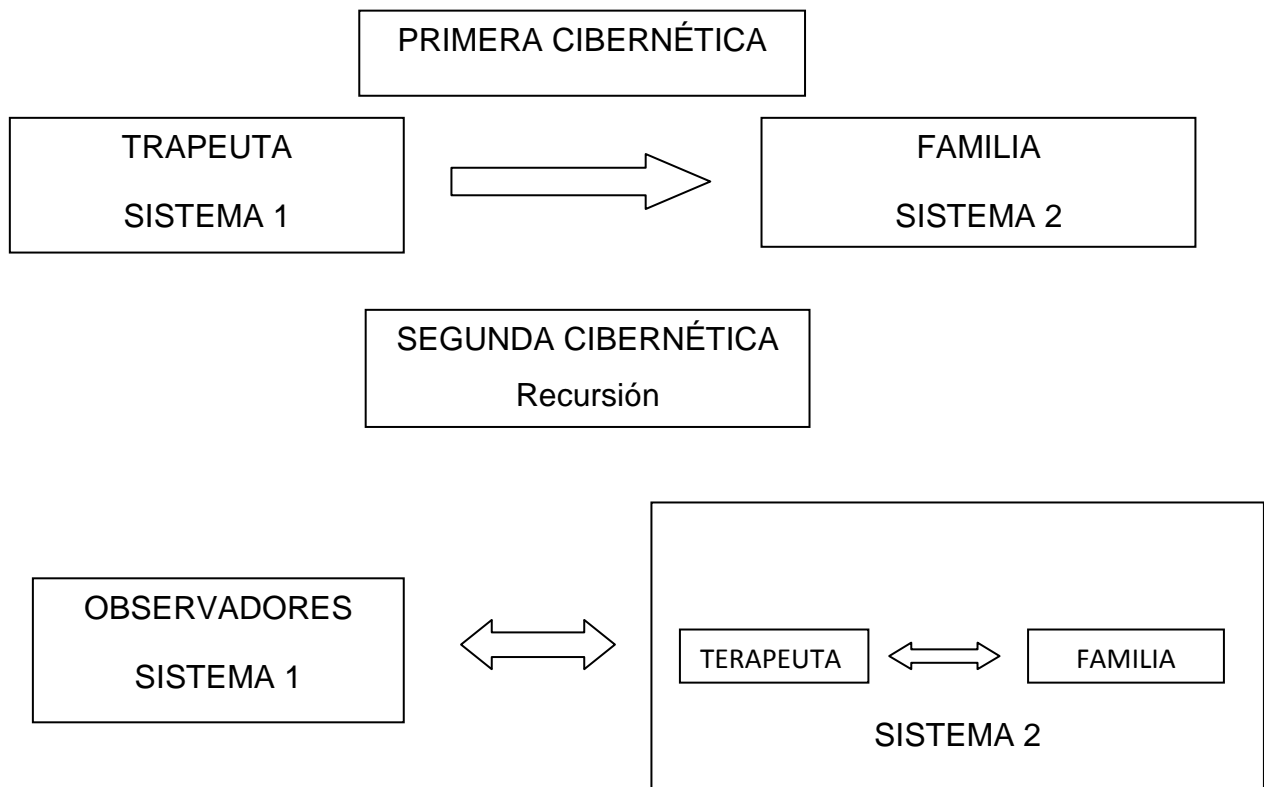


Figura 8. Cibernética de segundo orden

Los cambios de primer orden han sido tradicionalmente usados por un buen número de terapeutas, a esto se le ha llamado la primera cibernética (Hoffman, 1987). Von Foerster (1991) define a los sistemas observados como una cibernética de primer orden, donde el observador entra al sistema estipulando el propósito del sistema. Por otro lado la cibernética de los sistemas observantes es una cibernética de segundo orden o cibernética de la cibernética, en donde el observador entra al sistema estipulando su propio propósito, manteniendo la reflexión, la autonomía, recursividad y neutralidad. Menciona que una deficiencia de segundo orden es la planteada por don Juan, el indio yaqui, que intentaba hacer “ver” a Castaneda y da un ejemplo: *“nosotros no vemos que tenemos una mancha ciega. En otras palabras no vemos que no vemos”* y dice que la única manera de sobreponerse a estas deficiencias es a través de una terapia de segundo orden.

Finalmente Sánchez y Gutiérrez (2000) sintetiza los conceptos de cibernética de primer orden como el sistema donde el observador está separado del sistema y que se enfoca a mantener la organización u homeostasis por retroalimentación negativa o morfogénesis. Y los sistemas de segundo orden se caracterizan porque el observador es parte del sistema observado y de esta manera se parte de la realidad que observa.

1.1.3. Teoría de la Comunicación Humana

La comunicación es un campo de estudio dentro de las ciencias sociales que trata de explicar cómo se realizan los intercambios comunicativos y cómo estos intercambios afectan a la sociedad y comunicación. Es decir, investiga el conjunto de principios, conceptos y regularidades que sirven de base al estudio de la comunicación como proceso social. Está en estrecha relación con otras ciencias, de las cuales toma parte de sus contenidos o los integra entre sí. Son muchas las discusiones abiertas en el campo académico sobre lo que en realidad constituye la comunicación y de allí que existan numerosas definiciones al respecto, muchas de las cuales se circunscriben a determinados campos o intereses de la ciencia. Pero en su definición más estricta, *comunicación* consiste en la transmisión de información de un sujeto a otro *-quién dice qué a quién en qué medio y con qué efecto-*

Se trata de un proceso ritual de comunicación existe, uno que no puede ser divorciado de un contexto social y una historia particular. La comunicación se fundamenta esencialmente en el comportamiento humano y en las estructuras de la sociedad.

La teoría de la comunicación es un campo relativamente joven, este es integrado en muchas ocasiones a otras disciplinas tales como la filosofía, la psicología y la sociología y es posible que no se encuentre un consenso conceptual sobre la comunicación vista desde los diferentes campos del saber.

La comunicación es un fenómeno de carácter social que comprende todos los actos mediante los cuales los seres vivos se comunican con sus semejantes para

transmitir o intercambiar información. Comunicar significa poner en común e implica compartir.

La comunicación se conforma en tres niveles: sintaxis (estructura de los signos), semántica (significado) y pragmática (efectos del mensaje); al centrarse en este último aspecto encontramos que esta teoría tiene su centro de interés en lo interaccional y de esta forma se incorpora a la terapia familiar sistémica. Además de la comunicación verbal y no verbal, el hombre también se distingue por la capacidad de comunicarse con el mismo a través del pensamiento; a esto se le llama comunicación interpersonal. El alejamiento en la atención a los procesos intrapsíquicos en el estudio de la comunicación, permitió iluminar de manera significativa los procesos interaccionales

La principal aportación que la Teoría de la Comunicación hizo a la Terapia Familiar se refiere a los 5 axiomas desarrollados en la obra de Watzlawick, Beavin y Jackson (1981):

1. Es imposible no comunicar. Cualquier comportamiento comunica, la comunicación puede ser tonal, verbal, postular, entre muchas otras; por lo tanto la comunicación no solo puede ser intencional, consciente o eficaz, además que cualquier comunicación confiere una responsabilidad ya que define la relación que el emisor concibe con su receptor.
2. Todo proceso de comunicación presenta un nivel de contenido y uno de relación. Este último define la relación y se convierte por lo tanto en una *meta comunicación*. La comunicación transmite información (aspecto referencial) y también impone conductas (aspecto conativo). La conexión entre estos dos aspectos es crucial ya que las confusiones o contaminaciones entre la comunicación y la meta comunicación pueden llevar a un doble vínculo patológico.
3. La naturaleza de la relación descansa en la puntuación que hagan los comunicantes. Cada *bit* en la secuencia se convierte en estímulo, respuesta y refuerzo. Una gran cantidad de conflictos sobrevienen por la falta de acuerdo acerca de la puntuación de hechos.
4. La comunicación puede ser entendida tanto en términos digitales como analógicos. En el primero, se utiliza la palabra para nombrar algo de manera arbitraria, mientras que en lo analógico, se concentran todas las comunicaciones no verbales (tonos de voz, expresiones faciales, secuencia, ritmo, posturas, etc.)
5. Las interacciones se pueden dar de manera simétrica o complementaria, según estén basadas en la diferencia o en la igualdad. En la primera encontramos las relaciones complementarias y las simétricas se fundamentan en la igualdad.

1.1.4. Constructivismo y Construcción Social

El concepto de modernidad que inicio en el siglo XVI, abarca un proceso filosófico y sociológico que buscaba responder a los paradigmas tradicionales como la religión, las clases sociales, así como una liberación de las preocupaciones por riesgos de enfermedades y altos índices de mortandad en condiciones insalubres. En diferentes esferas de la vida del ser humano, se empezó por ponderar los conocimientos científicos como la vía infalible para la solución a los dilemas de la humanidad.

La valoración de las conclusiones científicas las convertía en irrefutables y eran calificadas de neutrales y libres de subjetividad, lo cual enaltecía su carácter de definitivas y colocaba a la razón como el eje rector de los cuestionamientos sobre la vida y la dirección que debía tomar el desarrollo de la humanidad. La modernidad reviste gran importancia en el paso que significó dejar atrás el estancamiento de reflexiones que significó la Edad Media en la historia de la humanidad.

La necesidad de acreditarse entre las ciencias modernas, condujo a la psicología por el camino de la búsqueda incesante de la verdad en torno del comportamiento humano, su predicción y tratamiento. Particularmente en el terreno clínico, la psicología persiguió desde distintos enfoques una taxonomía de las enfermedades mentales para acceder a un grado de mayor control al mismo tiempo que delineaba gradualmente una frontera simbólica para etiquetar dicotómicamente lo sano y lo enfermo. Este paradigma permeó también el desarrollo de la psicoterapia por lo que es observable que los términos tradicionales utilizados en la psicoterapia todavía hacen referencia a valoraciones médicas o describen procesos de enfermedad-cura.

El pensamiento constructivista bien puede encontrar sus raíces en la premisa kantiana de que la realidad no se encuentra fuera de quien la observa, sino que es algo construido por su aparato cognitivo. El movimiento constructivista cuenta entre los impulsores de sus conceptos básicos a Ernst von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana y Francisco Varela. El constructivismo plantea explicaciones sobre el conocimiento que tienen que ver con la idea de que éste no es recibido únicamente por los sentidos de manera pasiva, por el contrario, entienden que el conocimiento es construido activamente por el sujeto.

En cuanto a la función del conocimiento, los constructivistas lo entienden en su dimensión adaptativa, es decir que tiende a ajustarse para alcanzar la organización de un mundo basado en la propia experiencia, no en el descubrimiento de una realidad externa única (Elkaim, 1998). Desde esta organización, la socialización se da en términos de la construcción de otras subjetividades a partir del propio campo de experiencia.

El constructivismo afirma que nunca se podrá llegar a conocer la realidad como lo que es ya que, al enfrentarse al objeto de conocimiento, no se hace sino ordenar los datos que el objeto ofrece en el marco teórico del que se dispone. Así,

por ejemplo, para el constructivismo la ciencia no ofrece una descripción exacta de cómo son las cosas (Elkaim, 1998).

Para el pensamiento constructivista, la realidad es una construcción hasta cierto punto "inventada" por quién la observa. Esta aseveración se ha dado a llamar como constructivismo radical, Glasersfeld es responsable del término constructivismo radical que se refiere a un enfoque no convencional hacia el problema del conocimiento y hacia el hecho de conocer. Sostiene que el conocimiento, sin importar cómo se defina, está en la mente de las personas, y que el sujeto cognoscente no tiene otra alternativa que construir lo que él o ella conoce sobre la base de su propia experiencia y aunque se puedan encontrar razones para creer que la experiencia de una persona puede ser similar a la de otra, no existe forma de saber si en realidad es la misma (Elkaim, 1998).

Una de las críticas más comunes al constructivismo radical es su proximidad aparente con el solipsismo. Para el constructivismo una descripción exacta de cómo son las cosas no existe, porque la realidad no existe sin el sujeto. El conocimiento entonces es construido a partir de las experiencias individuales. Todos los tipos de experiencia son esencialmente subjetivos. La importancia del constructivismo se evidencia cuando se le compara con el enfoque epistemológico o ciencia cognitiva opuesta, que fundamenta el conocimiento en una reflexión pasiva de la realidad objetiva externa. Esto implica un proceso de "instrucción" externo, ya que para obtener esa imagen de la realidad, el sujeto debe de alguna manera, recibir algún tipo de información desde afuera.

Una de las grandes aportaciones del pensamiento constructivista al campo terapéutico se refiere al cuestionamiento de Maturana sobre el criterio de objetividad como punto de partida o condicionante de la investigación (Elkaim, 1998). Este autor argumenta que el investigador requiere de una comunidad observante que emita declaraciones que conformen un sistema coherente. Desde la mirada constructivista, la terapia familiar se centra en la importancia de la realidad que se construye de manera conjunta entre paciente y terapeuta, más que en encontrar la verdad o la realidad. Algunas de las premisas tradicionales del entendimiento de un proceso terapéutico se vieron cuestionadas; para esta corriente, el éxito de la psicoterapia no depende de que el terapeuta tenga razón; es más trascendente la relación que construye con el propósito de ampliar el campo de posibilidades de la familia, abandonando la idea de imponer arbitrariamente un cambio. Resalta la posibilidad de separar las observaciones subjetivas del terapeuta de tal manera que el proceso terapéutico se convierta en la articulación, elaboración y revisión de las construcciones con las que las personas organizan su experiencia de vida.

Por otro lado el construccionismo social comenzó a tomar fuerza a finales de los años 80 en Estados Unidos siendo uno de sus principales representantes en la psicología Kenneth Gergen, profesor del Swarthmore College en Pensilvania (Elkaim, 1998). Este teórico plantea que tanto el yo como las emociones corresponden a un contexto relacional, es decir que se manifiestan en el terreno de las relaciones humanas y que la identidad es resultado de los intercambios entre las personas, por

lo que las emociones estarían supeditadas a las relaciones sociales más que a las elecciones personales (Elkaim, 1998)

Gergen, en su libro *Realidades y Relaciones* (1996) afirma que el conocimiento y su generación se encuentran dentro de un contexto social y cuestiona que el lenguaje pueda representar, reflejar, transmitir y almacenar el conocimiento objetivo, con lo que se hace una fuerte crítica al supuesto del conocimiento individual.

Para Hoffman, (1987) la terapia con enfoque construccionista inicia con Anderson y Goolishian como los terapeutas que impulsaron una visión menos interesada en los objetivos y más avocada a la suma de colaboraciones para encontrar cambios satisfactorios en los dilemas de las personas. A través de esta práctica clínica construccionista, se introducen nuevas premisas en la búsqueda de soluciones en la intervención familiar, aludiendo que no existe una verdad objetiva, sino verdades inmersas en contextos culturales que conforman un mosaico plural de realidades que a su vez presentan alternativas de soluciones, esto finalmente rompe con la idea de una sola cura proveniente del modelo causal. Asimismo, dichas alternativas de solución son construidas conjuntamente entre la familia y el terapeuta, despojando a éste del poder que le es conferido en el paradigma moderno y lo posiciona como un colaborador dentro del proceso terapéutico.

Las teorías construccionistas llevan sus cuestionamientos hacia aquellas corrientes psicológicas que manifiestan la superioridad del diagnóstico proporcionado por el profesional de la salud mental, sobre el de la cultura común. Es decir, no existe una visión objetiva y real o acertada y todo conocimiento es entendido como una construcción que forma parte de una cultura. Siguiendo este orden de ideas encontramos entonces que una terapia eficaz requiere de discursos múltiples que incluyan al mismo discurso cultural (Gergen, 1996).

Dentro de esta perspectiva, la discusión sobre la hegemonía de alguna corriente de intervención terapéutica queda relegada a segundo plano ya que las contempla como comunidades semánticas que proponen alternativas desde su terreno y con su propio potencial de cambio, en tanto incluyan al discurso cultural en el que insertan sus fundamentos prácticos.

Tanto el constructivismo como el construccionismo se oponen a la idea moderna de un mundo real externo capaz de ser descubierto y descrito, sin embargo, aquel promueve la idea de un sistema cerrado, mientras que los construccionistas hablan de las percepciones y construcciones como resultado de las interacciones sociales y del lenguaje.

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

1.2.1. Modelo Estructural

Antecedentes

Minuchin (1979) y sus colegas desarrollaron su concepción de familia normal y patológica basándose en las premisas sistémicas, sobre todo en la que se refiere a la interrelación entre las partes, de modo que postulaban que el cambio se produce por las alteraciones de contexto. Lo que les lleva a pensar que la familia está en armonía con las reglas de los sistemas vivos (Umbarger, 1983).

Dentro del movimiento de terapia familiar Minuchin (1979) identifica tres grandes grupos. Al primero lo llama corriente transicional la cual amalgama los conceptos de sistemas con los dinámicos tradicionales y tienen como objetivo la reestructuración psicológica del paciente, poniendo énfasis en la exploración del pasado; en este grupo identifica a Ackerman, Donald Bloch y a I. Boszormenyi Nagy.

El segundo grupo de terapia familiar lo denomina existencial que tiene como objetivo el crecimiento y la expansión de la persona, se centra en la experiencia presente entre el terapeuta y los miembros de la familia como herramienta para el cambio. Los exponentes son Virginia Satir, y Carl Whitaker, principalmente (Minuchin, 1979).

Al tercer grupo lo define como guiado por el cambio del sistema familiar como contexto social y el objetivo de la terapia es la transformación de los procesos interpersonales en disfunción. Su principal exponente es Murray Bowen; Minuchin se incluye junto con sus colaboradores de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, en este grupo sistémico, encargado de la investigación de nuevos modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento del síntoma (Minuchin, 1979).

Minuchin se ha definido *“a sí mismo como un terapeuta estructural-estratégico- narrativo”* (Eguiluz, 2004. pp. 51), enfatiza en la estructura de la familia y su cambio, también en el terapeuta como líder del sistema y en las construcciones que la familia hace de su realidad, por ello el terapeuta tendrá que comprenderlas, para junto con la familia construir nuevas realidades.

Principales exponentes

De 1965 a 1970 Minuchin trabaja como director de la Clínica de Orientación Infantil de Filadelfia, allí es donde crea un modelo terapéutico centrado en la estructura familiar (Ochoa, 1995). Trabajaba con poblaciones marginadas, por lo que

se vio en la necesidad de crear técnicas sencillas, concretas y con acciones orientadas, contrarias a las técnicas abstractas y verbales de la terapia tradicional (Eguiluz, 2004).

En 1972 por primera vez Minuchin publica un libro sobre su modelo de intervención familiar bajo el título de *Structural family therapy*. Posteriormente, en 1974, con la colaboración de Haley y Montalvo publicó *Familias and family therapy*, obra que contribuyó a que se difundiera aún más el modelo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Como ya se ha mencionado Salvador Minuchin es el principal exponente de la terapia estructural. Junto a él han trabajado grandes terapeutas como Braulio Montalvo, Charles Fishman, Bernice Rosean, Harry Aponte y Pat Minuchin, entre otros (Eguiluz, 2004). Por su parte Carter Umbarger (1983) hace una propuesta de una terapia familiar estructural basada en las ideas de Minuchin y sus colaboradores, introduce nuevos avances de la teoría de sistemas y de los conceptos de la *segunda cibernética*.

Postulados principales

Se define a la terapia estructural como un marco de referencia teórico y técnico, que el terapeuta usa para estudiar al individuo en su contexto social, con el objetivo de modificar la organización familiar. Cuando se modifica la estructura del grupo familiar se modifican a su vez las posiciones de sus miembros, y se modifican las *experiencias* del individuo (Minuchin, 1979). Uno de los postulados más importantes es que la *experiencia* del hombre es determinada por su *interacción* con el medio, es decir, el *contexto social* lo influye (Minuchin, 1979).

Para este modelo la localización de la patología es mucho más amplia y no sólo se ubica en el interior del paciente, ésta puede partir de su contexto o en el feedback entre ambos – contexto, individuo- (Minuchin, 1979).

Son tres los axiomas básicos de esta terapia:

1. La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, él vive en un sistema familiar que forma parte de un sistema familiar que forma parte de un sistema social al cual debe adaptarse. El individuo responde al estrés que se produce en otros lugares del sistema y contribuye, a su vez, al estrés de otros miembros del sistema.
2. Las modificaciones en la estructura familiar participan de los cambios conductuales y proceso psíquicos de los miembros del sistema.
3. Durante la terapia, el terapeuta incluye su propia conducta en el nuevo contexto familiar, formando el sistema terapéutico que gobernará la conducta de sus miembros (Minuchin, 1979).

Conceptos principales

Sistema: es un conjunto organizado e interdependiente de unidades (subsistemas), sujeto a reglas que mantienen una relación dinámica entre las unidades que lo conforman y con otros sistemas con los que mantendrá un intercambio constante (Umbarger, 1983).

Subsistemas: el sistema familiar diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas. De manera general se mencionan cuatro sistemas principales (Minuchin, 1979 y Minuchin y Fishman, 1984), aunque a medida que la familia es mayor se formarán otros (padre-hijo, madre-hijo, abuelos, nietos, tíos, etc.).

➤ Subsistema individual, una persona es en sí un subsistema que es parte de otros formados por generación, sexo, interés o función; se constituye a través del concepto de sí mismo y de su relación con otros, incluso fuera de la familia.

➤ Subsistema conyugal: formado por dos adultos que deciden formar una familia, llevan a cabo las tareas de preservar la pareja a través de formar un sostén emocional, de apoyo y complementariedad.

➤ Subsistema parental: cuando nace el primer hijo se alcanza otro nivel de organización, el subsistema conyugal adquiere nuevas tareas para la crianza de los hijos, llevando la mayor jerarquía del sistema.

➤ Subsistema fraterno: está formado por los niños a cargo del parental. En él los niños inician la socialización, la autonomía, la negociación y el seguimiento de reglas.

Estructura familiar: es una combinación invisible de demandas funcionales que organizan las formas de interacción entre los miembros de una familia (Minuchin, 1979). Las interacciones son pautas transaccionales duraderas que ordenan a las subunidades de una familia, generándose alianzas, coaliciones y jerarquías como estructuras que regulan el flujo de la energía e información (Umbarger, 1983) de manera que indican cuándo, cómo y con quién relacionarse en cada momento de la vida familiar.

Fronteras o límites: son interacciones gobernadas por reglas, lo que permite definir la separación entre los subsistemas del sistema total. La frontera regula el flujo de información y energía, siendo el tipo abierta, cerrada o difusa (Umbarger, 1983). Para Minuchin (1979) los límites deben ser claros para que la familia funcione de manera adecuada y cada uno pueda desarrollar sus tareas. Al hacer la evaluación de los límites se define si la familia es desligada (límites rígidos), normal (con límites claros) o aglutinada (límites difusos).

Jerarquías: se refiere a las posiciones de cada uno de los miembros o más del sistema, que comparten una tarea, intereses, actitud o valores comunes (Eguiluz, 2004).

Alianzas: se refiere a la proximidad positiva entre dos miembros o más del sistema, que comparten una tarea, intereses, actitud o valores comunes (Eguiluz, 2004), pueden ser temporales, por subsistemas o entre elementos de diferentes subsistemas.

Coaliciones: es una alianza que se manifiesta de manera permanente en oposición a otra parte del sistema. Por lo general, se dan entre miembros de diferentes generaciones contra un tercero, son ocultas, y se pueden manifestar mediante el conflicto o la exclusión (Eguiluz, 2004).

Triángulos: son pautas transicionales que tienen como objetivo equilibrar al sistema, a través de incluir a un tercero en una relación diádica con el fin de encubrir o desviar el conflicto entre la primer (Eguiluz, 2004).

Mapa familiar: es una herramienta que sirve para esquematizar la organización familiar, es una visión estática que organiza los datos obtenidos por el terapeuta y guía el proceso terapéutico. Conforme avanza la sesión o el tratamiento y de acuerdo a las interacciones con el terapeuta se van obteniendo otros mapas familiares, que plasman las nuevas estructuras visibles (Minuchin, 1979).

Metas terapéuticas

El modelo de terapia estructural se enfoca la organización jerárquica del sistema, y en las distintas estructuras comunicacionales que definen los límites. Por lo que sus objetivos se encaminan a modificar las reglas que mantienen una estructura que sostiene al síntoma dentro de la familia (Ochoa, 1995). Centra su atención en el presente, evaluando a la familia como unidad. Busca la diferenciación de los subsistemas, marcando límites donde no los hay o promoviendo el diálogo donde hay rigidez. Atiende más a los problemas estructurales de la familia que al problema presentado, salvo que éste ponga en grave riesgo la vida de algún miembro, por ejemplo, anorexia, coma diabético, intento suicida, etcétera (Madanes, 1982).

Minuchin (1979) define a la terapia estructural como una terapia de acción, y en sus objetivos se encuentra la tarea de modificar el contexto inmediato de las personas para que sus posiciones puedan cambiar de la misma forma que lo hará su experiencia subjetiva en el aquí y el ahora. Para lograrlo, el terapeuta tendrá que ser aceptado en el sistema familiar, formar parte de él y ser capaz de tomar distancia cuando sea necesario o acercarse tanto que forma una alianza con alguno de los miembros, también desafiará la organización familiar que mantiene el síntoma para lograr cambios en la homeostasis (Minuchin et al., 1984).

Principales técnicas de intervención

Las técnicas son la principal herramienta del cambio y se aplican en función de las metas terapéuticas acordes con las hipótesis planteadas. Hay tres estrategias principales en la terapia estructural y cada una de ellas dispone de un grupo de técnicas.

Técnicas para cuestionar el síntoma (Reencuadre)

Escenificación: La estructura familiar se vuelve manifiesta en las interacciones y permite que el terapeuta tenga una visión de las reglas que presiden las pautas, poniendo en escena interacciones disfuncionales entre los miembros de la familia, mediante movimientos:

1. El terapeuta observa las interacciones espontáneas y decide los campos disfuncionales y que conviene iluminar.
2. El terapeuta organiza secuencias para provocar interacciones escénicas disfuncionales.
3. El terapeuta propone modalidades de diferencias de interacciones. (información predictiva y buen diagnóstico).

Enfoque: Al observar a la familia se seleccionan y organizan los datos. Se cambia el enfoque hacia otras áreas, temas o conductas, se seleccionan ciertos elementos de interacción familiar importantes para lograr las metas del tratamiento. Enfocar tiene que ver con prestar atención a una pauta, señalarla, hablar de ella, mirarla, iluminarla.

Intensidad: Las familias tienen una *sensibilidad auditiva discriminatoria*, escucharán solo ciertos mensajes emitidos por el terapeuta, y tendrá que esforzarse para hacerse oír. Hacer *intensidad* a través de: la repetición de construcciones cognitivas; repetición del mensaje; repetición de interacciones isomórficas; cambio del tiempo en que se hacen participaciones; cambio de la distancia y resistencia a la presión ejercida por la pauta de interacción familiar.

Técnicas para cuestionar la estructura (Reestructuración)

El terapeuta tendrá que delinear las fronteras entre los holones familiares. Los individuos pertenecen a muchos holones, en cada uno tendrá ciertas reglas de interacción y se ajustará a ellas, muchas veces sin cuestionarlas. El terapeuta cuestiona el *“así se hacen las cosas de esta familia”* sobre todo entre los holones porque en ellos se organiza la complejidad del sistema.

Fijación de fronteras: Esta técnica regula la permeabilidad que separa a los holones entre sí. En algunas ocasiones la distribución que la familia toma en el consultorio puede ser una señal de probables alianzas, lo cual se debe de corroborar

o descartar a lo largo de las sesiones. Cuando uno de los miembros de la familia habla por otros puede ser una señal de que las fronteras entre estos subsistemas están debilitadas. El extender o alargar la *duración de la interacción* es un modo de generar intensidad y también un modo de remarcar subsistemas o separarlos.

Desequilibramiento: Esta es una técnica que puede generar cambios en los subsistemas y cambiar la jerarquía. El terapeuta se usa así mismo como miembro del sistema para cuestionar y modificar la distribución del poder; hará maniobras para aliarse con otro miembro de la familia. Estas técnicas se agrupan en cuatro categorías:

Alianza con miembros de la familia. Se desequilibra un sistema aliándose con el más dominante del grupo, o se puede dar apoyo a alguien periférico o de posición inferior.

Alianza alternante. Con los subsistemas en conflicto es útil usar una alianza alternante para provocar un cambio en la pauta jerárquica; es útil cuando se trabaja con familias con hijos adolescentes.

Ignorar a miembros de la familia. Se requiere de poder hablar y obrar como si ciertas personas fueran invisibles, los receptores de esta técnica se sienten cuestionados, y es posible que se rebelen ya sea atacando directamente al terapeuta o maniobrando una coalición contra él. Otra forma de usar esta técnica es cuando se quiere cambiar la posición de un miembro que funciona como central de operaciones de la familia.

Coalición contra miembros de la familia. Aquí el terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o dos familiares, se requiere de habilidad para enfrentarse y al mismo tiempo poder funcionar como perito del sistema.

Complementariedad: Esta técnica busca que la familia se vea a sí misma como un todo interdependiente y complementario, trata de modificar la relación jerárquica entre los miembros a través de que se cuestionen la idea íntegra de jerarquía. El terapeuta cuestiona la epistemología de la familia a través de tres aspectos:

Cuestionamiento del problema: Cuestionar la certidumbre de que existe un paciente individualizado. En otras ocasiones el terapeuta podrá cuestionar el problema extendiéndolo a más de una persona.

Cuestionamiento del control lineal: Se cuestiona la idea de que un solo miembro puede controlar el sistema familiar, que el paciente no es el dueño del síntoma.

Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos. El terapeuta contextualiza la conducta de un miembro como parte de un todo más vasto. Es decir tendrán que

ver la pauta de interacción integra y no una secuencia de acción desde la visión individualizada.

Técnicas para cuestionar la realidad (Cambio de realidades)

Todo cambio en la estructura familiar modificará la visión del mundo de la familia y viceversa. El terapeuta ofrecerá una realidad diferente. A partir de los hechos que la familia considera verdaderos el terapeuta construirá otro orden que reestructure la realidad.

Construcciones: La tarea es transmitir a la familia que dispone de otras alternativas de interacción en las que no es necesaria la presencia del síntoma. Esto se logra a través de tres técnicas que modifican la realidad familiar:

Símbolos universales: como preceptos morales, uso del sentido común, de la experiencia, tradiciones, rituales, lo deseable socialmente su eficacia se relaciona al hecho de que se derivan de situaciones que *“todo el mundo conoce”*.

Verdades familiares: se retoma de las justificaciones que la familia da a las interacciones y su verdad del mundo para dar fuerza a sus intervenciones. En este tipo de técnica le presta atención al lenguaje de la familia y sus enunciados lógicos, se llega a una conclusión que incluye sus concepciones para modificar la pauta de interacción.

Consejo profesional; el terapeuta da una explicación diferente de la realidad familiar y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría. También puede cambiar su posición respecto de la explicación, o desplazar el enfoque.

Paradojas: Es un instrumento clínico para hacer frente a las resistencias al cambio. Al hacer una intervención paradójica, el terapeuta hace una *redefinición* del problema que modifica la forma en que la familia percibe el problema. Existen tres tipos de prescripciones: *Intervenciones directas basadas en la aceptación;* *Intervenciones paradójicas basadas en el desafío* e *Intervenciones basadas en el cumplimiento y en la oposición.*

Los lados fuertes: Toda la familia contiene aspectos positivos que se transmiten de generación en generación. El sondeo de los lados fuertes es esencial para combatir las disfunciones de la familia. El terapeuta debe hacerles ver que los aspectos disfuncionales no son la totalidad de la familia. En otros casos el terapeuta observa que la conducta de la familia no se sale de lo normal pero ellos la definen como anormal, él les hará el señalamiento para que redefinan su realidad.

1.2.2. Modelo Estratégico

Antecedentes

El enfoque estratégico se presentó por primera vez en 1963, tiene como estratagema principal a Milton Erickson, a quien se ha considerado como una escuela en sí mismo (Haley y Richeport-Haley, 2006). Se le reconoce por sus estrategias innovadoras y los aportes a la técnica de hipnosis (González, 2004; Haley, 1983^a, Haley, 1983^b).

Las técnicas que Erickson usó, y que generaron influencia en lo que es hoy la terapia estratégica, se basan en la utilización de la resistencia, ya sea alentándola, frustrándola u ofrecimiento de alternativas peores; determinar el cambio mediante la comunicación metafórica; usar el síntoma alentando una recaída; emplear el espacio y la posición de los pacientes; hacer énfasis en lo positivo; sembrar ideas para luego construir sobre ellas; ampliar la desviación; en la hipnosis usar la amnesia y control de la información; aprovechar el despertar y desenganche para generar cambios y finalmente evitar la exploración de sí mismo (Haley, 1983^a).

Nichols (Haley y Richeport-Haley, 2006) nos menciona que la terapia estratégica actual, floreció en la década de 1980, centrándose en tres grupos: el Centro de Terapia Breve del MRI, con Weakland, Watzlawick y Fisch; el grupo de Milán, representado por Selvini Palazzoli y Prata, y el tercer grupo con Jay Haley y sus colegas del Family Therapy Institute de Washington, D. C. Aunque cada uno de estos grupos ha construido modelos terapéuticos particulares se les considera como precursores del enfoque estratégico (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En particular, se considera a Haley como el mayor representante de este modelo.

Haley, trabajó durante 17 años con Erickson de quien tomo el estilo directivo para la terapia (Haley y Richeport-Haley 2006). Del trabajo con Bateson, tomo las ideas sobre la comunicación; con los conocimientos del grupo de Palo Alto integrado por Bateson, Weakland y Jackson, giró su enfoque de una comunicación individual a una más social (Haley, 1988). Posteriormente trabajó en el Philadelphia Child Guidance Center con Minuchin y Montalvo, siendo influido por ellos, al trabajar con población marginada y ver que los problemas de jerarquía cobraban sus facturas en las familias, con ellos utilizó las técnicas de paradoja (Haley y Richeport-Haley, 2006; Sánchez y Gutiérrez, 2000). Estos aprendizajes perfilaron lo que sería el modelo de terapia familiar estratégica, a él se fueron sumando otros terapeutas los cuales se mencionan en el siguiente apartado.

Principales exponentes

Sánchez y Gutiérrez (2000), clasifica este modelo en dos grupos representantes. El grupo de la escuela de Milán con Selvini-Palazzoli y Prata, que trabajó en sus orígenes con el modelo estratégico, sus aportaciones se centran en: 1) La connotación positiva, 2) La contraparadoja 3) La hipótesis sistémica, 4) El

contexto referente y 5) El cuestionamiento circular, posteriormente adoptaron el modelo de la “prescripción invariante”. El segundo grupo es representado por Haley y Madanes, cada uno hace hincapié en un aspecto particular, Haley en el deseo de control y las fuerzas de interacción familiar, y Madanes en el deseo de amar y ser amado.

Otros exponentes de este modelo son Richeport-Haley quien ha trabajado durante 15 años con Haley (Haley y Richeport-Haley, 2006). Peggy Papp (1991) contribuyó con las técnicas de enfoque directo e indirecto, concretamente con el uso de paradojas y las hipótesis sistémicas. Papp, retomó elementos del grupo de Milán de Selvini Palazzoli sobre todo de “la prescripción invariante” que trabajó con familias esquizofrénicas y que consistía en prescribir a toda la familia las conductas que perpetuaban el problema (Mदानes, 1982).

Postulados principales

La terapia estratégica se funda en los siguientes principios básicos, en función de la explicación de los síntomas:

- a) El síntoma se puede considerar como una conducta adaptativa a la situación social en que se ubica la persona en donde entra en juego la jerarquía y la comunicación (Ochoa, 1985).
- b) Hincapié en lo *analógico y la comunicación*. Sostiene que los síntomas son actos comunicativos analógicos que tienen una función en el conjunto de relaciones interpersonales (Ochoa, 1995; Madanes 1982).
- c) Los síntomas son señales de que existen coaliciones permanentes entre personas que pertenecen a diferente orden de jerarquía (Ochoa, 1985). Por lo tanto, se interesa en la *jerarquía familiar*, por lo que se espera de cada subsistema y describe a los sistemas patológicos en términos de una jerarquía incorrecta (Mदानes 1982).

En cuanto a lo que es el problema se rige bajo las siguientes premisas:

- a) Busca *definir un problema* de manera que sea posible solucionarlo y toma en cuenta la red social más amplia en la definición y solución.
- b) Rara vez usa los criterios diagnósticos de la psiquiatría, y en lugar de diagnósticos define problemas.

En función de los objetivos de la terapia considera que:

- a) Ayuda a las personas a sobrellevar las crisis por las etapas de la vida, sobre todo el período en el que los jóvenes dejan el hogar.
- b) No se centra al crecimiento personal ni se preocupa por el pasado, más bien se centra en las *soluciones*.

- c) Busca impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas.

En cuanto a la forma de hacer terapia sigue estos principios.

- a) El terapeuta asume la responsabilidad de influir sobre el paciente, por lo tanto la responsabilidad del tratamiento. Se considera una *terapia directiva* planificada deliberadamente.
- b) Para trabajar en terapia se necesita identificar problemas solubles y fijar metas, es decir operacionalizar el problema.
- c) El terapeuta se encarga de diseñar un enfoque particular para cada problema.
- d) Se puede corregir el enfoque de ser necesario, si la estrategia no funciona hay que cambiarla.
- e) Existe flexibilidad en cuanto a los enfoques empleados, es decir se pueden usar los que sean necesarios para dar solución al problema.
- f) Finalmente, la evaluación del resultado es básica para este enfoque.

Conceptos principales

El terapeuta estratégico guía el tratamiento bajo las premisas anteriores, de igual manera hay en su bagaje conceptos clave, que se mencionan a continuación.

Problema: Tipo de conducta que forma parte de una secuencia de actos entre varias personas (Madanes, 1982).

Síntoma: Contratos entre seres humanos, que mantiene adaptaciones y rotula problemas. Es una forma analógica de comunicarse con los demás, la expresión de un problema y una forma de solución, aunque a veces insatisfactoria (Madanes, 1982), representa una incongruencia entre un nivel de mensaje y un nivel metacomunicativo, una conducta extrema, seguida de una indicación de imposibilidad de remediarla.

Etapas de la vida familiar: Con frecuencia las personas se atorán en una de las etapas de ciclo vital; un síntoma también representa la dificultad de superar una etapa, el terapeuta observará esto para tener un enfoque. Las etapas del ciclo familiar son: El galanteo; el matrimonio, el nacimiento de los hijos; dificultades del período intermedio; el destete de los padres; y el retiro de la vida y la vejez.

Jerarquía incongruente: Se refiere a una organización jerárquica en la que la persona de menor jerarquía ejerce un control sobre los otros de mayor jerarquía, lo cual genera síntomas y problemas, estar a cargo de controlar a alguien y a la vez ser dominado es paradójico.

Etapas de la terapia: La terapia se plantea en etapas, primero se define a cada problema como abarcando a no menos de dos personas; modificar la organización familiar; después se plantea el cambio en etapas donde, el primer cambio generará otro cambio en otra relación, y éste a su vez generará otro cambio en otra, hasta que todo cambie; o también, se crea un nuevo problema que al resolverlo genera un cambio que resuelve el problema llevado a la consulta (Madanes, 1982).

La primera entrevista: Se destacan cuatro fases, cada una tiene tareas específicas. La etapa social, en la que se hace sentir a la familia en una situación cómoda y conocer a la familia. Etapa del planteamiento del problema, se hacen preguntas para conocer las circunstancias del problema. Etapa de interacción, se ven las pautas de organización de la familia y que dialoguen sobre el problema. Etapa de fijación de metas, se obtiene una formulación clara de los cambios deseados (Ochoa, 1982).

Diagnóstico: Aunque este enfoque no se guía por los diagnósticos, recientemente Haley hizo una observación al respecto y los definió como el “conjunto de categorías de carácter práctico y fáciles de entender que guiarían la actuación del terapeuta para que la terapia tuviera éxito” (Haley y Richeport-Haley, 2006, pp. 27).

Estrategia: El terapeuta planea una situación que lleve a la familia a lograr el cambio y dejar el síntoma, lo cual hace a través de una serie de directivas.

Directivas: Se define como *“todo lo que se haga en terapia... toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en este sentido está impartiendo una directiva”* (Haley, 1988 pp. 64). Una formulación de lo que es una directiva sería las tareas que el terapeuta imparte durante la sesión (Galicia, 2004).

Principales técnicas de intervención

Este modelo basa sus técnicas de intervención en la estrategia para cada paciente. Se dice que es un modelo terapéutico amplio en el sentido que da la libertad al terapeuta de usar cualquier técnica, con el solo requisito de que sea útil para la estrategia, si no funciona entonces se cambia. Como ya se mencionó las directivas es todo lo que se hace en terapia. En general se clasifican como se ve en la tabla 3. Las paradojas son útiles en el tratamiento de familias con interacciones rígidas, Papp hace una clasificación especial de estas técnicas.

Paradojas: Es un instrumento clínico para hacer frente a las resistencias al cambio. Al hacer una intervención paradójica, el terapeuta hace una redefinición del problema que modifica la forma en que la familia percibe el problema. Relaciona el síntoma con la función en el sistema, enumerar las consecuencias si se elimina. De tal modo que se hace una redefinición positiva del síntoma y sistema para la estabilidad. Posteriormente hace una prescripción recomendando continuar resolviendo el problema con el síntoma. Es fundamental conocer de manera muy

precisa la relación entre el síntoma y el sistema y el modo en el que se activan entre sí, porque son estos tres elementos los que se prescribirán. Cuando la familia deja el síntoma el terapeuta hará una Restricción para refrenar los cambios cada vez que se den, argumentando que el síntoma es lo que le da estabilidad a la familia (Papp, 1991).

Se recomienda su uso en los casos en que las intervenciones directas no han funcionado y que se tienen pautas de interacción disfuncional muy arraigadas. No se recomiendan en los casos en que se tienen que hacer intervenciones rápidas de control o para dar estructura (Papp, 1991).

Tipo de directiva	Descripción
Directivas Directas	Son indicadores para modificar ciertas secuencias de interacción, primero se motiva a la familia para que acate la indicación, la cual debe ser muy precisa y que vaya directa al grano. En ellas se incluyen los consejos, el coaching, pruebas exigentes y penosas, tareas para casa, etc.
Directivas Indirectas	Se usan cuando el cliente no responde a las intervenciones directas, por lo general se le pide al paciente que evite cambiar, aconsejar que sigan como están, usar una comunicación metafórica, prescribir tareas absurdas y no hacer nada para provocar la frustración.
Directivas Paradójicas	Son directivas que cuestionan las posibilidades de mejoría y señalan los riesgos. Se dan dos mensajes a la vez, en uno se le pide al paciente que cambie pero por otro lado se le pide que no cambie, estas directivas son del tipo indirectas pero por su grado de complejidad se les clasifica en sí mismas.

Tabla 3 Tipo de directivas en la terapia estratégica

Existen tres tipos de prescripciones:

Intervenciones directas: basadas en la aceptación: pretenden cambiar las reglas y roles de la familia. Se aconsejar, explicar, sugiere, interpreta, designan tareas concretas.

Intervenciones paradójicas: basadas en el desafío: El éxito de esta intervención depende de que la familia se oponga a cumplir la prescripción del terapeuta.

Intervenciones basadas en el cumplimiento y en la oposición: El terapeuta indica a uno de los miembros de la familia invertir su conducta, con lo que se espera esto provoque una respuesta paradójica en otro miembro. Se requiere de la colaboración consciente del miembro de la familia y la oposición del otro.

Es importante señalar que para este modelo, la intervención inicia desde la formulación del problema y la creación de la estrategia (Galicia, 2004), definir en qué dimensión se ubica el conflicto y quienes están relacionados con él.

La *redefinición y la connotación positiva* del problema en términos distintos de los que presenta la familia, de manera que queda ser resoluble, es una de las técnicas más empleadas. Mediante éstas el terapeuta pone en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente del contexto familiar (Ochoa, 1985).

Las *técnicas hipnóticas* se consideran como parte de los antecedentes de este modelo, mediante el trance el cliente puede ver de diferente manera su vida y comenzar a buscar la solución a sus problemas.

Las *ordalías* son técnicas muy usadas en este modelo y consisten en plantear al paciente una instrucción, o una tarea que implique un castigo, pero a la vez ese castigo resulte beneficioso, de manera que haga o deje de hacer la instrucción se beneficia.

En cuanto a los problemas presentados en los niños se consideran que son producto de un conflicto en el que se hace una coalición entre el hijo sintomático y uno de los padres. Para estos problemas se plantean tres estrategias a seguir: a) se utiliza a la persona periférica; b) se quiebra la díada mediante una tarea; y c) se penetra a través de los progenitores.

En el caso de los problemas de pareja se recomienda considerar para las estrategias que los síntomas en la pareja son una forma de solucionar los problemas de pareja, en ocasiones uno de los cónyuges tiene el síntoma o puede presentarlo un hijo. Esto produce un foco de interacción que mantiene equilibrada la vida matrimonial. En general, se siguen ciertos pasos para tratar este tipo de dificultades:

1. El terapeuta se niega a ser colocado en una posición dentro de la relación de pareja aceptando la definición que tienen del problema.
2. El terapeuta modifica la definición del síntoma, o metáfora expresada por él.

3. Imparte instrucciones paradójicas con el objeto de producir la conducta sintomática o la conducta expresada metafóricamente por el síntoma.
4. Le prescribe directamente al esposo sintomático una tarea penosa vinculada con el síntoma; o al esposo no sintomático que se ocupe de esa tarea penosa.
5. Exagera paradójicamente la incongruencia jerárquica de la pareja mediante directivas destinadas a instalar a los esposos a reorganizarse en una jerarquía más congruente.
6. Fomenta la unión de la pareja y el mejoramiento de su relación mutua para que ya no recurran al sistema de interacción centrado en el síntoma como una analogía y una solución de sus dificultades.

1.2.3. Terapia Breve Enfocada a Problemas

La terapia breve no significa menos tratamiento, sino mayor eficacia, la cual va dirigida a un estado específico o un objetivo (Eguiluz, 2004). La terapia breve tiene como fin cambiar la interacción problemática, individual o familiar, a través de cumplir los objetivos definidos en conjunto por el paciente y el terapeuta. A diferencia de otro tipo de terapias, en éste modelo el insight no juega un papel importante, incluso puede o no darse y en ocasiones no se recomienda (Freidberg, 1989). En los siguientes apartados se hace una breve revisión de los fundamentos principales del modelo de terapia breve, así como las técnicas terapéuticas propuestas por los exponentes del modelo.

Antecedentes

Dentro de los inicios de la terapia breve se identifican dos enfoques principales en centrado en los problemas y el orientado a las soluciones, sin embargo ambos tienen sus orígenes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Erickson y de Bateson (Eguiluz, 2004)

El constructivismo, plantea la idea de que no hay una realidad sino la interpretación de la realidad, basada en los significados y lenguaje. Las familias construyen su propia realidad; por tanto, la terapia no se ocupa de la “verdad” sino de las experiencias de los clientes.

Milton Erickson, por su parte propone que no hay resistencia de la familia, en cambio hay el concepto de la utilización para la solución, “seudo-orientación temporal” a través del trance se tiene una distorsión del tiempo. Las aportaciones de Erickson son muy significativas y se le considera pionero en diversas áreas de la terapia, sobre todo consideraba que el terapeuta debía de usar como objetivo

terapéutico los recursos y soluciones del paciente, además de que se debería evitar el uso de perfiles patológicos.

En tanto Bateson, menciona que hay una relación recursiva entre el significado la acción. Un cambio de visión del problema puede provocar un cambio en la conducta. Aporta las ideas del pensamiento cibernético y la circularidad de los procesos interactivos.

En conjunto estas ideas plantean los principios sobre los que se desarrollaría un modelo de intervención terapéutica basada en las interacciones y relaciones entre las personas, apoyándose en la comprensión de la comunicación que construye los significados (Eguiluz, 2004), que está atento al proceso de cada paciente, y en donde hay libertad de cambiar de estrategia si ésta no resulta después de un tiempo. Ya que si se insiste en seguir con la misma postura corre el riesgo de que las resistencias aumenten o que el paciente deje de creer en el terapeuta. Para evitar esto último, el terapeuta conocerá cuales son las estrategias usadas con anterioridad, para poder decidir las del tratamiento (Fisch, Weakland, y Segal, 1988).

Principales exponentes

El modelo de terapia breve enfocado en el problema fue elaborado por Weakland, J.; Jackson, D.; Watzlawick, P. y Fisch, quienes trabajaban en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto California (Eguiluz, 2004). En 1967 después de diez años de haber abierto el MRI, Don D. Jackson construyó el “Proyecto de Terapias Breves” (Sánchez y Gutiérrez, 2000), el cual tenía como objetivos solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presentan las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicados por otros, y estudiar los cambios de los sistemas familiares.

Postulados principales

Los fundamentos que dirigen a la terapia breve enfatizan, desde el punto de vista sistémico, las interacciones y relaciones entre las personas; y en general, son los siguientes (Freidberg, 1989).

1. Las percepciones determinan la interacción de las personas con el medio ambiente, en la realidad participa lo individual y lo social.
2. Los hechos pueden estar distorsionados por la percepción, sin embargo pueden ser corroborados por un observador, y, por otro lado la interpretación de estos hechos es materia de la terapia.
3. La resistencia es algo que los pacientes han elegido como la mejor opción dadas las percepciones de su realidad; aquí la resistencia es usada como un elemento de cambio, se reetiqueta y se connota positivamente.

4. Algunos modelos limitan las opciones de las personas y dejan de funcionar en las condiciones presentes, por lo que la gente va a terapia buscando un cambio.
5. Lo importante son las relaciones y estructuras que mantienen una situación, verlo de ésta manera amplia las posibilidades de solución a diferencia de una visión causa-efecto.
6. La interacción con el medio mantiene en operación una respuesta por absurda que sea. Este principio permite modificar las respuestas de las personas cercanas con el fin de eliminar una conducta considerada disfuncional.
7. Los principios sistémicos aplicados a la terapia breve son: Circularidad vs. Linealidad. Retroalimentación: Retroalimentación negativa y Retroalimentación positiva. Entropía vs. Negentropía. Equifinalidad. Organización.
8. Las personas interactúan con base a las reglas de la comunicación. A) No es posible no comunicar. B) Puntuación de hechos o secuencia de hechos. C) Niveles de comunicación: Contenido, Relación: complementarias, simétricas y paralelas. Polaridades y valoración de la totalidad, (escaladas). El síntoma como comunicación. Modalidades de comunicación.
9. Ciclo vital de la familia y capacidad de transitar de una etapa a otra.
10. Definición de metas para evitar perpetuar una relación terapéutica debido a la vaguedad o inexistencia de objetivos. Por lo que plantea preguntas como:
 - Qué específicamente quiere cambiar (explicitado en términos positivos).
 - Cómo sabría si lo obtiene.
 - Cuál sería una demostración de que lo obtuvo.
 - Cuándo sería capaz de presentar esa conducta y cuando no.
 - Qué pasaría con las personas cercanas si logra un cambio.
 - Qué le impide tenerlo o qué quiere para ser capaz de lograrlo.
11. Exploración de las soluciones intentadas.
12. Búsqueda de lo significativo o de lo que hace una diferencia. Verificar bajo qué circunstancias aparece el síntoma, es decir, contextualizarlo.
13. Conexión de entre las conductas disfuncionales y las soluciones (Freidberg, 1989).

La terapia breve no busca la realidad sino una idea de eficiencia. No busca causas históricas. No busca la patología. No es normativa. No es una terapia de

crecimiento. No se maneja el concepto de ganancias secundarias del paciente. Se acepta todo lo que el paciente trae. Se trabaja con un solo problema por tratamiento. Considera que los problemas se dan por mal manejo de las dificultades cotidianas. Se buscan los pequeños cambios que traerán otros cambios. Se centra a 10 sesiones aproximadamente por problema (Eguiluz, 2004).

Conceptos principales

La **concepción de Familia** es un sistema evolutivo que pasa por crisis y cuando no hay buen manejo de éstas se originan los síntomas.

Se considera como **paciente** real a quien presenta la queja, no es necesario trabajar con toda la familia, se trabaja con los más motivados pues eso aumentará las posibilidades de éxito en la terapia (Eguiluz, 2004).

Concepción del **problema**: Se hace una diferenciación entre dificultades y problemas, las primeras son un estado de cosas indeseables que puede resolverse mediante un acto de sentido común (cambio del tipo 1), mientras que los problemas son callejones sin salida, de crisis y situaciones al parecer insolubles, creadas por enfocar mal las dificultades (Eguiluz, 2004). Los problemas son una dificultad que se convierte en un problema cuando: 1) se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la dificultad. Lo cual desencadena un círculo vicioso, convirtiéndose en un problema que puede adquirir grandes dimensiones (Fisch, et al, 1988).

Mantenimiento del Problema. Éste se da por las soluciones ensayadas por las personas, por los modos específicos utilizados para tratar de corregir el problema (Fisch, et al, 1988).

Solución Terapéutica del Problema. Cuando el terapeuta interviene para solucionar un problema, altera las conductas que mantienen el círculo vicioso (mantenimiento del problema), para interrumpir el ciclo e iniciar la desaparición de la conducta problemática (Fisch, et al, 1988).

Capacidad de Maniobra del Terapeuta. Tener la libertad de actuar y poner en práctica lo que el terapeuta considere apropiado en el transcurso del tratamiento, con la posibilidad de emprender acciones con propósito, a pesar de los obstáculos e inconvenientes que se presenten (Fisch, et al, 1988).

Postura del Paciente. Es una inclinación interna de los pacientes, que puede ser utilizada para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta (Fisch, et al, 1988).

Principales técnicas de intervención

De manera amplia, las técnicas más usadas, por el modelo de terapia breve se centran en solucionar la dolencia original, reflejada en un cambio cognitivo o un cambio conductual. Las intervenciones suelen ser de dos tipos: sencillas y directas o complejas y paradójicas. Además se clasifican, según el tipo de problemática que se trate en intervenciones principales e intervenciones generales (Fisch et al., 1988).

Intervenciones generales

Las Intervenciones Generales, se pueden usar en cualquier momento de la terapia (Eguiluz, 2004) y se clasifican en cuatro tipos de intervenciones:

1. No apresurarse.

- ✓ Pedirle al paciente que no sea tan rápido en la solución del problema.
- ✓ Ofrecer razonamientos que justifiquen la petición.
- ✓ Formular la petición en la primera sesión.
- ✓ Se da la indicación a pacientes que tienen una solución ya ensayada de esforzarse mucho y a los que presionan mucho al terapeuta.
- ✓ Indicar a personas que llegan reportando cambios.

2. Cuestionar los peligros de una mejoría.

- ✓ Ampliación o variación de la anterior.
- ✓ Preguntar al paciente si se haya consciente de los peligros que implica la solución del problema.
- ✓ Se usa para presionar al paciente para que obedezca a nuevos encargos.

3. Un cambio de dirección.

- ✓ El terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia y ofrece al paciente una explicación de la variación.
- ✓ Cambio cuando el terapeuta comienza a discutir con el cliente.
- ✓ Cambiar poniéndose en un lugar de simulada inferioridad.
- ✓ Hacer referencia a la consulta de otro colega o persona más experta.

4. Cómo empeorar el problema.

- ✓ Se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren.
- ✓ Se le menciona al paciente todos los esfuerzos que ha hecho para resolver el problema ellos harán que empeore, de modo que implícitamente se dan las indicaciones para que mejore.
- ✓ Prescribir al paciente aquello que ha estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren (Fisch et al., 1988).

Intervenciones Principales

Se usan cuando se tienen datos suficientes del contexto de los 5 tipos de soluciones intentadas: forzar algo que solo puede venir espontáneamente; dominar un acontecimiento temido aplazándolo; llegar a acuerdos mediante la coacción; conseguir sumisión a través de la libre aceptación y confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa (Freidberg, 1989).

1. Tratar de cambiar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente. Cuando hay algún malestar la mayoría de las veces las molestias desaparecen espontáneamente, en cambio cuando se busca consejo de algún médico, suele suceder que las molestias aumenten y se conviertan en situaciones complejas difíciles de resolver (Freidberg, 1989). Para tratar este tipo de situaciones se sugiere:

- Establece una dolencia relacionada sólo con el mismo.
- Problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico, sexual, funcionamiento intestinal, función urinaria, etc.
- No resulta efectivo limitarse a decirle al paciente que deje de esforzarse tanto, porque él cree que es el único modo de hacerlo, y porque se hace más consciente de la conducta y se vuelve más difícil dejarla.
- Se le pide que deje una conducta cuando se le ha enseñado otra.
- Intervenir el intento del paciente por superar el problema.
- Planificar de manera deliberada la aparición del síntoma (Fisch et al., 1988).

2. Tratar de dominar un evento temido, posponiéndolo. Cuando las personas sienten que no tienen las herramientas necesarias para enfrentar los problemas los posponen, lo cual provoca que la ansiedad aumente. En este modelo de terapia se busca enfrentar al paciente con el fracaso (Freidberg, 1989) mediante:

- El paciente se ve atrapado en la contradicción.

- Quejas de estados de terror, ansiedad, fobias, timidez, bloqueos de la escritura.
- Dolencias autorreferenciales.
- Fobias, comienzan de manera inocua.
- Acontecimiento que el paciente no puede dominar (Fisch et al., 1988).

3. Tratar de llegar a acuerdos por oposición. La mayoría de los conflictos se refieren al tema de la cooperación mutua. Para aplicar esta técnica es necesario que la familia intente otra clase de solución (Freidberg, 1989).

- Conflicto interpersonal centrado en temas que requieren una mutua colaboración.
- Tipo de conflictos: riñas conyugales, entre padres e hijos, entre compañeros de trabajo.
- Acude a terapia una de las partes en conflicto, generalmente quien siente que esta descalificada su posición.
- Por lo general sólo acude una vez la parte ofensora.
- Se ensaya como solución el sermoneo y exigencias.
- Este tipo de conductas provoca la conducta que se desea eliminar.
- Estrategia: que el solicitante de ayuda se coloque en una posición de inferioridad.
- El terapeuta deberá preocuparse por venderle al paciente la idea de que debe aprender a solicitar sin un estilo autoritario.
- Hacer peticiones concretas (Fisch et al., 1988).

4. Intentando obtener algo, pero queriendo que sea voluntario. Esto refiere a la situación en la que se quiere algo al mismo tiempo que se niega quererlo. La solución se da cuando el terapeuta logra que la persona pueda pedir las cosas directamente (Freidberg, 1989).

- Intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación.
- Pedir un esfuerzo y sacrificio.
- En los problemas conyugales surge la paradoja eterna de adivinar lo que necesita el otro para darlo sin obligación.
- Una persona pide sumisión de la otra al mismo tiempo que niega que está pidiendo tal sumisión.

- Estrategia para afrontar estos problemas: lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente (Fisch et al., 1988).

5. Confirmando las sospechas de un acusador, al defenderse. Este tipo de juego es muy común que llega a uno de los puntos críticos en las situaciones de celos, sólo termina cuando uno de los dos abandona su rol. Para aplicar este tipo de técnica es necesario buscar la inversión respuestas, que éstas no suenen a cínicas o burlonas. Pedirle al acusado que de vez en cuando actúe la conducta de la que se le acusa y otras veces la haga espontáneamente, entonces hay un desequilibrio porque ya no se sabe si la conducta es verdadera o la está fingiendo, frente a esto la familia se vuelve más comprensible (Freidberg, 1989).

- Alguien sospecha que otra persona está haciendo algo que se considera incorrecto.
- Infidelidad, exceso de bebida, delincuencia, falta de honradez.
- El miembro A acusa a B y B responde con una negación y autodefensa, la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. Por lo que A continúa con sus acusaciones, B refuerza sus defensas y así se repite.
- Juego del acusador y el defensor.
- Se acaba el juego cuando alguien abandona su papel repetitivo.
- Termina el juego con una intervención de interferencia (Fisch et al., 1988).

Por otro lado se usan intervenciones específicas las cuales contemplan la redefinición, las tareas, las prescripciones paradójicas, el uso de cuentos y metáforas.

Otra técnica psicoterapéutica usada es la reestructuración, que se plantea dentro de un marco de referencia teórico de la cibernética de segundo orden, y de la teoría de la comunicación humana. Esta técnica no sólo es una reestructuración de la concepción del paciente, va más allá llegando a una reestructuración de los modelos de psicoterapia y cuestionando la existencia de una verdad absoluta (Watzlawick y Nardone, 2000).

Se ha considerado que hay dos órdenes de realidad. Lo reflejado por las propiedades físicas de los objetos que percibimos, se considera como una realidad de primer orden; mientras que el significado y valor que le damos a estos objetos, es llamada de segundo orden, la cual depende del marco de referencia de cada persona (Watzlawick y Nardone, 2000).

La mayoría de los problemas se ubican sólo en la realidad de segundo orden; aunque es probable que cuando hay trastornos graves, la realidad de primer orden se ve afectada por ilusiones, alucinaciones o cambios conductuales (Watzlawick y Nardone, 2000).

Watzlawick, plantea que:

“Cualquier psicoterapia eficaz consiste en un cambio exitoso... [del] marco de referencia o, en pocas palabras, del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad, que dependiente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor y sufrimiento” (Watzlawick y Nardone, 2000, 132 p.)

Si un paciente llega con una problemática determinada, ubicada en la realidad de segundo orden (cómo interpreta la realidad de primer orden), se buscará que cambie el significado que causa el sufrimiento, a través de presentarle otras formas de ver la realidad o de prescripciones de comportamiento. De modo que, reestructurar se define como:

“cambiar el fondo o la visión conceptual y/o emocional en relación con la cual se experimenta una situación poniéndola dentro de otro marco que se adapta, tan bien o mejor que aquél, a los “hechos” de la misma situación concreta, cambiando así completamente su significado” (Watzlawick y Nardone, 2000, 134 p.)

Guía para el tratamiento

Para este tipo de terapia la planificación es algo crucial para obtener éxito terapéutico desde la llamada telefónica el terapeuta comienza su trabajo, en la primera sesión buscará obtener información que le permita tener claridad del problema y hacer las intervenciones pertinentes, para ello contempla los siguientes puntos:

Establecer los problemas del cliente:

Se comienza con una comprensión clara del dolor que trae al consultorio el paciente. En algunos casos puede expresarla de manera clara; mientras que en otros casos la dolencia puede ser vaga y huidiza. En la medida en que el paciente tenga una visión más compleja o rebuscada de lo que le pasa será menos clara la naturaleza de su dolencia; en cambio mientras menos complejo sea se expresará con mayor claridad respecto a su dolencia, pero la no podrá elaborarla. Cuando el malestar es poco claro, el terapeuta deberá clarificarlo, para poder trabajar sobre su eliminación.

Establecer la solución intentada por el cliente.

El problema se mantiene gracias a los esfuerzos del paciente y de su familia por eliminarlo. La información de que se ha hecho en el pasado tiene utilidad si se usa como ejemplo de lo que no se debe de hacer. Lo más importante es conocer que es los esfuerzos actuales para combatir el síntoma. Es probable que los múltiples esfuerzos, no sean más que variaciones de un mismo tema o *impulso central*, o categoría de esfuerzos. Una vez que se ha identificado el impulso básico de los

esfuerzos del paciente, se puede pasar a la siguiente fase del proceso de planificación.

Decidir qué se debe evitar.

Hay que apartarse de lo que no se quiere repetir. Para eso el terapeuta se preguntará ¿qué es lo que más me interesa evitar? La respuesta se encontrará en el impulso principal de los esfuerzos para hacer frente al problema. Habrá que evitar recomendar al paciente lo que ya ha intentado antes, para no colaborar con el mantenimiento del síntoma.

Formular un enfoque estratégico.

El tratamiento sólo puede avanzar cuando el terapeuta sigue una estrategia, la más efectiva por lo regular son las que se oponen al impulso básico del paciente, alejándose 180° de éste. Se buscará un impulso estratégico auténticamente opuesto. No hay estrategias neutrales que al mismo tiempo resulten útiles, con frecuencia, son una forma del impulso básico del cliente.

Formular tácticas concretas.

El terapeuta recomendará o sugerirá cosas concretas a los clientes. El paciente deberá dejar las soluciones empleadas con anterioridad, sin embargo, no se le deberá de limitar a dejar de hacer algo, sin hacer otra cosa a cambio. Para formular un centro de atención estratégico es necesario responder a la pregunta ¿Qué acción será más eficaz para impedir la solución tradicional? Se puede elegir entre una acción fácil de incorporar en la rutina diaria del cliente y otra acción que exige un acontecimiento especial o infrecuente, al respecto, es más probable que se decida por la primera. Otra manera de conseguir un impacto estratégico es solicitarle al paciente que haga un pequeño cambio en el manejo del problema, tan pequeño que parezca insignificante, esta sugerencia se aceptará fácilmente porque se considera un cambio secundario, sin embargo puede tener un alto impacto en el cese del problema. Se pondrá interés a sugerencias relativas a la acción, más que a lo verbal. Otra consideración es ver quién es la persona más involucrada en la conservación del problema y quién está más receptivo al cambio, es decir quién tiene el papel más estratégico.

Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender” la tarea.

El terapeuta deberá planear la manera de inducir al paciente a cumplir la tarea de hacer lo contrario de lo que estaba acostumbrado, de manera que no le resulte incomodo o difícil hacerlo y entonces abandone el tratamiento. En este tipo de terapia se usa el marco de referencia del paciente, siendo la directriz lo que resulta razonable ante los ojos del paciente. El marco de referencia del paciente encuadrará las intervenciones, de modo que el lenguaje usado, el tono, la explicación, etc., estarán acordes al marco del paciente.

Formular objetivos y evaluar el resultado.

Los procedimientos deben de estar ligados a los objetivos. De modo que se considera sobre qué base se eligen los objetivos y que tipo de datos indican el éxito o fracaso. Evaluar los resultados basados en la idea de “normalidad”, “salud”, “homeostasis funcional”

1.2.4.Terapia Breve Enfocada a Soluciones

La terapia breve se atiene esencialmente a fenómenos observables, es pragmática y se basa en la idea de que los problemas son producidos y mantenidos por las premisas a través de las cuales se observan los problemas y por las consecuencias repetitivas de las conductas (Cade y O’Hanlon, 1995). Por otro lado la terapia centrada en la solución es una propuesta basada en obtener imágenes de la familia en el tiempo, antes de que se presentara el problema y después de resuelto el mismo (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Esta modelo surge dentro de las terapias breves, por lo que ha recibido influencia de los más importantes autores de la terapia familiar. En el presente trabajo se hace un breve resumen de los antecedentes, exponentes principales y los principios que dan cuerpo a este tipo de terapia, así mismo se analizan algunas de las técnicas principales.

Antecedentes

La terapia centrada en la solución (TCS) surge propiamente como terapia familiar breve en Milwaukee, Wisconsin, a finales de la década de los 70. Se le considera una hermana menor del modelo de terapia breve desarrollada en el Mental Research Institute (MRI). Pero mientras en el MRI se enfocaban a interrumpir las pautas interaccionales que los terapeutas identificaban como intentos imperfectos de solución, el enfoque ecosistémico del Brief Family Therapy Center, se centraba más en la colaboración y basaba sus intervenciones en la idea de que *“la familia tiene la solución”*. Por otro lado se consideraba que los terapeutas y clientes formaban un suprasistema terapéutico que generaba nuevas pautas interaccionales que no eran problemáticas (Lipchik, 2004).

En 1982 la terapia breve centrada en los problemas pasó a ser una terapia familiar TCS, a partir de un hecho casual, en el que los terapeutas se percataron de que ante una familia en la que no se percataba ningún avance, le pidieron se centrara en lo que no les gustaría cambiar, a partir de allí la familia comenzó a experimentar cambios y satisfacción por su forma de relacionarse con los miembros de la familia (Lipchik, 2004).

Las ideas que antecedieron y dieron cuerpo a esta terapia se ubican en los trabajos de Erickson pues consideraba que lo que buscan los pacientes son la soluciones a sus problemas y no su rotulo, por otro lado consideraba que los

pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución, por lo que el terapeuta tiene que utilizar como objetivo terapéutico los recursos y soluciones de sus pacientes, por otro lado decía que no hay resistencia de la familia, en cambio hay el concepto de la utilización para la solución, “seudo-orientación temporal” a través del trance se tiene una distorsión del tiempo. (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Milton Erickson, en 1954, planteaba que una terapia no intenta corregir inadaptaciones y busca usar los recursos del cliente para ayudarlos a resolver sus propias necesidades de modo que sus vidas sean satisfactorias.

A finales de los 60s y principios de los 70 la terapia breve y la sistémica se conectan. Las ideas de Bateson plantean que hay una relación recursiva entre el significado y la acción, y que un cambio de visión del problema puede provocar un cambio en la conducta. Además incluyó las ideas del pensamiento cibernético para entender los sistemas interaccionales.

En 1968 se funda el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto y el Brief Therapy Center. En 1969 De Shazer elabora su propio modelo de terapia breve. En el Brief Family Therapy Center (BFTC).

Otra de las influencias importantes es el Constructivismo que se centra en la interpretación de la realidad, significados y lenguaje. Se basa en las expectativas de una nueva realidad de cada grupo familiar. Este modelo también toma algunas bases del modelo de Milán y de las ideas de Michael White, por lo que se le considera una extensión del modelo constructivista, que fundamenta que las familias y los individuos forman su propia realidad y no el terapeuta. Basados en este principio es que los terapeutas ayudan a los clientes a construir otra nueva realidad.

Principales exponentes

Los principales exponentes de este modelo son Steve De Shazer, quien había trabajado en el MRI y después fundó el BFTC de Milwaukee, de hecho se le reconoce como el fundador de este modelo, junto con él trabajaron y compartieron ideas del trabajo terapéutico Insoo Berg, quien se dedicó a preparar terapeutas; Eve Lipchik, quien se enfocó a elaborar cuestionarios terapéuticos; Michelle Weiner-Davis, todos ellos trabajaron en Estados Unidos.

Otro de los principales exponentes de este modelo, aunque él lo llamo terapia orientada a la solución fue William O’Hanlon, quien trabajó en Nebraska y fue formado por Milton Erickson. O’Hanlon, planteaba la idea de que los límites que las personas les dan a sus conductas los restringen de aplicar soluciones a sus problemas, en cambio si los métodos no llegan a satisfacer el comportamiento no es cuestionado ni se buscan nuevas soluciones para resolverlos.

Postulados principales

Las terapias breves cuentan entre sus principales postulados el que: a) La comprensión del problema se hace desde una visión interaccional; b) Toda intervención produce un efecto; c) La comunicación construye significados; d) Codificar la percepción de la realidad de manera diferente; e) No hay una realidad única, ni una sola manera correcta de vivir la vida. Otros postulados planteados por

1. La mayor parte de los trastornos se desarrollan y mantienen en el contexto de la interacción humana. Las soluciones consisten en cambiar los modos de interacción en el contexto de los vínculos situacionales peculiares.
2. La terapia breve busca ayudar a los clientes a hacer algo diferente, cambiando su comportamiento interactivo y /o su interpretación del comportamiento o de las situaciones. Para poder llegar a una solución.
3. La “resistencia” se entiende como la forma que tiene el paciente para comunicar la forma en que debe el terapeuta ayudarle.
4. Es posible construir un concepto nuevo y ventajoso al menos en algún aspecto del trastorno del cliente.
5. Lo que hay que producir es sólo un pequeño cambio que conduzca a otros cambios que busquen la mejora. Cuando mayor es el deseo de cambio, la colaboración se hace más difícil.
6. El cambio en una parte del sistema lleva a cambios en todo el sistema.
7. Es posible hacer una terapia eficaz, incluso cuando el terapeuta no tiene aún definido de que se lamentan los clientes.
8. Se centra en los recursos y posibilidades de las personas.
9. Se ve como una totalidad al terapeuta principal, el equipo y a la familia.
10. Como el sistema es circular lo que suceda en un punto del circuito puede transmitirse a todo el sistema.
11. Se buscan las excepciones, más que la resistencia.
12. No se necesita saber mucho sobre el problema para resolverlo.
13. Las soluciones son más importantes que los problemas.
14. La colaboración es algo inevitable.
15. El cambio es constante e inevitable.
16. Solo se necesita un pequeño cambio.
17. Los pacientes fijan los objetivos del tratamiento.

18. El paciente no tiene una “postura”
19. La duración es aproximadamente de 10 sesiones.

Conceptos principales

Trastornos y soluciones. Para la terapia breve las **dificultades** son las molestias que caracterizan la vida cotidiana y que los clientes llaman *problemas*. Los **trastornos** son las dificultades en los intentos recurrentes e ineficaces para superar esas *molestias*, acompañadas de la sensación de que son situaciones estáticas, nada lo podrá cambiar. Las **soluciones** son los cambios comportamentales y /o perceptivos que el terapeuta y el cliente construyen para modificar las dificultades.

La construcción de soluciones. Para construir las soluciones se parte de una idea de cómo se construyen los trastornos y se trazarán un mapa de acuerdo a esta idea. En la construcción del trastorno, un trastorno puede ser relativamente pequeño, pero conducir a consecuencias desproporcionadamente grandes.

Crear expectativas de cambio. Lo que esperamos que suceda influye sobre lo que hacemos, de modo que si esperamos que se presente la molestia se presentará. Si hacemos cosas distintas, se genera una expectativa de cambio. De modo que es útil ayudar a los pacientes a crear una idea de lo que les gustaría que pasara para que pueda esta idea influir en sus conductas.

Concepción del problema. Los problemas no son cosas, son patrones de habla, pensamiento y acción. Por lo que se trabaja con un individuo o con una familia a quien se le denomina clientes. Se inicia el trabajo con la persona más motivada al cambio. Se puede empezar con toda la familia y luego separarlos por subsistemas o iniciar solo con uno y después llamar a los otros miembros.

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

Tipo de actividades: Durante la primera entrevista los terapeutas introducen a la organización y los procedimientos de la terapia; se expone el trastorno y se exploran las excepciones de las reglas del trastorno. Posteriormente se definen los objetivos de la terapia y la definición de las posibles soluciones. Se hace una interrupción, pausa, en la consulta para evaluar con el equipo u ordenar las notas dependiendo si se trabaja individual o en equipo. Al final se entrega un mensaje al cliente. Durante las siguientes sesiones ya no se habla del trastorno y sólo se enfoca a las soluciones. A continuación se hace una breve exposición de algunas de las técnicas empleadas en este tipo de terapia.

Principales técnicas de intervención

La pregunta del milagro

Originalmente esta técnica se atribuye a Erickson, posteriormente de Shazer la denominó “*la pregunta milagrosa*” esta se plantea de la siguiente manera: “Supongamos que una noche mientras estas dormido, se da un milagro y tus problemas están resueltos, ¿cómo te darías cuenta?, ¿cuál sería la diferencia? Al parecer esta pregunta activa el proceso de solución de un problema y dan una visión más clara de los objetivos.

La pregunta excepcional o de la excepción

Plantea que se deberá aminorar el problema del cliente y su origen, dirigiendo la atención únicamente hacia lo negativo de la imagen de éste por causa del problema. Se sitúa al paciente en el pasado y en el presente, cuándo éste no presentaba el problema y se hace una comparación de conductas y actitudes antes y después del problema y se hace una comparación de conductas y actitudes antes y después del problema; por ejemplo: ¿cómo era tu comportamiento antes de tener el problema?, ¿cómo te darías cuenta que el problema ya no existe?

Examen.

El terapeuta tiene que escuchar atentamente lo que el paciente dice durante la entrevista, porque durante ella, el paciente da las claves de la solución. Prestará atención a lo que el cliente dice sobre las doce puertas; los sucesos del pasado que menciona; lo que hace que es beneficioso para él; descripciones de la forma en que se relaciona el cliente con otras personas, y las descripciones de cómo será la vida una vez resuelta la queja.

La tarea del terapeuta es impulsar los elementos necesarios para construir una realidad terapéutica que lleve a una solución. En esta técnica se hace una pausa en la que se delibera y se construye un mensaje terapéutico. La pausa ayuda a generar un ambiente de expectación por parte del cliente generar una “*atentividad de respuesta*” lo que indica que el cliente espera que el terapeuta le indique una dirección. Al regresar de la pausa se hace una sugestión terapéutica o reencuadre.

El mensaje para el cliente comienza con felicitaciones, por lo que él está haciendo de beneficioso, sin importar si tiene que ver algo con la queja. Con esa felicitación se genera una “*tendencia al sí*” lo cual le permite aceptar lo nuevo (tarea o indicación terapéutica) sin dificultad. Las tareas son sugestiones posthipnóticas que funcionan como “*disparadores*” para hacer algo diferente.

La “*tendencia al sí*” es algo que ha estado poco estudiado, sin embargo, se ha hecho la pregunta de “¿Qué signos proporciona el cliente sobre si la intervención ha logrado un ajuste mínimo?, ¿cómo sabemos si hará la tarea? Por lo general, se ha

observado que el lenguaje no verbal es un indicador del éxito del cumplimiento de la tarea. Por ejemplo, si el cliente cambia activamente de posición durante o después de la prescripción y mantiene contacto visual, es probable que si la haga; en cambio, si se muestra con los brazos cruzados, decaído, apartado y evita el contacto visual, es probable que haya más riesgo de que no cumpla con las indicaciones.

La técnica de la bola de cristal

Su autor fue Erickson, se usa para proyectar al cliente hacia un futuro en el que tiene éxito y donde el motivo de queja ha desaparecido. De Shazer observó cuando se inducía al paciente a observar su futuro, actuaba de manera diferente y encontraba una solución; de modo que, la técnica está basada en la solución y no en el problema.

Llaves maestras

Las intervenciones pueden generar cambios sin que necesariamente el terapeuta comprenda detalladamente lo que pasa. Existen algunas técnicas que han demostrado ser útiles para diversos problemas. Por un lado Selvini Palazzoli y Prata inventaron la *prescripción invariante* para familias con casos difíciles, y mencionan que a través de ésta se alcanzaba el corazón del problema sin necesidad de conocer más información del caso. Esta técnica es muy parecida a las “**tareas de formula**”.

En el sentido anterior las técnicas sólo tienen que iniciar nuevas pautas de conducta, de manera que se tenga una llave maestra y no una única llave para resolver las quejas, así mismo, la llave maestra permite solucionar un problema sin la necesidad de conocer todo el trastorno.

a) *Escribir, leer y quemar*. Esta es la primer “*intervención de formula*” desarrollada. Se ha usado en situaciones en las que el cliente manifiesta un malestar obsesivo o depresivo, del cual sea muy difícil salir. Primero se normaliza el malestar y sufrimiento de la persona, posteriormente se le asignan tareas en las que concentre sus energías para poder salir de esa situación. En general, la técnica sigue las siguientes directrices:

1. Disponer de un tiempo de una hora a hora y media diariamente, para concentrar sus esfuerzos en:
2. Durante los días impares escribir durante todo ese tiempo sobre la queja, aunque tuviera que repetir muchas veces algunas frases.
3. En los días pares, leer las notas del día anterior y después quemarlas.
4. Si los pensamientos indeseados se presentan en otros momentos, fuera del horario, decirse a sí mismo “*ahora tengo otras cosas sobre las que pensar; pensaré sobre esto en el horario que corresponde*” o bien, tomar una nota sobre el pensamiento y revisarlo en el horario asignado.

Para que el paciente haga este ritual, el terapeuta debe transmitirlo con fe, de manera que el cliente confíe en que al escribir, leer y quemar, puedan encontrar la solución a sus problemas. Se ha visto que el ritual opera de la siguiente manera:

- Objetiva las preocupaciones, dándoles un carácter más concreto.
- Es más fácil no caer en ideas perturbadoras porque hay un tiempo para ello.
- Los pensamientos “malos” no están prohibidos, y resulta más fácil pensar en otra cosa.
- Las perturbaciones se van literalmente como el humo.
- El cliente comprende que hay “cosas más interesantes que hacer”.

b) *La tarea de la pelea estructurada.* Es una técnica que se ajusta a una peculiar situación problemática de pareja, promueve la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus peleas y disputas. Son cuatro pasos los que la conforman:

1. Echar un volado para ver quién de los dos comienza la pelea.
2. El que comience se dedica a echar pestes por diez minutos ininterrumpidos.
3. Cambiar turno con el otro miembro de la pareja quien también usa diez minutos.
4. Después dejar pasar diez minutos de silencio antes de que inicie otra vuelta de pelea y echar otro volado.

c) *“Haga algo diferente”.* Esta técnica se emplea cuando una persona se queja de la conducta de otra y, después de intentarlo todo queda fijada a la misma reacción reiterada, mientras que la conducta perturbadora continúa. Se da el siguiente mensaje al cliente.

Desde ahora y hasta la próxima vez que nos veamos , nos gustaría que cada uno de ustedes, una vez, cuando sorprendan a _____ haciendo _____(conducta perturbadora), haga algo diferente, por más extraño, fantástico o disparatado que pueda parecerle. Lo único importante es que sea lo que fuere lo que se decida hacer, es necesario que sea algo diferente.

Esta tarea es fácilmente transferible a otras situaciones, porque no es un enunciado específico; no prescribe una acción en particular, no es necesario que el terapeuta conozca exactamente qué es lo que los clientes ya han hecho. Un pequeño cambio “espontáneo” en relación a una indicación generalizada puede impulsar las soluciones.

d) *“Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de...”* (por ejemplo deprimirse, comer en exceso, gritar, embriagarse) es una variante de la fórmula de “haga algo diferente”, esta tarea se usa cuando la persona se queja de su propia conducta o de sí misma.

Toda conducta perturbadora se presenta bajo ciertas condiciones o reglas, aunque los clientes mencionan que siempre se presenta, hay situaciones muy concretas en las que no se presenta. Estas excepciones constituyen frecuentemente el mejor modelo para generar intervenciones, porque las conductas ya forma parte del inventario del cliente. Sin embargo, la mayoría de las veces los clientes no ven a la excepción como tal, sino que lo ven como un accidente o algo fortuito. Más que señalar la excepción lo mejor será generar condiciones para que estas se presenten y así el cliente las pueda observar con facilidad. La tarea de “preste atención a lo que hace cuando supera la tentación o el impulso de...” tiene como fin ayudar a clientes y terapeutas a descubrir las excepciones de la regla.

Pregunta de Escala.

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

Mensaje de Recapitulación.

Su propósito es reflejar lo que se ha revisado en la sesión, además de orientar hacia la cooperación. Se realiza un resumen o declaración de lo que el terapeuta ha escuchado decir al cliente, se da una respuesta del terapeuta que incluye empatía, elementos positivos y una información o punto de vista diferente y finalmente se da una sugerencia (Lipchik, 2004).

Las técnicas que se han descrito no sólo iluminan la creatividad y recursos de los clientes, en realidad no son cosas nuevas, no obstante, sus efectos se irradian a otras áreas, de modo que una pequeña diferencia se convierte en una diferencia mayor.

1.2.5. Modelo de Milán

A continuación se hará una revisión del modelo de terapia familiar sistémica llamado Modelo de Milán, desde sus antecedentes, hasta la escisión que tuvo el grupo de Milán. Se enunciarán las ideas principales que sustenta esta escuela terapéutica, así como las técnicas que proponen, finalmente se plantean conclusiones.

Antecedentes

Para el nacimiento de esta escuela es importante remontarse a la carrera de Mara Selvini Palazzoli, quién es una de las principales precursoras de este modelo, su formación como médica y psicoanalista, influyó en sus ideas sobre la terapia; estuvo dedicada en un principio al psicoanálisis de niños (Selvini, Cirillo, Ettore, Garbellini, Ghezzi, Lerma, Lucchin, Martino, Mazzoni, Mazzuchelli, y Nichele, 1987).

Mara se dedica al estudio de la anorexia en la posguerra, periodo en el que el fenómeno era casi desconocido (Selvini, et al., 1987). En 1945 frecuentaba la clínica médica de la Universidad de Milán, en ese tiempo Luigi Villa era el director de la universidad, y a Mara le toca ver cómo es que él atiende su primer caso de anorexia. El contexto en el que se comienzan a dar estos casos es paradójico, pues al finalizar la guerra a la población se le quita una tarjeta con la que podían obtener una pequeña y escasa ración de comida, en cambio podrían ya obtener todo el alimento que quisiesen, en medio de esto empiezan a aumentar los casos de anorexia y nadie sabía qué hacer. Mara observaba que la posición de Luigi de que se trataba de un trastorno biológico lo incapacitaba y obtenía nulos resultados. Ella veía que las chicas se entusiasmaban cada vez que bajaban de peso lo que le hacía creer que se trataba de un trastorno emocional y se metía en tremendas discusiones con Luigi Villa, de allí fue que nació su pasión por el estudio y tratamiento de la anorexia (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1999).

En 1963, publica el texto “Anorexia Mental”, desde una visión psicoanalítica (Selvini, et al., 1999) posteriormente entre 1970 y 1971 salta al modelo sistémico y concibe las intervenciones paradójicas, solo así pudo tener éxito en sus tratamientos contra los tratamientos individuales (Selvini, Cirillo, Selvini, y Sorrentino, 1993 y Selvini, et al., 1999). De tal modo que en 1978 revisa el texto de anorexia pasando de una visión psicoanalista a la terapia familiar (Selvini, et al., 1999). Según el texto publicado por su hijo Matteo Selvini, quien ha colaborado con ella desde 1982, lo que hace a Mara saltar de lo individual a lo familiar es “una insatisfacción de tipo clínico, *la lentitud y la limitación de los resultados obtenidos con la psicoterapia individual*” pp. 21 (Selvini, 1990).

En 1967 funda el Centro para el Estudio de la Familia de Milán, en el que trabajan psiquiatras y psicoanalistas en grupos mixtos, con dos terapeutas en la sesión familiar y dos detrás del espejo (Bonin, 1991). En ese mismo año se incorpora Boscolo y Cecchin. En este centro se proponían tratar a niños severamente perturbados, junto con sus familias, sin embargo los resultados eran desalentadores, ya que resultaba difícil aplicar los conceptos analíticos a la familia, y no se mostraban mejorías (Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn, 2003).

El grupo de Milán retomó y amplió algunas de las técnicas propuestas por el MRI. El doble vínculo terapéutico de Watzlawick fue nombrado por los de Milán “*contraparadoja*” la cual fue el núcleo de la terapia por un tiempo. Otras técnicas retomadas fueron las ideas de las tareas estratégicas del MRI, y que tuvieron su contraparte en los rituales familiares empleados por el grupo de Milán. Por otro lado

se formalizó la práctica de la visión unilateral como parte del tratamiento (Boscolo, et al., 2003).

En 1971, Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1988) proyectan una investigación, la cual ponen en marcha en enero de 1972, referente a un trabajo terapéutico son 15 familias (cinco de ellas con niños entre 5 y 7 años de edad, con conductas psicóticas graves; y diez con hijos en edades entre 10 y 22 años con esquizofrenia en etapa florida reciente y que o habían sido hospitalizadas) el cual es publicado en 1974 en el libro *Paradoja y contrapadoja*, como informe preliminar.

En 1972, tienen contacto con los informes de trabajo con familias en Estados Unidos, por el equipo de Bateson. En particular la obra del Mental Research Institute (MRI), ejerció una influencia en el grupo de Milán. A partir de ese momento dan un giro del psicoanálisis a una postura sistémica, y fundan Selvini, Boscolo, Prata y Cecchin el *Centro per il Studio della Famiglia*, que tuvo, en un principio, a Watzlawick como consultor (Boscolo, et al., 2003).

El proyecto de Mara se divide en 3 etapas caracterizadas por los cambios del equipo. La primera fue de 1971 a 1978, años en los que trabajo con Boscolo, Cecchin y Prata. El segundo de 1979 a 1985, trabajando sólo con Prata. Y el de 1982 a 1987 trabajando con Cirillo, Mateo Selvini, y Sorrentino. De estas tres experiencias publica el libro de *Muchachas Anoréxicas*, en el que se hace una comparación de los métodos usados por los tres equipos (Selvini et al., 1999).

En 1988 publica el libro de *Los juegos psicóticos de la familia* (Selvini et al., 1993) en el que su meta “es arrojar algo de luz sobre el misterio de la psicosis” pp. 9. Mara Selvini consideraba a la esquizofrenia como una modalidad comunicacional de familias que usan un modelo de intercambio esquizofrénico.

Posteriormente abandona el método de series invariables de prescripciones, desarrolla y modifica el método de la revelación terapéutica, método en el que se pueden dar sesiones individuales dentro del marco de terapia familiar (Selvini et al., 1999).

Mara siempre consideró que el trabajo terapéutico es un trabajo artesanal (Selvini et al., 1993). Se desarrolló como terapeuta privada, pues reconocía que existía una gran dificultad al trabajar en el marco de instituciones, al tener que hacer frente al juego de la familia y al juego de la institución (Selvini et al., 1988). Por lo que de alguna manera se aísla en un grupo pequeño, lo que le da más libertad y espacio para la inspiración, la invención, lo artístico y la reflexión lejos de la burocracia. (Selvini et al., 1993)

El hilo conductor de su investigación sobre la psicosis es “cómo relacionar el trastorno de la pareja parental con el trastorno del hijo” pp. 10, se especializa en el trabajo con la etapa juvenil porque considera que en estas edades se “consuman los peores dramas que quisiéramos ser capaces de prevenir” pp. 9. En sus equipos de

trabajo se daban relaciones igualitarias y colaborativas, donde se rolaban los roles de supervisor y terapeuta (Selvini et al., 1993).

Otra de las áreas en las que incursionó fue en la aplicación del enfoque sistémico en las organizaciones. En 1972 a petición de sus alumnos forma un equipo que trabaja en un proyecto con organizaciones educativas y en 1976 publica sus conclusiones en el libro *El mago sin magia*, en el que descubre que hay pautas que conectan los grades sistemas con la familia (Selvini et al., 1987).

Posteriormente de 1976 a 1979 trabaja con organizaciones heterogéneas (empresas, hospitales, centros de investigación, escuelas, etc.), se reunían semanalmente durante dos horas completando un total de 79 sesiones. De esta investigación concluye que el psicólogo se enfrenta a dificultades al trabajar en organizaciones porque se ve comprometido con los subsistemas de la institución y no define su papel en ellas. Explora los métodos de investigación y sus diferencias entre la familia y la organización. Mencionando que el método sólo se puede formar en el curso de la investigación (Selvini et al., 1988).

Entre sus principales conceptos está el de terapia familiar conjunta, el juego de la familia que se da con base en las reglas del sistema como un simple producto de la propia convivencia; las connotaciones positivas; los ritos familiares; las prescripciones paradójicas; las hipótesis como organizadores de la información; la importancia del uso del equipo terapéutico y las entrevistas circulares, entre otras de sus más importantes aportaciones a la terapia familiar (Selvini, 1990).

Principales exponentes

Originalmente el equipo estuvo formado por Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista de niños y especialista en atención de pacientes anoréxicas, y otros tres psiquiatras Luigi Boscolo, Giuliana Prata y Gianfranco Cecchin. Este grupo trabajo unido durante más de diez años, en este tiempo generaron un modelo sobre los sistemas familiares, el cual usaron tanto con pacientes anoréxicas, como con familias en las que había niños que padecían graves trastornos emocionales (Hoffman, 1987).

Con el último artículo publicado por los cuatro exponentes "*Elaboración de hipótesis, circularidad y neutralidad*" (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980), se marca un cambio de rumbo en la investigación de Selvini Palazzoli y sus colaboradores, y representa el punto medular de la creación de una nueva escuela de terapia familiar. Sin embargo, en este momento, 1978, Boscolo y Cecchin inician su retirada del equipo, optando por la enseñanza en lugar de la investigación, lo que había caracterizado al grupo (Selvini, 1990). Estos últimos autores inician largos viajes por Europa, Canadá y Estados Unidos, con el fin de dar talleres teórico-prácticos, y Hoffman, en el año en que publica su libro de Fundamentos de Terapia Familiar, ya vislumbra la separación del grupo (Hoffman, 1987).

Esta separación se da paulatinamente entre 1979 y 1980; siguieron colaborando pero en 1980 suspenden toda investigación conjunta, aunque compartían el mismo espacio, llegó el momento en que Selvini Palazzoli entendió que la “cohabitación” generaba cierta confusión, lo que llevó a Mara Selvini y a Giuliana Prata, a cambiar de lugar de trabajo (Selvini, 1990).

En 1982 se anunció públicamente que Selvini y Prata cambiaban de sede, se asociaron con otros investigadores y crearon el *Nuevo Centro para el Estudio de la Familia*. De modo que estos nuevos colaboradores retoman y enriquecen las ideas del grupo de Milán, siendo los nuevos exponentes: Stefano Cirillo, Anna María Sorrentino, y Matteo Selvini (Selvini, 1990).

Por su parte Cecchin y Boscolo siguen una línea de formación de terapeutas, bajo el nombre de *Milán Asociados*, enriquecen su visión terapéutica con el planteamiento ecológico, la cibernética de segundo orden y la retroalimentación en el sistema familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Para ellos la noción de “*terapia*” se ha vuelto demasiado tenue frente a todo lo que se le ha atribuido, y el concepto de “*sistema familiar*” ya no es aplicable debido a que cambian de hablar de unidades de tratamiento a “*ecologías del espíritu*” (Boscolo et al., 2003)

Postulados principales

A partir de las diversas influencias teóricas que enriquecen el trabajo del grupo de Milán, se construyen varias premisas que guían la labor de estos terapeutas. Básicamente se pueden identificar las que están relacionadas con la visión sistémica de la familia y el síntoma, la forma de llevar la terapia, y la importancia del equipo terapéutico.

La visión sistémica

El contacto que el grupo mantiene con las ideas de Bateson, Watzlawick y el MRI, les lleva a entender a la familia como un sistema, dónde el comportamiento sintomático se mantiene gracias a los patrones de homeostasis de la familia, existiendo un equilibrio entre la homeostasis y la capacidad de cambio de la familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Para describir su enfoque usan el término *sistémico*, de allí que a esta escuela también se le conoce como Terapia Sistémica de Milán. Retoman la idea central de Bateson de causalidad circular, por lo que constantemente se cuidan de no ser atrapados en la trampa de “pensamiento lineal de la familia”. No identifican un causante de los problemas de la familia, hacerlo así aumentaría la resistencia y reduciría la eficacia del tratamiento, en cambio, creen que el enemigo a atacar es el “**juego familiar**” que mantiene al síntoma (Hoffman, 1994).

En el **juego familiar**, todos los miembros evitan definir la relación y rechazan la definición cuando esta se da, no hay un liderazgo en la familia y nadie acepta la responsabilidad de lo que anda mal. Se mantiene una simetría exacerbada y

encubierta que no termina, dentro de un juego paradójico en el que se salta de un nivel lógico a otro constantemente, y se desconfirma cualquier comunicación entre los miembros de la familia, generando un doble vínculo en él se da una indicación en un nivel verbal y se descalifica en el no verbal y viceversa. Frente a esto la familia no acepta el cambio y el mensaje que da al terapeuta es "quiero cambiar, pero no quiero" (Eguiluz, 2004).

En esta perspectiva **el síntoma** se entiende como efecto de un complejo embrollo de las relaciones familiares, en donde cada uno tiene una responsabilidad, incluso el que porta el síntoma. En tanto el síntoma no es lo que debe de modificarse en primer lugar, sino las relaciones que lo mantienen, de allí que durante las intervenciones terapéuticas no se enfoca a saber los detalles de la conducta sintomática, antes bien se le define como algo positivo para toda la familia y no como una entidad patológica (Selvini Palazzoli et al., 1999).

El método para llevar la terapia

En los orígenes del modelo, el uso del equipo terapéutico como parte del tratamiento fue una innovación en la terapia familiar, estaba formado por dos terapeutas hombres y dos mujeres, y entraban en coterapia una pareja mixta, mientras que los otros dos observaban a través del espejo de visión bidireccional (Eguiluz, 2004). Hacerlo de esta manera permitía al grupo equilibrar las cuestiones de género, y que los terapeutas pudieran entrar al sistema familiar sin el riesgo de ser absorbidos por éste, ya que el equipo hacía las observaciones pertinentes. Con la separación del grupo la estructura del equipo cambio, solo un terapeuta lleva la sesión y otro observa, o en el caso de que haya estudiantes el número de observadores aumenta (Cecchin et al., 2003, Hoffman, 1994).

Las sesiones llevan una estructura definida, la cual inicia con la llamada telefónica, en la cual se recaban los datos generales de la familia y de quienes están solicitando el tratamiento y quienes están involucrados en el problema. Con el tiempo esta fase ha perdido interés y funcionalidad, ya que se ha observado que en ocasiones el que hace la llamada busca mantener una alianza con el terapeuta y la información que proporciona es parte de su visión lineal por lo que se optó por hacer los coloquios (Selvini Palazzoli et al., 1999).

En los coloquios, previos a la fase propiamente de tratamiento, solo participaba un terapeuta, no había equipo observando y se enfocaba a obtener la historia clínica, generar un contexto de fácil comunicación, en el que se pueda decidir la pertinencia de la terapia familiar y definir la naturaleza del problema. Construir un contexto de colaboración para la solución del problema, en el que la familia se percate del sufrimiento del paciente y que se vea el problema como una dificultad del crecimiento (Selvini Palazzoli et al., 1999).

Después de los coloquios inicia la etapa de terapia, propiamente dicha en la que se harán las intervenciones necesarias para la familia. Por lo general se emplean 10 sesiones de tratamiento, aunque en los últimos años, el equipo prefirió

no poner un límite de sesiones y estar acorde con las necesidades de cada familia. Entre cada sesión se daba un tiempo de un mes, ya que se observó que las familias que eran citadas de manera más espaciada tenían mayores resultados y más oportunidad de poner en práctica los cambios derivados de la terapia.

Las sesiones se dividen en 5 fases:

1. La pre-sesión: en ella el equipo analizaba la ficha telefónica, si era la primera sesión, si era subsecuente se leía el acta de la sesión anterior.
2. La sesión: entraban dos terapeutas mientras que los otros dos veían tras el espejo; los terapeutas tratantes directos no revelaban los fenómenos observados, solo propiciaban las interacciones en la familia, si los terapeutas detrás del espejo observaban algo les llamaban para darles indicaciones.
3. La discusión de la sesión: se hacía una pausa en la que ambos equipos de terapeutas se reunían para hacer una discusión de lo presentado en la sesión y decidían cómo terminarla.
4. Conclusión de la sesión: los terapeutas regresaban con un mensaje del equipo para la familia, una tarea o un ritual, y se les citaba para la siguiente sesión que por lo general era en 15 días o un mes.
5. El acta de la sesión: después de que la familia se iba el equipo se dedicaba a realizar un acta de lo que se había observado y se discutían las reacciones que la familia había tenido con la tarea, o el mensaje.

Conceptos principales

El Modelo de Milán se guía en el trabajo con las familias, bajo tres conceptos principales; además de la experiencia clínica se desprenden otros conceptos que han empleado para entender los síntomas de la familia.

Hipótesis: El terapeuta frente a cada familia elabora una hipótesis basada en las informaciones que posee. Con ella el terapeuta determina cual es el punto de partida para la investigación del sistema familiar, de manera que use los métodos terapéuticos más aptos para comprobar la validez de la hipótesis o en su defecto elaborar otra nueva con la información recolectada. Se considera que nunca se inicia una sesión de terapia familiar partiendo de información igual a cero (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980).

La **hipótesis se define** como “una suposición que se hace como base de un razonamiento, sin referencia a su verdad, como punto de partida de una investigación” este concepto se retoma de la terminología de las ciencias experimentales y se hace una analogía entre el método experimental y el trabajo terapéutico, basándose en los tres momentos principales del método experimental:

observación, hipótesis y experimentación. La solidez de una investigación se basa en el segundo momento (Selvini et al., 1980).

El **valor funcional** de las hipótesis es siempre útil, sea verdadera o falsa, ya que incluso cuando la hipótesis es errada aporta información que permite excluir otras variables que fueron en un momento contempladas. Proporciona una guía para obtener nuevas informaciones que la confirmarán, refutarán o modificarán (Selvini et al., 1980).

Dentro del contexto de la terapia la hipótesis tiene un valor funcional en la **coordinación de la sesión**, pues con ella el terapeuta forma los modelos relacionales de la familia. De otra manera, si el terapeuta no tuviera una hipótesis inicial, le estaría dando entrada directa a la hipótesis lineal de la familia, con lo que mantendría las informaciones iguales a cero, es decir no habría nuevas informaciones *input* en el sistema familiar por tanto no habría cambio (Selvini et al., 1980).

Para generar una hipótesis en el Modelo de Milán, se considera primordial que sea una **hipótesis sistémica**, es decir, deberá incluir a todos los elementos de la familia y proponer una suposición del funcionamiento relacional de todo el sistema (Selvini et al., 1980).

Circularidad: Por este concepto se entiende la habilidad que tiene el terapeuta para dirigir su investigación basado en la retroalimentación de la familia, a partir de las informaciones que él mismo introduce al sistema. Para ello es necesario que se desprenda de condicionamientos lingüísticos y culturales. La circularidad es la conciencia o convicción de poder obtener de la familia informaciones auténticas, tomando en cuenta que la información es una **diferencia**, y que la diferencia es **una relación** (Selvini et al., 1980).

Todos los miembros de la familia tendrán la oportunidad de expresar como es que ven la relación entre los otros miembros de la familia, es decir, como ve un tercero una relación, esto con el fundamento de que generar esta interacción produce un “torbellino circular de retroalimentación” lo que permite aclarar entre los miembros de la familia sus relaciones triádicas. Esto es una forma de metacomunicarse sobre la relación de otros miembros de la familia en presencia de estos (Selvini et al., 1980).

Otras maneras de indagar las relaciones son (Selvini et al., 1980):

- 1) En función de las conductas interactivas específicas en circunstancias específicas.

“cuando X miembro de la familia empieza a perder el control, y lastima a B miembro de la familia ¿qué hace z miembro de la familia? ¿Cómo reacciona B frente a Z? Y usted ¿qué hace?

- 2) En función de diferencias de conductas en relaciones específicas y no en función de cualidades intrínsecas al portador.

Indagar sobre las diferentes conductas de los miembros de la familia y no sobre las características específicas de las personas.

- 3) En función de la categorización de los distintos miembros de la familia con respecto a una conducta específica o una interacción específica. Más de un miembro de la familia debe de ser invitado a efectuar esta clasificación.

¿Quién de todos sufre más?, ¿quién es el que más hace y quién el que menos hace?

- 4) En función del cambio en la relación entre antes y después de algún hecho preciso.

¿Las peleas eran más frecuentes antes o después de la enfermedad?

- 5) En función de diferencias con respecto a circunstancias hipotéticas.

Si alguno de ustedes tuviera que quedarse a cuidar de sus padres ¿Quién se quedaría?

Este modo de maniobrar permite que el terapeuta en lugar de enfrascarse en un sin fin de conductas sintomáticas, pueda indagar cómo reacciona o ha reaccionado cada miembro de la familia frente al síntoma, así también, cómo reacciona otro miembro de la familia frente a la reacción de los otros, de modo que se evalúan relaciones triádicas.

Después de conocer bien las reacciones de los miembros de la familia nuclear se procede a explorar las relaciones con la familia de origen de los padres, averiguando cuales son las relaciones entre los abuelos y los nietos.

Neutralidad: Se refiere al efecto pragmático que tiene la conducta neutral del terapeuta frente a los distintos miembros de la familia. Cuando el terapeuta invita a uno de los miembros de la familia para que comente la relación de otros dos miembros, el terapeuta se manifiesta como un aliado suyo. Por lo que durante toda la sesión el terapeuta deberá de tener la habilidad de permitir expresarse por igual a cada uno de los miembros de la familia. Para que al final de la sesión la suma algebraica de las alianzas sea igual a cero. Esto acompañado de que en la medida en que el terapeuta asimile la epistemología sistémica estará libre de juicios de moralistas, lo que permite impulsar a la familia a que se retroalimente con nuevas informaciones (Selvini et al., 1980).

Resulta importante que el terapeuta logre captar y neutralizar cualquier intento de coalición de algún miembro de la familia con el terapeuta, pues su labor será efectiva en la medida en que se coloque en un meta-nivel, un nivel diferente al de la familia (Selvini et al., 1980).

Embrollo: “Lo definen como un proceso interactivo complejo de la familia, que al parecer se estructura y se desarrolla en torno a la táctica conductual, específica puesta en práctica por el padre y caracterizada por hacer *ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es*. Esto en el sentido de que el presunto privilegio no es auténtico desde el punto de vista afectivo, sino que es el instrumento de una estrategia que apunta *contra* alguien, en general el otro cónyuge” (Selvini et al., 1993). Por ejemplo un padre puede expresar su admiración por su hija, con el fin de expresarle a su esposa su idea de desvalorización hacía ella. Todo esto se da en un terreno no verbal por lo que resulta difícil para la familia desenredarse de esta situación.

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

La intención del tratamiento es liberar al portador del síntoma de este embrollo, que los padres miren sus carencias, se reconozcan como personas que sufren y reconozcan en el hijo su sufrimiento e incapacidad de crecimiento bajo esta situación.

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

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

Principales técnicas

Para entender de mejor manera el modelo de intervención, en la tabla 4 se observan los métodos de trabajo empleados en diferentes momentos por el grupo de Milán. Las técnicas empleadas por estos terapeutas significaron grandes aportaciones a la terapia familiar, algunas de ellas se derivan de las técnicas estratégicas del MRI, aunque con el toque sistémico que caracterizó al grupo.

METODOS DE TRABAJO EMPLEADOS POR EL GRUPO DE MILAN	
Método de Trabajo	Características principales
MÉTODO PARADÓJICO	Este método se usó en los principios del modelo de Milán, sus técnicas principales fueron la connotación positiva del síntoma y situación familiar. La reformulación paradójica del juego familiar y su prescripción. Los rituales familiares y el uso del intervalo mensual entre las sesiones.
LA SERIE INVARIABLE DE PRESCRIPCIÓN	Este método surge cuando se da tratamiento a una familia difícil, en donde no se podía construir una hipótesis específica, ante lo cual el quipo quiso enmendar el error y les prescribió a los padres que volvieran a casa y no dieran más explicaciones a los hijos, que tuvieran salidas misteriosas de casa sin dar explicación a los hijos, hicieran anotaciones de todo lo que observaban. A partir de allí comenzaron a incluir en el tratamiento como un método experimental y le dieron la misma prescripción a todas las familias
REVELACIÓN DEL JUEGO FAMILIAR	En este método el cambio terapéutico se confía a dos factores: 1) la reconstrucción del juego de la familia, y 2) proporcionar a la familia una serie de indicaciones que ya no son paradójicas y que van encaminadas de manera directa hacia el cambio. Las intervenciones son directas, fuertemente provocadoras del juego familiar y sin una connotación positiva. Se ubica a cada miembro de la familia como un ser que sufre o sufrió situaciones complicadas. Se pone en la mesa el dolor familiar.

TABLA 4

Cuestionamiento circular: el terapeuta pide a uno de los miembros de la familia que describa a los terapeutas el cambio en sus relaciones, antes y después del inicio del problema. Como por ejemplo preguntas que impliquen una conexión entre el pasado y el futuro: “Ahora y cuándo..., ahora y si..., ahora y supón...”

Estas preguntas introducen información sobre las relaciones y aportan nuevas ideas al sistema que confronta la estabilidad, duración o cambios en los patrones a través del tiempo. Además, cambian las reglas que han prevalecido y gobiernan la comunicación de la familia, en donde a algunos no les es permitido hablar.

Situaciones hipotéticas: Estas permiten a la familia crear nuevos mapas y con ello salir de la rigidez. Permiten que la familia le dé un nuevo sentido a su propio potencial para imaginar nuevas situaciones, y prepara a la familia para el proceso de retroalimentación.

Connotación positiva: Una de las técnicas más utilizadas por el equipo de Milán, consiste en describir positivamente la organización actual del sistema. La culpa se omite, y no se centra en buscar quien es el causante del problema. Esta

técnica es muy útil para construir nuevos mapas. El terapeuta se mantiene fuera del sistema, ajeno a las alianzas de los miembros que lo conforman.

Preguntas a futuro: iluminan las condiciones actuales del sistema como un contexto dado. Cuando se considera una situación a futuro automáticamente se está colocando en otro contexto, diferente al contexto presente, de esta forma las ideas futuras o la comunicación futura, llega a ser una meta-comunicación sobre el contexto que pronto se obtendrá. Esto es similar a lo que Bateson llamó *Aprendizaje de Tipo II, un contexto de contextos*. Las preguntas a futuro son sistemáticamente recursivas, son los propios pensamientos del sistema lo que lo va a llevar a un nuevo lugar, un nuevo tiempo, un nuevo contexto. Estas preguntas incluyen conceptos del *cómo te gustaría ser* al paciente, lo que sugieren que el cambio es posible.

Premisas familiares: explorar con la familia en qué ocasiones ha sido necesario un cambio y cómo lo realizaron, cómo han dado solución a sus problemas; el terapeuta junto con la familia construyen una **premisa** acerca de su forma específica de cambio; evalúan si éste es conveniente para la situación actual o si es necesario rediseñar otro. Para ello es necesario preguntar sobre la continuación de sus patrones. Si todos los miembros de la familia siguen una premisa, no hay dificultades, sólo cuando una premisa llega a ser problemática la familia estará en un problema. Cuando el terapeuta logra introducir una nueva premisa, las conductas conectadas con la vieja premisa caen como un viejo régimen. Para desarrollar premisas que pongan fin al problema es importante que el problema sea desafiado. El terapeuta debe estimular la explicación de la familia sobre su propio dilema.

1.2.6. Modelos Posmodernos

MODELO NARRATIVO

Antecedentes

Uno de los autores más importantes dentro de la narrativa es Michael White, quien parte del supuesto de que el lenguaje es muy poderoso, crea realidades y determina destinos. Los relatos son constitutivos y modelan las vidas y las relaciones. La fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás y que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones (Anderson, 1997).

La estructuración de una narración requiere de un proceso de selección donde dejamos de lado los hechos de nuestra experiencia que no encajan con los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos; así el proceso de selección de datos está determinado por nosotros y por los demás. Aunque la experiencia es tan amplia, la vida es un texto con narrativas dominantes y en ocasiones las personas se centran en algo que puede convertirse en problemático.

Para el modelo narrativo todos los acontecimientos que caen fuera del relato dominante son acontecimientos extraordinarios. En terapia se busca identificar los acontecimientos extraordinarios y dar un significado para ellos (White y Epston, 1993).

Este modelo de terapia narrativa, se basa en la creencia de que la vida es una narrativa y la producción narrativa de cada cliente es única. Una historia construida a través de un intenso intercambio dialéctico entre las personas y sus nichos ecológicos. La capacidad de contar historias transmite a los humanos sus cualidades distintivas. En el proceso de la narración humana la persona es a la vez el escritor, lo escrito y el crítico literario. Por lo tanto, en los seres humanos hay más que una narrativa. Hay un narrador definido alguien que se mueve entre la posición del sujeto y la del objeto en la construcción de la historia. Pueden dirigirse al pasado, proyectarse al futuro, consolidando una sensación de sí mismos a lo largo del tiempo y sugiriendo nuevas elecciones o direcciones vitales.

Exponentes principales

Algunos de los terapeutas envueltos por el pos-estructuralismo e involucrados en el desarrollo de este modelo son White y Epston, otros más son: Andersen, Mahoney, Neimeyer, Kelly y Epstein (Neimeyer y Mahoney, 1998).

Postulados principales

El objetivo de este modelo es la exploración de las narrativas personales, autobiografía, sistema de constructos personales y familiares. Crear significados más que la corrección de ellos. Reformulando y resolviendo los problemas en el lenguaje en la que los clientes puedan reclutar validación social para representar nuevas identidades, menos saturadas del problema (White y Epston, 1993) el trabajo narrativo será co-construir la versión de nuevas historias y de nuevos significados.

El trabajo terapéutico se centra esencialmente en que la psicoterapia sea un buen marco para la construcción y deconstrucción de narrativas. Igual que Narciso, los clientes empiezan a reconocerse a sí mismos en el espejo de sus historias, convirtiéndose simultáneamente en objetos, sujetos y proyectos de ellos mismos. En la protección del nicho terapéutico, intentan conquistar la versatilidad de un texto (White, 1994)

La postura del terapeuta es alimentar la actividad narrativa del cliente; sin disputar, cuestionar o “contrastar con alguna realidad”. Ser creativo más que correctivo, promover la creación de *significado* y de desarrollo personal. Reducir su estatus como terapeuta.

El terapeuta es quien pauta la dirección de la sesión, es quien lleva la sesión sin perder de vista las necesidades de la familia. No impone, ayuda y acompaña a que la familia “entre” en el procedimiento y que ellos tengan la opción de no aceptar una intervención o de cambiar el foco de atención.

Una estrategia para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta, es adoptar una postura de “no saber”, el experto en su problema es el cliente mismo. La postura del paciente es respetada más que controlada. Se le comprende empáticamente su punto de vista como base para la negociación.

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

El terapeuta busca Narraciones Alternativas que son aquellas posibilitadas a partir de la identificación de acontecimientos extraordinarios, ya que al atribuirles significado, entonces ayuda a que se organice un relato alternativo.

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

Principales técnicas de intervención

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

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

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

Documentos: El terapeuta puede utilizar documentos escritos de su propia autoría o creados por la persona que consulta, como una herramienta para reescribir las narraciones de la persona. Por mencionar algunos, estos pueden ser: cartas de invitación, cartas de despido, cartas de predicción, cartas de contradirivación, cartas

de recomendación, cartas para ocasiones especiales, historiar, cartas como narrativa, historias propias.

Contradocumentos: Estos pueden representar nuevos relatos, que autodefinen a la persona, entendiéndolos como definiciones colectivas o ceremonias de definición. Estos pueden ser: certificados, diplomas, constancias, declaraciones, autocertificados (White y Epston, 1993; White, 1994).

EQUIPOS REFLEXIVOS

Antecedentes

La posmodernidad, es considerada como una crítica, no como una época. Se trata de una ruptura en una orientación filosófica que se parta radicalmente de la tradición moderna, y cuestiona el discurso modernista monovocal como fundamento de la crítica literaria, política y social. Esta acentúa la naturaleza relacional del conocimiento y la naturaleza generativa del lenguaje. Avanza hacia un conocimiento como practica discursiva (Anderson, 1997).

La hermenéutica, es un método para interpretar y comprender la conducta humana y surgió como una disciplina filosófica genuina y una teoría general de las ciencias sociales. Se ocupa de la comprensión y la interpretación: comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humanas, y comprensión en tanto proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete (Anderson, 1997).

La desconstrucción se relaciona con procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas (White, 1994), por lo que esta nos invita a mantenernos distanciados y escépticos respecto de las creencias concernientes a la verdad, el poder, el yo y el lenguaje, creencias que casi siempre se dan por sentadas pero que no son absolutas sino relativas. Esta aboga por dejar de lado los juicios absolutos.

Se conceptualiza a las familias como sistemas sociales compuestos de sistemas generadores de significado y organizadores de problemas. Los problemas existen en el lenguaje y son mediatizados por él (Lax, 1996).

Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones humanas, existen en el lenguaje y son propios del contexto narrativo del que derivan su significado (Anderson y Goolishian, 1996).

No se concibe el yo como una entidad intrapsíquica, sino como narrativa que se aborda dentro de un contexto de significado social. (Lax, 1996).

Se plantea que el que describe a otra persona influye en lo que puede ser observado o descrito. Así como que cada persona que describa tendrá su propia

versión. Ninguna descripción será mejor que las demás, todas son igualmente válidas (Andersen, 1994).

Consideran a la narración como metáfora fundamental en la experiencia humana, que se realiza conjuntamente con otras personas (Lax, 1996).

El papel del terapeuta consiste en unirse a los clientes en el desarrollo de una nueva historia de la vida de éstos que les ofrezca una visión algo diferente de su situación. La terapia es un espacio en el que a través de la conversación se co-crean o co-escriben nuevas narraciones. El discurso y la reflexión son fundamentales para la co-construcción de nuevas narraciones y generadores de cambio (Lax, 1996).

Las personas son expertas en su experiencia vivida (White y Epston, 1993).

Principales exponentes

Desarrollado por Tom Andersen (Hoffman, 1987), quien retoma el concepto de multiverso de opiniones, de acuerdo a la posición constructivista un fenómeno puede describirse y comprenderse de diferentes maneras.

Postulados principales

Está basado en la idea de que a través de la escucha de múltiples voces se pueden generar descripciones, explicaciones, definiciones y significados diferentes.

Focos de interés: Se enfoca en prestar una escucha atenta y reflexiva a las historias de los consultantes.

Objetivos terapéuticos: Posibilitar que durante el proceso de terapia se escuchen múltiples perspectivas acerca de una situación con el fin de crear nuevas descripciones de ésta.

Principales técnicas de intervención

Los miembros del equipo reflexivo generalmente se encuentran detrás de un espejo unidireccional, escuchando en silencio la sesión y sin hablar entre ellos; de esta manera antes de terminar la sesión, el cliente junto con el terapeuta escucha las reflexiones realizadas por el equipo de terapeutas para después comentar sobre ellas.

Andersen (1994) explica que, los miembros del equipo reflexivo escuchan las historias frecuentemente dolorosas, tristes, confusas y/o provocadoras de miedo o enojo y si están suficientemente abiertos a oír, dejarse llevar y a conmoverse por las historias, entonces se dan cuenta de “algo”, les surgen pensamientos y emociones

que regresan a quienes contaron sus historias; en ese momento se genera un flujo de solidaridad.

Estas reflexiones son regresadas de manera tentativa, sin intención de predicar verdades universales; las ideas son regresadas en voz alta y Andersen comenta que éstas pueden o no ser utilizadas por el consultante.

El uso de un lenguaje tentativo invita a los consultantes a compartir un espacio en el cuál ellos son los expertos en su propia vida; de tal manera que consultante y consultado mantienen una posición jerárquica horizontal.

Andersen (1994) comenta que es conveniente tener en el equipo a personas de diferente sexo y edad, lo cual genera experiencias más variadas y enriquecedoras. Plantea los siguientes lineamientos para los miembros del equipo reflexivo:

- a) Durante la entrevista escuchan en absoluto silencio y no intercambian opiniones entre ellos.
- b) Al momento de dar sus reflexiones, no establecen contacto visual con los clientes y ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, etc.).
- c) Sus comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó en la entrevista, no se comenta sobre cosas que pertenecen a otro contexto o a otro momento en alguna otra sesión.
- d) Deben evitar dar connotaciones negativas, interpretar o juzgar.

Postura del terapeuta: Se ve a los consultantes como los expertos en su propia vida, de tal manera que el consultante mantiene una posición horizontal con el consultado.

TERAPIA COLABORATIVA

Antecedentes

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

Principales exponentes

La terapia colaborativa fue desarrollada por Harlene Anderson, Harry Goolishian, Tom Andersen William Lax, Lynn Hoffman, Peggy Penn y Kathy Weingarten (Anderson y Goolishian, 1998).

Postulados principales

Establece que los problemas son desarrollados, mantenidos o disueltos sobre la base de conversaciones internas o externas. Las personas que tienen un problema intentan discutirlo con otros, el problema se desarrolla cuando esas conversaciones se vuelven rígidas o estereotipadas, con lo cual se evita que emerjan nuevas ideas o soluciones creativas (Andersen, 1994).

Centrado en la conversación y en hablar el lenguaje del consultante, más que enseñar al consultante el lenguaje del terapeuta. El terapeuta se enfoca en escuchar con atención a los consultantes a fin de despertar la curiosidad y el interés por sus historias y por sus puntos de vista y sus dilemas. La terapia deja de ser una “hablar a” para convertirse en un “hablar con” y se transforma en una conversación de doble vía y en un proceso dialógico. (Anderson y Goolishian, 1998)

Este modelo busca facilitar un ambiente de dialogo, donde se puedan desarrollar las propias habilidades y capacidades y se genere la novedad; donde cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente; donde todos juntos aporten una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a su experiencia un nuevo significado a fin de que emerja una narrativa más útil durante la conversación.

Conceptos principales

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

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

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

pericia del terapeuta sobre un proceso, para crear nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos.

El lenguaje, el dialogo y la relación: El lenguaje es generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo y opera como una forma de participación social. En la práctica clínica se ha observado que con la intención de captar el lenguaje del paciente al mantener una postura de interés genuino y atención, las personas construyen nuevas explicaciones para su situación. Además de que al crecer el interés por el conocimiento de la otra persona, el conocimiento se va haciendo menos importante, cediéndole el paso a la relación. Además de que esta actitud, fomenta una participación más activa por parte de los otros, es decir se da un proceso dialógico, una conversación en doble vía, en la que se da un proceso compartido de exploración de los problemas y desarrollo de posibilidades. La terapia implica un “hablar con”. Es un proceso de dar y recibir, un entrecruzamiento de ideas, opiniones y preguntas.

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

Principales técnicas de intervención

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

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

Posición creadora y facilitadora de un espacio y producción de dialogo: El terapeuta es uno de muchos autores de narrativas, participa como interventor instrumental. Capacidad honesta y sincera del terapeuta para invitar, recibir, respetar, escuchar y involucrarse en la historia del cliente.

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

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

Postura del terapeuta: La terapia colaborativa se opone a la propuesta de una relación jerárquica y unidireccional, ya que la reflexión es un proceso influido mutuamente entre el consultante y el consultado, lo cual indica una relación de igualdad en la participación aun cuando las partes tengan diferentes posiciones o características; por lo tanto parte de una posición de “no expertiz” y de una postura de “no-saber”; el terapeuta acepta la realidad de las personas y espera que emerja una narrativa más útil durante la conversación, ésta es espontánea y no planeada; para esto facilita un ambiente donde se puedan desarrollar las propias habilidades y capacidades y se genere la novedad; donde cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente; donde todos juntos aporten una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a su experiencia un nuevo significado, de tal manera que la terapia es una “aventura colaborativa”, aquí el terapeuta se ve solamente como un autor más de las historias, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas; el terapeuta colaborativo no es un editor de la narrativa del consultante, sino un facilitador en la nueva narración y re-narración que el consultante hace de su propia historia, por lo que renuncia al título de terapeuta para llamarse consultor (Anderson, 1999 y Anderson, H. y Goolishian, H, 1996).

III. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

Como vimos en el capítulo primero, las familias en México se desarrollan bajo un contexto en el que se entrelazan distintas condiciones psicosociales que impactan en su funcionalidad, lo cual genera situaciones personales o de la dinámica familiar difíciles de enfrentar, por lo que buscan los servicios de orientación y atención especializada. Las instituciones públicas o privadas brindan estos servicios, las instituciones educativas están encargadas de preparar a los profesionistas para que den respuestas efectivas a los problemas y necesidades de la población. La terapia familiar se desarrolla en este contexto donde hay una solicitud de las familias y una institución encargada de ofrecer una alternativa de solución a las demandas.

En el presente capítulo revisaremos dos casos específicos dónde la terapia familiar sistémica ofreció alternativas para solucionar la problemática familiar. Así mismo se revisarán las actividades de difusión, investigación y apoyo a la comunidad realizadas durante la maestría.

1.1. Integración de expedientes, dos casos de familias atendidas

Durante el curso de la residencia en terapia familiar se definieron criterios específicos para la integración de expedientes, aunque en cada materia se tomaron en cuenta algunos elementos en particular, todos los expedientes compartieron características similares que permitieron tener una visión sistémica de la situación familiar.

A continuación se presenta el caso de la familia **G. A.**, dónde la problemática principal fue la salida de una interacción de violencia familiar y la atención de las secuelas. El segundo caso es el de la familia **R. O.** en el que se observa como un problema, al parecer individual, trasciende a lo familiar y esta dinámica familiar a su vez mantiene el problema individual, con pautas de maltrato y descuido hacia el paciente identificado.

1.1.1 Caso uno. Familia G. A.

EXPEDIENTE CLÍNICO

Modelo terapéutico utilizado: Modelo Estructural

Número de sesiones: 12

Lugar de atención: Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

Fecha de inicio de tratamiento: 22 de febrero de 2008

Fecha de término de tratamiento: 6 de septiembre de 2008

I. Datos generales

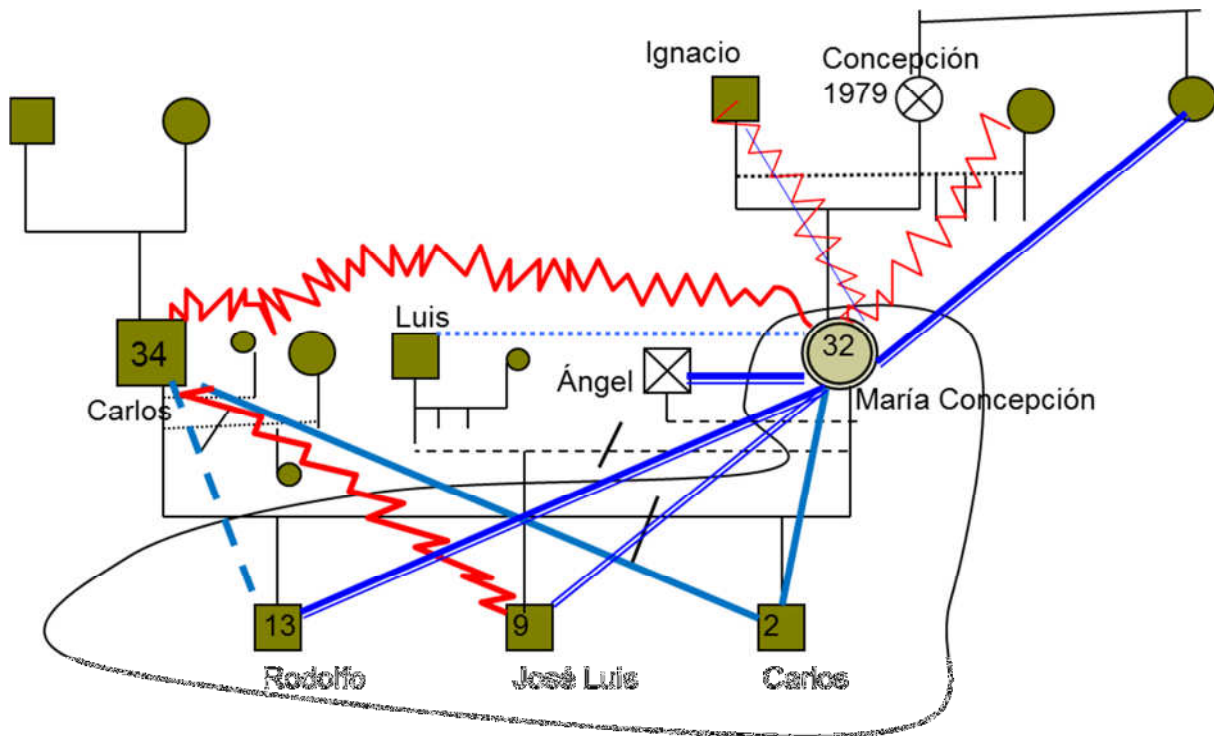
Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación/escolaridad
Ma. Concepción A.	32	Madre	Costurera y sastrería
Carlos G.	34	Padre	Albañil
Rodolfo G.A.	13	Hijo	Estudiante 2do secundaria
José Luis M.A.	9	Hijo	Estudiante 3º. primaria
Carlos G.A.	2	Hijo	Estancia Infantil

RESPONSABLES:

Supervisora: Noemí Díaz Marroquín.

Terapeuta: Aurora Alvarado Vázquez

II. Familiograma



III. Motivo de la consulta

Ma. Concepción acudió a la Unidad de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar (UAPVIF) de Huayamilpas para solicitar asesoría jurídica y apoyo, porque vivía violencia de pareja. De allí la canalizaron al Centro Comunitario Julián Mac Gregor. Concepción mencionó que deseaba la terapia para ayudar a sus hijos debido a que *“están dañados por la violencia que vivieron”* (sic. Paciente). Sus hijos, Rodolfo y José Luis, mencionaron que deseaban estar mejor y apoyarse entre todos.

IV. Antecedentes

María Concepción es hija única del matrimonio de Ignacio y Concepción. Después de que ella nació, durante los siguientes tres años su mamá no volvió a embarazarse por lo que la familia de su padre contrato a un *“brujo”* para que le hiciera un *“remedio”* para que pudiera procrear. María Concepción recuerda que cuando llegó el *“brujo”*, su mamá, su papá y algunos familiares de su papá se encerraron en un cuarto. Unos minutos después ella escuchó que su mamá gritaba y se quejaba muy feo. La sacaron del cuarto y sólo vio que en la cara tenía como *“nubecitas”*, María Concepción pedía ver a su mamá pero no la dejaron, doce horas después, llevaron a la señora al hospital donde permaneció unos días y falleció a causa de quemaduras de tercer grado. Ahora María Concepción sabe que durante el *“remedio”* se generó un incendio que provocó la muerte de su mamá. Concepción dice que le mataron a su mamá porque nadie hizo nada para ayudarla y que además tardaron en darle atención médica. Dice que la familia de su papá no quería a su mamá porque *“no le daba hijos”*.

Pocos días después del fallecimiento de la señora Concepción, el señor Ignacio se une con una nueva pareja, él le pide Ma. Concepción que la llame mamá y que la obedezca en todo. A partir de ese momento María Concepción dice que su vida fue muy triste porque su madrastra la maltrataba mucho, la humillaba, le pegaba y le ponía a hacer trabajos que para su edad eran muy pesados. Menciona que su papá no tenía ninguna consideración con ella y cuando nacieron sus medios hermanos la situación empeoró, ya que la excluían y le ponían a hacer trabajos para ellos. A la fecha lleva mala relación con su madrastra y medios hermanos. La relación con su papá es distante, él no la busca porque su esposa le reclama cuando lo hace.

María Concepción se casó con Carlos a la edad de 19 años. Menciona que se casó muy ilusionada, se sentía protegida por él y lo que eran celos agudos ella lo evaluaba como amor, nunca antes se había sentido tan importante y querida por alguien. Procrean a Rodolfo y dos años después de que nació tienen una separación, porque tenían muchos problemas a causa del alcoholismo, irritabilidad y violencia de Carlos. Después de la separación Carlos se une con una prima de él y tienen una hija, esa relación se mantuvo por varios años, vivieron en la casa que construyeron Carlos y Concepción cuando vivieron juntos.

Posteriormente María Concepción conoció a Luis, el papá de su segundo hijo José Luis, mantuvieron una relación por algún tiempo pero nunca vivieron juntos ni se hizo cargo de su hijo.

Después tuvo una relación de pareja con Ángel, con él tuvo estabilidad emocional, fungió como figura paterna de Rodolfo y José Luis, ambos niños lo quisieron mucho y lo vieron como un padre, incluso a los papás de Ángel les llaman abuelos. Después de dos años de vivir juntos, Ángel falleció en un accidente automovilístico.

En el 2004 Carlos buscó a Concepción y nuevamente regresaron a vivir juntos con la promesa de que iba a cambiar, él dejó de beber cerca de un año y durante este tiempo fue un poco menos irritable. Volvió a beber y la violencia reapareció, por todo se enojaba y la celaba mucho, agredía principalmente a José Luis, incluso en alguna ocasión intentó ahorcarlo. Después de golpear a José Luis, iba contra Rodolfo o contra Concepción. Durante el tercer embarazo Carlos le pidió que abortara, ella no aceptó y la agresión se agudizó, llegando a los golpes y en varias ocasiones tuvo que huir de la casa junto con sus hijos.

El 7 de junio de 2007 Carlos se fue de la casa, después de una pelea, en la que golpeó a su hijo mayor y éste le regresó los golpes, el padre trató de ahorcarlo y Rodolfo llamó a una patrulla, se lo llevaron, pero Concepción pidió que lo dejaran en libertad. Después de esto ella le pidió a él que recapacitara y arreglaran su situación, pero él dijo que no, que mejor ya se iba de la casa. Al día siguiente era el cumpleaños de su hijo Carlos y ella le pidió que no se fuera, le recordó la promesa que le hizo de que esta vez no los iba a abandonar como cuando Rodolfo tenía dos años. Ese día él se fue y desde allí solo regresaba de vez en cuando para tomar cerveza de la tienda de abarrotes que tenían. En esas ocasiones había agresiones psicológicas.

Concepción refirió que un año antes de iniciar la terapia comenzó a bajar mucho de peso, en dos meses pasó de 90kg a 55kg, durante este tiempo estuvo muy deprimida y le diagnosticaron anorexia, ella decidió atenderse el día que bebió un vaso de leche e inmediatamente lo vomitó. Dice que lo que la hizo salir adelante fue pensar en sus hijos. Poco tiempo antes de que acudiera a UAVIF, el sr. Carlos empezó una relación de noviazgo con una muchacha y les pidió a sus hijos que la conozcan y que la traten bien. A Concepción constantemente le dice que su novia si es *“una mujer”* no como ella que ni para la *“cama servía”* y que es *“una frígida”*.

Concepción decidió iniciar los trámites de divorcio y solicitar la pensión alimenticia para los niños ya que él no quería darla porque decía que no tenía dinero. En algunas ocasiones Carlos le decía que fuera por dinero a su casa, pero la tenía esperando varias horas y al final no le daba nada o sólo le daba 100 pesos.

V. Análisis sistémico familiar

a) *Ciclo vital de la familia*

La familia pasó por varios estadios, primero fue una familia biparental se separaron después de tres años de unión. Posteriormente se configuraron como una familia monoparental habitando con la familia extensa, ya que Concepción y su hijo Rodolfo se fueron a vivir a casa de su padre y madrastra, en ese tiempo nació José Luis. Años después se configuran como familia reconstituida cuando se une con Ángel. Actualmente la estructura es monoparental con jefa de familia y con un hijo adolescente, un niño y un infante.

b) *Análisis de subsistemas*

Conyugal: En el subsistema conyugal formado por Carlos y María Concepción ha habido violencia física, psicológica, sexual, y económica. El tipo de interacción ha sido complementaria del tipo violencia castigo, donde Carlos había tenido el control y el poder y María Concepción se mantenía en el lugar de receptora de violencia.

Parental: el señor Carlos no ha asumido el papel de proveedor ni de apoyo emocional, al contrario cuando sus hijos han tenido algún problema él les dice que “*se lo merecen y que a ver si así aprenden a defenderse*”. María Concepción se ha hecho cargo de sus hijos, ha trabajado en una Secretaría de Gobierno Federal, durante un tiempo puso un negocio (tienda de abarrotes) y al momento de las intervención trabajaba en la sastrería de uno de sus ex jefes de la dependencia federal. Las mayores responsabilidades parentales las ha asumido María Concepción.

Filial: Rodolfo y José Luis fueron testigos y víctimas de la violencia del señor Carlos, ambos reconocen que eso no era normal y no entendían cómo era que su mamá lo permitía, ahora que están viviendo solos se sienten más tranquilos, y no desean que regrese Carlos, pero temen que su mamá lo perdone y nuevamente vivan violencia. Rodolfo y José, pelean mucho, Rodolfo les pega a sus hermanos y es violento, incluso ha llegado a empujar a su mamá, quien está preocupada de que él repita el patrón de su papá, además al momento de la primera consulta Rodolfo tenía problemas en la escuela por haber bajado de calificaciones. La mamá le exige a su hijo mayor que asuma un rol parental y le deposita la responsabilidad de dar un buen ejemplo a sus hermanos. En las sesiones José está inquieto (distráido y con conducta hipermotora) cuando se le pregunta sobre lo que vivió contesta con monosílabos y llora, se muerde los labios y es evidente su estado de ansiedad, durante las sesiones muestra conductas parentalizadas con su hermano pequeño. Carlitos extraña mucho a su papá y le pide a su mamá que vayan a su casa, durante la primer sesión cuando todos están llorando Carlitos abraza a su mamá y le dice “no llores esas son tonterías”.

c) *Límites*

Entre la pareja conyugal la violencia trasgredió el límite personal. Los límites entre el subsistema conyugal y filial son laxos, los hijos han sido testigos de todos los problemas de la pareja, además estos límites se rompen en mayor grado con Rodolfo ya que su mamá lo ha tomado como confidente. Los límites entre el sistema familiar y los sistemas externos (familia extensa, vecinos, escuela, etc.) se caracterizaron por ser rígidos ya que María Concepción estaba aislada de cualquier contacto externo, aparentemente “nadie” se enteraba de la violencia, ella no hablaba con nadie sobre esto.

d) *Poder y Jerarquía*

El poder era ejercido principalmente por Carlos, quien a pesar de que por períodos no vivía con la familia, su influencia sobre ellos era muy fuerte. El poder lo ejercía a través de la coerción violenta y no se podía hacer nada que no autorizara él. Sin embargo entre los hijos la mayor jerarquía era vista en la mamá, a quien respetaban y apoyaban de manera velada por temor a provocar la ira del padre.

e) *Centralidad*

La centralidad de la familia ha variado en diferentes etapas de la vida familiar. Por momentos la centralidad estuvo en José ya que al ser hijo de otro hombre, la atención de Carlos estaba fijada en él y cada vez que hacía algo que no le parecía era el pretexto para desatar una escena de violencia. La mayor parte del tiempo la centralidad ha estado en Carlos ya que los movimientos de la familia dependían del estado en el que se encontrara él, incluso la última separación fue porque él así lo decidió.

f) *Flexibilidad*

Durante mucho tiempo hubo poca flexibilidad en la familia, aunque hubo algunas separaciones al unirse de nuevo se reactivaba el mismo proceso de violencia sin haber una posibilidad de cambio. Al momento de iniciar la terapia el nivel de flexibilidad familiar se encuentra en un punto en el que se abre la posibilidad de cambio, los límites extrafamiliares se abren y en la familia se comienza a cuestionar lo que por años fue considerado como algo “normal” e incambiable.

g) *Contexto socioeconómico*

El contexto de la familia es de un nivel socioeconómico bajo, el patrimonio familiar es nulo ya que al momento de la intervención vivían en un lugar rentado y ya no tenían la tienda de abarrotes. Los recursos culturales son bajos. En el momento de la intervención se mantenían del sueldo de María Concepción, y un mes antes comenzó a recibir un apoyo económico otorgado por el gobierno local del programa “Seguro contra la Violencia Familiar” el cuál consta de \$1500.00 mensuales durante un año.

h) Redes de Apoyo

Actualmente la familia tiene el apoyo de una tía materna de María Concepción, de unas primas, una amiga y algunas vecinas. Después de la separación Concepción se dio cuenta de que tiene estos apoyos porque antes no le hablaba a nadie debido al cerco emocional y social que generó su esposo. Su tía ha sido un gran recurso ya que la ha puesto a salvo en momentos en los que ha peligrado su vida por la violencia. Otra fuente de apoyo son los padres de Ángel, quienes la ven como una hija y a sus hijos como sus nietos.

En cuanto a las redes de apoyo institucionales se identificó a la UAPVIF de Huayamilpas, del Gobierno Local pues otorgaba un apoyo económico por estar en un proceso de divorcio necesario a causa de violencia. El centro comunitario Mac Gregor era visto por Concepción y sus hijos como una red de apoyo. En las escuelas de sus hijos generó una red de apoyo, ya que los puso al tanto de la situación que vivía.

i) Fuentes de Estrés

Los problemas económicos son una fuente importante de estrés ya que no gana lo suficiente para cubrir todas las necesidades básicas. Para poder tener más recursos económicos ha tenido que trabajar horas extras, lo cual representa una fuerte tensión para ella y sus hijos pues les resta momentos de convivencia. Aunado a esto ella tiene que pagar las deudas que su esposo le dejó con algunas tarjetas de crédito, constantemente la buscan los acreedores y eso la tensa mucho.

La constante amenaza de que en cualquier momento regrese Carlos es una fuente de estrés y la amenaza de que se lleve a uno de sus hijos, esta amenaza se recrudeció a partir de que María Concepción hizo una demanda de violencia como causal de divorcio necesario y que solicitó la custodia de sus hijos, la pensión alimenticia y la retribución económica por todos los años que no aportó a los gastos de manutención de los hijos, Concepción teme por la reacción que la familia de su esposo pueda tener.

Otra fuente de estrés ha sido el estado de salud de los hijos quienes han enfermado o tenido algunos accidentes.

j) Sistema de Creencias

María Concepción tiene la creencia muy arraigada de que cuando le empieza a ir bien, algo pasa que se arruina todo, dice que es como si tuviera una maldición.

Otra de las creencias es que ella debió de haber hecho algo para darle una familia a sus hijos y que de alguna manera les está quitando a su padre.

Su papá y su madrastra le hicieron creer que tenía que estar con su esposo pasara lo que pasara ya que cuando tenían algún problema recurría a ellos y le decían que se tenía que regresar con su esposo, que por algo se había casado, esta misma creencia era reforzada por su suegra.

María Concepción cree en el fondo que su esposo no es una persona mala y que necesita una oportunidad, constantemente lucha contra esta creencia ya que dice que eso no es algo bueno.

Ella cree que sus hijos pueden repetir el mismo patrón que su papá, los hijos han comenzado a creer que esto es posible y cada vez que se muestran violentos se reprochan que se parezcan a su papá.

María Concepción tiene la firme creencia de que su mamá era una mujer muy buena y que si ella viviera su vida habría sido muy diferente.

VI. Resumen de las sesiones

Registro de las sesiones:

No. de sesión	Fecha	Personas convocadas	Asistencia
1	22/02/08	Concepción y sus tres hijos	SI
2	29/02/08	Concepción y sus tres hijos	SI
3	7/03/08	Rodolfo y José Luis	SI
4	14/03/08	Toda la familia y después José Luis	SI
5	19/03/08	Concepción	SI
	11/04/08	Concepción	NO
	18/04/08	Concepción	NO
	25/05/08	Concepción	NO
	1/05/08	Concepción	Cancelé
6	23/05/08	Concepción y sus tres hijos	SI
7	6/06/08	Concepción	SI
8	20/06/08	Concepción	SI
9	3/07/08	Concepción y sus tres hijos	SI
10	1/08/08	Concepción y Rodolfo	SI
	8/08/08	Concepción	NO
11	22/08/08	Toda la familia, Concepción y Rodolfo	SI
12	6/09/08	Concepción	SI

Primera sesión (22 de febrero de 2008): Los miembros de la familia narraron los hechos de violencia de una forma cronológicamente caótica. Todos manifestaron al principio su vivencia como una simple narración de hechos aislados, posteriormente al señalarles lo doloroso de la vivencia comenzaron a expresarse con excesivo llanto, miedo y desesperación por la situación. La señora María Concepción mencionó varios eventos de violencia física en su contra, donde el señor Carlos la tomaba de los cabellos y la arrastraba por las escaleras, le daba patadas, y la azotaba contra la pared, esto refirió fue presenciado por sus hijos en varias ocasiones. Las golpizas ocurrían a cualquier hora, aunque por lo general la mayoría de las veces llegaron a darse por la noche, después de que el señor Carlos llegaba alcoholizado y ya fuera que pidiera más alcohol, pidiera de cenar o simplemente quisiera escuchar radio a muy alto volumen sin importar que los niños tuvieran que ir a la escuela al día siguiente. Cuando Concepción le pedía que se durmiera, él comenzaba a enfurecerse y a reclamarle, le preguntaba por qué quería que se durmiera que seguramente quería meter a otro hombre y de allí comenzaban las agresiones físicas. Rodolfo y José Luis se despertaban y al principio no intervenían, solo se escondían debajo de las cobijas, se asustaban y lloraban bajito para que el señor Carlos no los escuchara, cuando comenzaron a hacerse más frecuentes las peleas, los niños se paraban y trataban de defender a su mamá pidiéndole a Carlos que la dejará en paz, pero lo único que pasaba es que también arremetía contra ellos. En otros momentos los golpes fueron porque Carlos agredía a José Luis por cualquier cosa y María Concepción lo defendía. Refirieron que en varias ocasiones les sacó sangre de la nariz, les dejó hematomas en piernas, brazos y espalda y a Concepción le llegó a dejar marcas en la cara.

En esta primera sesión también relataron cómo fue el último día en el señor Carlos los agredió físicamente. José Luis y Rodolfo expresaron que ese día se sintieron mal de que su mamá hubiera liberado a su papá. María Concepción dijo que no dejó que se lo llevaran porque ella pensaba que Carlos necesitaba ayuda psicológica, que si lo llevaban al reclusorio en vez de ayudarlo lo iban a perjudicar más y la familia de él se les iba a echar encima, además refirió que esa ocasión ella se sentía paralizada.

Esta sesión fue muy caótica, cargada de muchas emociones y dolor de la familia, las intervenciones que realicé como terapeuta solo se enfocaron a alentar a los miembros de la familia a hablar, reconocer el dolor, escuchar con mucha atención y validar los sentimientos de cada uno. En esa primera sesión llamó la atención que la madre se sentó en medio de Rodolfo y de José Luis y todo el tiempo cargo a Carlitos, lo cual de acuerdo a Minuchin y el análisis de la geografía del espacio podría indicar que la madre estaba ocupando un lugar en el que está protegida por los hijos.

Segunda Sesión. (29 de febrero de 2008) En esta sesión pedí a la familia que se sentaran de manera diferente a la sesión pasada, los niños estuvieron más cercanos entre ellos, Carlitos ocupó un asiento y la mamá estuvo a cierta distancia de los niños. La familia continuó con parte del relato de eventos violentos y de cómo fue que la señora María Concepción buscó asistencia en la UAPVIF, y de la

canalización a terapia psicológica como parte del proceso para salir del ciclo de violencia. Durante esta sesión reconocieron en cada uno el daño, el temor y los sentimientos encontrados que provocó la dinámica familiar. Los hijos manifestaron a su mamá que tenían temor que ella decidiera regresar con su esposo y le dijeron que se sentían más tranquilos ahora que no estaba él. Concepción mencionó sus sentimientos de culpa y vergüenza por no haber protegido a sus hijos sobre todo a José y refirió que ella se siente identificada con él porque el maltrato que recibía de su padrastro era muy parecido al que ella recibía de su madrastra, situación que le dañó demasiado.

Se fijaron los objetivos de la terapia, entre los miembros de la familia platicaron sobre la utilidad de la misma. Mencionaron que ahora que ya no viven con el señor Carlos, tienen que apoyarse entre todos y que han notado que a veces están muy agresivos, enojados y pelean entre ellos, a María Concepción le preocupa la agresividad de Rodolfo; a José Luis lo nota triste, y muy bajo de calificaciones, a Carlitos lo ve muy inquieto y le preocupa que aún no controla esfínteres. Pensaron que la terapia les puede ayudar para ya no repetir situaciones de violencia.

Tercera sesión (7 de marzo de 2008). Para esta sesión se planeó atender a Rodolfo y José Luis, ya que durante la sesión familiar lloraron al relatar los eventos, sin embargo se contuvieron emocionalmente y tenían dificultad para expresarse de manera verbal cuando veían que su mamá se ponía triste. El objetivo de esta intervención fue que de manera individual, los niños pudieran expresar sus emociones respecto a la violencia familiar, se observó que individualmente pudieron expresar con mayor libertad sus sentimientos y pensamientos, sobre todo los relacionados con el miedo y con el enojo por que su mamá liberó al señor Carlos.

En el espacio individual José Luis pudo expresar los sentimientos de terror y coraje dijo que cuando el señor Carlos estaba encima de él y le apretó el cuello sintió que se iba a morir y que eso le dio mucho miedo; que en ocasiones cuando sale de la escuela, como se tiene que ir solo a la casa, tiene miedo de que el señor Carlos vaya a ir por él y lo vaya a matar. Se validaron sus sentimientos y se hizo énfasis en la actual seguridad y protección que su madre les está otorgando. En esta sesión se observó que los hermanos estaban muy ligados en el dolor y la pelea, que había áreas olvidadas por ellos, por ejemplo el juego, se les pidió que pensarán en alguna actividad divertida que pudieran realizar entre ellos.

Con la tercera sesión concluyó la primera etapa. En ella principalmente se trabajó con acomodación, marcar fronteras, hacer paráfrasis y resumen, de modo que ayudó a la familia a darle una nueva estructura tanto familiar como cronológica de los hechos que parecían caóticos, además de dar veracidad a la situación que vivieron, ya que la familia estaba tan desestructurada por la violencia que incluso llegaba a dudar de que algunos de los hechos hubieran ocurrido así como los vivieron. Se reconocieron los recursos que tuvieron y tienen como familia para salir de la situación de violencia. Se validaron sentimientos.

Cuarta sesión (14 de marzo de 2008). En esta sesión se citó a toda la familia para clarificar los objetivos de la terapia y reencuadrar la situación familiar, así como reconocer a cada miembro de la familia. Al inicio de la sesión se hizo un resumen de la historia familiar. Se validaron los esfuerzos que la familia hizo para iniciar el proceso terapéutico, y cómo su deseo de salir de los ciclos de violencia les ha llevado a tomar acciones que fueron muy dolorosas para todos, como por ejemplo lanzarse a golpes contra el padre, pedir la patrulla o incluso pedir que lo dejaran libre para evitar más violencia. Se preguntó a los miembros de la familia si consideraban que Rodolfo podría cambiar su conducta agresiva y dijeron que tiene momentos en los que es amable y no es violento (excepciones). Se trabajó en generar límites claros entre Rodolfo y su mamá, porque ella se apoya emocionalmente en Rodolfo al tomarlo como confidente, sin embargo se reconoció que esta cercanía ha sido utilizada como modo de sobrevivencia, pero que ahora quizá sea momento de dar espacio a la terapia como apoyo emocional. Por otro lado, se reconocieron los esfuerzos que José Luis hace por colaborar con la familia, ya que estos habían sido poco vistos y reconocidos por la mamá. En cuanto a Carlitos se validó que extraña a su papá, observando que además de las conductas violentas el señor Carlos también llegó a tener conductas positivas, sin embargo en este momento de la vida familiar las conductas negativas los pusieron en mayor riesgo. Finalmente se desculpabilizó a la señora María Concepción y se reconoció la fortaleza para salir adelante en estos meses después de la separación.

En esta sesión María Concepción informó que inició con la búsqueda de abogado para realizar los trámites de divorcio, por lo que se le convocó a una sesión individual para abordar este tema y generar un límite con el sistema filial.

Quinta sesión (19 de marzo de 2008). En esta sesión individual, se abordó de manera más amplia la historia personal de maltrato que vivió María Concepción durante su infancia. Recordó la esposa de su papá le ponía a hacer trabajos domésticos muy pesados; desde que tenía 4 años de edad lavaba los trastes por la noche en el patio, aunque estuviera haciendo frío o lloviendo, le pegaba con cinturón y zapatos, en varias ocasiones llegó a desnudarla y pararla encima de un hormiguero, por lo que las hormigas le mordieron todo su cuerpo y después le dio fiebre, sin que la llevaran al médico. Siempre le insultaban y le decían que las cosas las hacía mal y que nadie la iba a querer si no aprendía a hacer bien las cosas. Por esa situación se sentía culpable María Concepción creía que con su hijo José Luis de alguna manera se repetía su propia historia.

También habló sobre la ambivalencia para terminar con la relación, hizo mención de las ideas que tiene sobre lo que debe ser una familia y lo que debe ser una esposa, por lo que se trabajó con el origen de esas creencias que mantienen la inequidad y violencia en las familias.

Por otro lado en esta sesión la paciente dio mayores informes sobre el trámite de divorcio. Reconoció que estaba experimentando sentimientos encontrados, ya que no podía creer que durante un tiempo sintió que Carlos era lo más importante para ella y que se sintiera tan reconocida por él y que después las cosas hubieran cambiado tanto. Tenía fantasías de que él podría cambiar y que este cambio tuviera

efecto en la decisión de divorciarse. Durante esta sesión el discurso de Concepción fue de desahogo, lloró la mayor parte del tiempo al contar su historia, sin embargo al hacer el relato por momentos su discurso y su emoción parecían disociados. Mencionó que acudió con un abogado y le dijo que poco podían hacer jurídicamente ya que *“él no tiene forma de comprobar ingresos y así no le pueden quitar lo de la pensión alimenticia”*, con esa respuesta estaba desanimada, sin embargo durante la sesión decide que lo mejor es divorciarse y dice que buscará la opinión de otro abogado, se le orientó para que acudiera a INMUJERES o al DIF para recibir asesoría jurídica. Por otro lado se validaron sus sentimientos de ambivalencia ya que se señaló que el amor y la violencia conviven y que eso confunde, sin embargo hay situaciones que llegan al límite por lo que en ocasiones es mejor sacrificar el amor para evitar la violencia. Se exploró en qué otros momentos había estado en esa situación de ambivalencia y refirió que cuando se salía de la casa y él regresaba a pedir perdón. Entonces se procedió a analizar el círculo de la violencia y que Concepción analizara en qué fase estaba.

En esta sesión mencionó que sus familiares la habían invitado a ir de vacaciones unos días a Veracruz, que no sabía si ir o no, porque sus hijos se tendrían que ir antes que ella porque tenía que trabajar, además se sentía nerviosa porque nunca en su vida habían salido de vacaciones. Se encuadró la posibilidad de salir de vacaciones como una oportunidad de experimentar cosas positivas y mirar a la familia en un contexto de convivencia. Debido a la posibilidad del viaje se le dio la cita en tres semanas.

Sesiones programadas, canceladas por la paciente. 11, 18 y 25 de abril de 2008. En la última cancelación María Concepción solicitó cita para el primero de mayo debido a que ese día descansaba en su trabajo y para ella era más fácil asistir, se consideró su petición y se programó cita para ese día.

Sesión del 1 de mayo de 2008. Previo a la sesión del 1° de mayo acudí a supervisión allí decidí cancelar la sesión programada para el 1° de mayo y dejar que la paciente se comunicara para solicitar una cita, la cual se le daría después de que ella mostrara un interés por asistir. Con ayuda de la supervisora se revisó que el sistema terapéutico, con la inconsistencia de las últimas sesiones estaba adoptando características similares a las del sistema familiar *“la terapeuta siempre estaba dispuesta para cuando la necesitaran”*, no estaba marcando límites claros, en un claro isomorfismo con el sistema familiar en el que María Concepción siempre estaba dispuesta para Carlos y donde ella difícilmente ponía límites. Por lo que se decidió marcar un límite. Se le llamó a la paciente y se le dijo que *“debido a que el 1° de mayo es un día de asueto no la podré atender, comprendo su dificultad para asistir a la sesión en otro día, pero yo también tengo dificultad para atenderla en un día de asueto, en cuanto pueda marcar un límite con su jefe para cubrir su horario laboral llámeme para programar una cita, y con todo gusto continuamos con este espacio terapéutico que han dicho ustedes es tan importante”*

Sexta sesión (23 de mayo de 2008). Dos meses después de la quinta sesión, se llevó a cabo la sexta sesión a la cual acudió toda la familia, Concepción mencionó que no habían podido asistir porque Rodolfo tuvo un accidente en la escuela, se cayó

y se golpeó la cabeza, estuvo hospitalizado por una semana. Se hizo un recapitulado de lo que se había visto en las sesiones anteriores, la familia mencionó los sucesos de las últimas semanas. Reportaron que si se fueron de vacaciones a Veracruz, que les fue muy bien y dijeron que las habían disfrutado mucho. Todos estaban muy contentos y recordaban cosas divertidas que habían hecho, los niños dijeron que no sintieron miedo de dejar a su mamá, si la extrañaron un poco pero lograron divertirse los días que no estuvo con ellos, en tanto Concepción dijo que después los alcanzo y que se quedó tranquila porque confía en su familia, que disfrutó mucho estar con sus hijos. Mencionaron que después del viaje los niños pelean menos y que Carlitos ya no se ha hecho del baño y que las maestras reportan que está más tranquilo. Para esta sesión María Concepción ya había iniciado la demanda de divorcio.

Mencionaron que durante el tiempo que estuvo internado Rodolfo, en una ocasión su papá fue a verlo y le prometió que iba a cambiar, le pidió que le permitiera regresar a formar una familia, Rodolfo no le creyó nada, sin embargo su mamá si se entusiasmó. Después de esa visita no volvió más al hospital ni preguntó por él.

Concepción refirió que en la madrugada del 1º de mayo, el señor Carlos se presentó para “ver” a sus hijos por lo del día del niño, llegó tomado y tuvo relaciones sexuales con ella. La novia de Carlos lo buscó vía telefónica, él le pidió a Concepción que hablara personalmente con ella y que le dijera que nada había pasado entre ellos, esto se lo pidió con el pretexto de evitar problemas, prometiéndole que ya la iba a dejar solo que le diera tiempo. María Concepción aceptó, sin embargo cuando llegó la novia de Carlos cambió de parecer porque pensó que lo que iba a hacer era humillante, decidió no negar lo que había pasado, le dijo a la novia de Carlos que si había tenido relaciones sexuales con él y que además era un “patán”. Discutió con los dos y le dio una cachetada a Carlos, refirió que se sintió muy bien de habérsela dado ya que nunca antes había ella hecho algo así, después de pegarle lo corrió con todo y su novia. Los hijos vieron cuando su mamá le pegó a su papá.

Los hijos expresaron sus sentimientos ante la actitud de su mamá, José y Rodolfo reconocieron a su mamá en esta nueva conducta y manifestaron, sobre todo José que le producía mucha alegría que su mamá “le hubiera dado su merecido” a Carlos. Rodolfo expresó que a él le daba un poco de vergüenza que su mamá hubiera hecho ese “*numerito*” y que no había necesidad de llegar a esos extremos, le reprochó a su mamá el que lo haya aceptado y manifestó sus dudas y temores de que ella quiera regresar con él, pero que estaba sorprendido de que su mamá se hubiera atrevido a pegarle.

María Concepción manifestó que estaba interesada en que Rodolfo tuviera una sesión individual, ya que consideraba que le había afectado el que su papá le hubiera prometido en el Hospital que regresaría. Esto se consideró como una maniobra de la mamá para evadir sus decisiones y centralizar en Rodolfo la decisión de separarse o continuar la relación, por lo que se le preguntó a Rodolfo si él estaba interesado en tener una sesión individual, a lo que respondió que no porque él no le creyó nada a su papá. Se les dijo que en caso de que quisiera posteriormente una sesión individual la solicitara y que se le daría un espacio diferente al de la terapia familiar.

También refirió que le pidió permiso a su jefe para acudir a la terapia y que le dijo que si le daba permiso pero que cubriera horas extras, por lo que hay días que llega a salir de trabajar hasta las 11 o 12 de la noche.

Séptima sesión (6 de junio de 2008). Después de la sexta sesión, se citó a María Concepción, con la intención de reevaluar los objetivos de la terapia y evaluar la situación del divorcio. En esta sesión Concepción habló nuevamente de sus deseos encontrados entre divorciarse y que Carlos cambie. Dijo que se siente triste porque nuevamente le creyó a Carlos y que lamentablemente ese mismo día que tuvieron relaciones sexuales se dio cuenta de que él no va a cambiar, que estuvo a punto de nuevamente dejarse manejar por él pero que afortunadamente algo pasó en ella que se detuvo y por vez primera realizó lo que ella verdaderamente deseaba. Se reconoció en ella misma lo que fue capaz de hacer y eso le dice que si puede defenderse. Mencionó que el proceso de divorcio sigue en pie y que no ha tenido noticias de cómo va. Expresa tristeza porque al día siguiente de la sesión se cumplía un año desde que Carlos se fue, y que sería el cumpleaños de Carlitos y no sabe si su esposo lo va a ir a visitar y en qué condiciones ira.

En esta sesión se replantean dos caminos de la terapia, continuar en las sesiones familiares para evitar que la violencia aparezca en sus interacciones o trabajar con ella de manera individual para poder afrontar el divorcio, se le pidió que pensara cuál opción le convenía más.

Octava sesión (20 de junio de 2008) En esta sesión mencionó que desea trabajar para fortalecerse frente al divorcio. Comentó que acudió a los juzgados para ver el curso de proceso de divorcio, tuvo acceso al expediente y lo leyó con mucho cuidado. La demanda de divorcio está fundamentada en la violencia y al parecer su esposo está en riesgo de ir a la cárcel. María Concepción refirió que tenía mucho miedo que su esposo pudiera hacerles algo, mencionó que la familia de él es muy agresiva y que también tiene miedo sobre todo de que se vaya a llevar a los niños. En esa sesión se trabajó con un plan de emergencia familiar para evitar riesgos.

También mencionó que aunque está muy asustada, también está contenta porque Rodolfo concluyó sus cursos con buenas calificaciones, después de que iba mal. Carlitos se ha estado portando bien en casa y en la escuela, un día le dijo “mamá ya no voy a llorar cuando me lleves a la escuela”, ya dejó el pañal y la mamila. José ha estado colaborando en la casa, y en el cuidado de su hermanito, además de que lo nota menos triste. Estas cosas le causan alegría, pero por otro lado está triste y angustiada por lo que pueda pasar con la demanda de divorcio, nuevamente menciona su sensación de estar ante sentimientos encontrados y que se active su creencia de que siempre que en algo le va bien después algo va a salir mal.

María Concepción dijo que aunque metió la demanda de divorcio ella no quiere depender ni económicamente, ni emocionalmente de Carlos, que siente que desde que no lo ve su vida cambio y ahora es más estable, mencionó que le sigue costando trabajo no pensar en él y que a veces ella se sentía culpable de su alcoholismo y violencia. Que se quedó con él porque no quería que Rodolfo

anduviera rodando de casa en casa como lo hizo ella, pero ahora está muy dolida de que él la engañara con otra persona, de que tuviera una doble vida y que además la humillara delante de su actual novia. Se citó para la siguiente sesión a toda la familia con el objetivo de evaluar el impacto de la demanda de divorcio en los hijos y generar un plan de protección.

Novena sesión (3 de julio de 2008). Durante esta sesión se presentó toda la familia mencionaron que han estado asustados porque su mamá ya metió la demanda de divorcio, y ahora han estado más cuidadosos, cierran siempre las puertas con llave, se van a quedar a casa de su tía o al trabajo de su mamá y nunca están solos. Además María Concepción menciona que todos los documentos de sus hijos ya los tiene resguardados y que siempre carga una copia de la demanda de divorcio. Que esta situación los ha mantenido más unidos y que como los niños después de la escuela se van a su trabajo, pueden estar más tiempo juntos, incluso le ayudan y su jefe les paga por el trabajo que hacen. Concepción refirió que su jefe le sigue dando los permisos necesarios para ir al juzgado y a la terapia, pero que siente que a cambio de ellos le tiene que trabajar casi el doble, comienza a identificar que esa situación no le agrada mucho, ya que antes lo veía como una persona muy buena y ahora está un poco confundida. Menciona que se están preparando para acudir a la audiencia, y que Rodolfo está citado para tener una entrevista con el juez sobre los hechos que ocurrieron el día en que el señor Carlos se fue de la casa, Rodolfo menciona que quiere decirle al juez todo lo que su papá les hacía porque él no cree que vaya a cambiar, el día del cumpleaños de Carlitos ni siquiera llamó para felicitarlo y no les ha dado dinero para la comida. Rodolfo reconoce que tiene miedo de la reacción de su papá. Se citó a María Concepción y a Rodolfo para revisar el siguiente paso del divorcio.

Decima sesión (1 de agosto de 2013). María Concepción mencionó que ha estado en contacto con el abogado, que le sugirió que Rodolfo acuda a la entrevista con el juez para que de su testimonio sobre la violencia. Ella se siente culpable por tener que hacer el juicio, y que su hijo tenga que estar involucrado de esta manera en el conflicto. Mencionó que una de las razones por las que decidió continuar fue porque supo que se fue a vivir con su novia, que ella tiene dos hijos que no son de él y los está manteniendo y se le hace injusto que él le dé a otros niños y no aporte económicamente a sus hijos, además de que definitivamente no le alcanza. A veces piensa en que no está bien lo del juicio y que quizá lo mejor sería ya solo divorciarse. De manera individual se atendió a Rodolfo ya que la mamá había referido en la sesión pasada que le gustaría que tuviera una sesión porque siente que Rodolfo no está muy cómodo de tener que declarar en contra de su padre. Al explorar la situación con Rodolfo menciona que él si quiere declarar porque no es justo todo lo que le ha hecho a su mamá y a sus hermanos, que siente miedo de que su papá se vaya a enojar mucho y lo vaya a querer matar, se le dio contención emocional y se revisaron los lados fuertes de Rodolfo.

Sesión del 8 de agosto de 2013. No acudieron a la cita y tampoco llamaron para cancelarla, posteriormente se re-contactó y programó una nueva cita.

Onceava sesión (22 de agosto de 2008). Asistió toda la familia, se revisó con todos qué cosas han hecho para estar bien como familia, y mencionaron que se han ido organizando para cuidarse entre todos y no pelear. De manera individual Concepción mencionó que fueron a la audiencia y que entrevistaron a Rodolfo, que estuvieron nerviosos pero que se armaron de valor. Está un poco desconcertada porque el señor Carlos puso en la respuesta de su demanda que ella era quien lo violentaba, que además agredía y descuidaba a los niños. María Concepción se siente mal porque reconoce que en varias ocasiones descuidó a los niños y que lo llegó a hacer porque realmente se sentía muy deprimida y que teme que por eso le vayan a quitar a los niños, se reencuadró que el descuido tuvo una razón de ser, pero que ella ha hecho otras muchas cosas por atender a sus hijos y sacarlos de una vida de violencia, que por ejemplo haber asistido a la terapia es una forma de cuidarlos y protegerlos, incluso también lo es el trámite de divorcio. También refiere que esta confundida con su jefe, porque ha sido buena persona al darle permisos y permitir que sus hijos estén en el trabajo, pero que le desconcertó que en una ocasión que se quedó hasta tarde a trabajar, al momento de cerrar el local, el señor la abrazó e intento besarla, ella no supo que hacer y se sintió muy incómoda, ya no quiere trabajar con él, pero siente que está exagerando. Durante esta sesión se redefinió su idea de *“persona buena”* y se revisó que en realidad ha estado pagando casi al doble los permisos, y que no solo ella sino también sus hijos porque cuando están con ella han trabajado para él. Por otro lado se vio que nuevamente se estaba involucrando en una situación de violencia y abuso de poder, ya que su jefe estaba abusando del poder de *“ser buena persona”* para sacar un provecho sexual y económico. María Concepción refirió que la misma confusión que tiene con Carlos la está sintiendo con su jefe, que por un lado cree que es bueno, pero por otro ve que hace cosas que no la tienen contenta como por ejemplo *“explotarla laboralmente y tratar de besarla a la fuerza”*. Durante la sesión Concepción reconoció cómo es que se vincula en relaciones de dependencia y violencia al momento de sentirse en deuda o pensar que porque le hicieron *“un favor”* tiene que someterse a los deseos de otros, en la sesión manifestó que no quiere repetir estos patrones y que no quiere que sus hijos los aprendan.

Doceava sesión (6 de septiembre de 2008). Acudió María Concepción a la cita, mencionó que habló con su jefe sobre la situación en la que trató de besarla, él le explicó que no fue con la intención de molestarla, pero que solo quería apoyarla, Concepción le dijo que no necesitaba que le ayudara así y que ella agradecía los permisos que le daba pero que no le parecía justo que en ocasiones tuviera que trabajar hasta doce horas. Con esta acción María Concepción fue capaz de poner un límite claro y directo y tuvo resultados positivos. Mencionó que investigó sobre unos prestamos que hace el gobierno local para emprender un negocio y que piensa solicitar uno para comprar unas máquinas y trabajar desde su propia casa, considera que de esta manera puede estar cuidando mejor a sus hijos y además ya no depender de su jefe, refirió que si le otorgaban ese préstamo, podría alcanzar uno de sus sueños que es no depender económicamente de nadie. El curso de la demanda continúa pero ya no tiene miedo. Mencionó que sus hijos están más tranquilos, pero que aún tiene miedo de que vayan a reproducir patrones de violencia. María Concepción dijo que siente que la terapia le ha ayudado mucho, pero que cree que

por el momento se le hará difícil asistir, ya que intenta meter el proyecto de su taller para que le den el financiamiento. Sabe que al dejar de asistir a la terapia le van a quitar el seguro contra la violencia, pero ha estado meditando que el seguro ya solo es por 5 meses y que si logra que le den el crédito para las maquinas eso será un recurso que tendrá para toda la vida. María Concepción solicitó hacer una pausa, para que en cuanto tuviera más tiempo pudiera retomar la terapia. Se hizo un resumen de la atención de cómo llegó y cómo se va, se destacaron los logros, y los retos que aún faltan, se le preguntó que cómo se veía en un futuro y dijo que se imaginaba independiente económicamente, sin miedo y junto a sus hijos cuidándolos y dándoles mucho amor.

Primer llamada de seguimiento: se realizó una llamada telefónica en febrero de 2009, María Concepción dijo que aún tenía dificultades para presentarse a la terapia, porque si le habían otorgado el crédito, que ya tenía las maquinas en su casa, que su tía estaba trabajando con ella, que estaba maquilando para su anterior jefe, pero que ya era desde su casa y en sus tiempos. Sus hijos estaban bien y preguntaban por la terapeuta. La demanda por divorcio necesario y pensión alimenticia continuaba, le otorgaron la guarda y custodia definitiva y una pensión pero que es muy baja, falta definir lo del divorcio y ver si la pensión aumenta. No otorgaron visitas y convivencias provisionales por la violencia que ejerció contra los niños pero que el juicio continúa.

Segunda llamada de seguimiento: Se realizó una segunda llamada en noviembre de 2009. María Concepción informó que el divorcio se firmó, que las visitas y convivencias siguen pendientes, pero que el señor Carlos no ha movido nada para que se lleven a cabo, a ella le gustaría que sus hijos convivieran sanamente con su papá pero lo ve muy difícil que eso suceda. También mencionó que ya no está trabajando para su anterior jefe, que se contactó directamente con la secretaria de gobierno para la que trabajaba y que le dieron varios proyectos, con eso terminó de pagar las máquinas y se metió a tomar cursos de sastrería de alta costura, que ya también está trabajando con vestidos de novia y otro tipo de costura fina. Refirió estar muy contenta por ser independiente y además puede trabajar desde su casa y estar la mayor parte del tiempo con sus hijos.

VII. Técnicas empleadas

En el caso de la familia G.A. se emplearon distintas técnicas terapéuticas, principalmente técnicas del modelo Estructural de Minuchin (Minuchin y Fishman, 1984) a continuación se describen las técnicas empleadas durante el proceso terapéutico.

Durante la primer etapa del tratamiento se empleó básicamente la técnica de **acomodamiento** (Minuchin, 1979) como terapeuta realice adaptaciones al sistema familiar para lograr la alianza, sometiéndome a las pautas transaccionales (discurso caótico) conectándome con el dolor de cada miembro de la familia sin cuestionarlo, con esto logre investigar los temas familiares con el consentimiento de los

integrantes del sistema, de igual modo ellos se acomodaron a mi persona como terapeuta, permitiendo así la incorporación sintónica para permitir el cambio.

Dentro de esta etapa también se usó el **rastreo** (Minuchin, 1979) que es otra técnica de acomodación que permitió obtener más información a través de alentar a los miembros de la familia a que comunicaran sus puntos de vista, a través de mencionar mensajes aprobatorios, no cuestionar la opinión ni las acciones de los miembros y mostrar interés en todo lo que iban diciendo por más caótico que fuese. En este movimiento se preguntó a los hijos cómo fue que ellos vivieron los hechos relatados por su madre y que pensaban y sentían con lo que pasaba en ese momento.

Después de la primer sesión mi sensación fue de caos y pesadez ante tanta descripción, me percaté de que los hijos estaban muy involucrados en la situación de violencia, no solo porque habían sido testigos y además objeto de la misma, sino porque la madre tomaba de confidente a Rodolfo además de que el dolor era tan inmenso que no había posibilidad de diferenciarlo entre ellos. Por lo tanto en la segunda sesión decidí emplear una técnica de **reestructuración** (Minuchin y Fishman, 1984) del sistema familiar a través de usar **la geografía del espacio terapéutico**, reacomodé a la familia por subsistemas, pedí a Rodolfo y a José Luis que tomaran un asiento más distante de su madre y más cercano a la terapeuta, y que María Concepción no cargaría a Carlitos quien ocupó un asiento propio.

Al final de la segunda sesión se le pidió a la mamá que les preguntara a sus hijos porque consideraban que la terapia podría ayudarles. Iniciaron un diálogo entre ellos sobre los objetivos de la terapia lo que significó una **recreación de los canales de comunicación** (Minuchin, 1979).

Otra técnica de reestructuración que se empleo fue la de marcar **fronteras** (Minuchin y Fishman, 1984) entre subsistemas a través de realizar sesiones con el subsistema de hermanos para que pudieran expresar desde su lugar de hijos y hermanos su sentir frente al problema de la violencia, sin tener que corresponder a las demandas emocionales de la madre (no sufrir por el dolor de los hijos). En la tercera sesión se decidió emplear esta técnica porque se observó que la familia estaba muy ligada entre sí por el dolor y las ligas entre hermanos estaban bloqueadas por ejemplo en el juego o el compartir otros aspectos, después de hablar con cada uno se les pidió que pensarán en hacer algo como hermanos, algo que les divirtiera mucho, de modo que la cercanía entre la familia no se basará solo en el dolor, sino también en visualizar otra forma de convivencia. Se observó la fusión en el dolor como una forma de sobrevivir.

Posteriormente se hizo un **reencuadre** (Minuchin y Fishman, 1984) de la historia familiar de dolor y violencia alentándolos a que gracias a su decisión de iniciar un cambio es posible modificar su situación, aunque por mucho tiempo eso parecía imposible.

Se reconocieron los **lados fuertes** de la familia, como su fuerza para enfrentarse a quien ejercía violencia o incluso el que María Concepción dejara que

liberaran a su esposo para evitar una escalada de violencia con su familia de origen fue un recurso empleado para mantenerse a salvo.

Se hizo **intensidad** (Minuchin y Fishman, 1984) en marcar límites entre subsistemas al señalar la parentalización de los hijos, y solicitar un cita exclusivamente con la madre para marcar el subsistema parental separando el tema legal de los hijos.

En el proceso terapéutico también se realizaron intervenciones que buscaron hacer nuevas **construcciones** (Minuchin y Fishman, 1984) de la realidad familiar, por ejemplo se utilizaron las **verdades familiares** (Minuchin y Fishman, 1984) para desculpabilizar a María Concepción sobre sus sentimientos ambivalentes hacia Carlos y así darles otro significado, se señaló que en las familias el amor y la violencia llegan a convivir y que debido al amor que sentía por Carlos ella deseaba que él pudiera cambiar y eso le llevaba a creer en una realidad donde el cambio era posible, sin embargo hay situaciones como la violencia, que hacen creer que el cambio no es posible y que bajo esta última realidad se ha manejado en los últimos meses.

Por otro lado se utilizó **el consejo especializado** (Minuchin y Fishman, 1984) al señalarle los marcos legales sobre la violencia, al darle otra opción aparte de la que le dio el primer abogado que le dijo que “poco podían hacer jurídicamente” y al compartirle cómo se da el círculo de la violencia y que ella misma se percatara en qué fase estaba, otro consejo especializado fue cuando se trabajó sobre el plan de emergencia familiar frente a la violencia.

También se empleó la técnica de **complementariedad** (Minuchin y Fishman, 1984) a través del **cuestionamiento del control lineal** en la sesión en la que María Concepción relató que le pegó a Carlos y que se sentía mal por haberlo hecho ya que debido a sus **creencias familiares** ella “siempre tiene que estar con su esposo pasara lo que pasara” así se cuestionó la creencia familiar y la idea de que un solo miembro de la familia es el que siempre tiene que controlar la situación. Al darse cuenta del poder que puede tener y que si ella aumenta su jerarquía Carlos va a dejar de violentarla.

Otras técnicas empleadas.

En varias ocasiones durante el tratamiento se realizó **síntesis** (Cormier y Cormier, 2000) de la información proporcionada, con el objetivo de darle coherencia y orden, así mismo para que la familia se ubicará en un contexto más claro y tener la certeza de que habían sido escuchados.

En cuanto a la conducta agresiva de Rodolfo se marcaron **excepciones** (Watzlawick y Nardone, 2000) sobre en qué momentos no era agresivo y si él podría usar esos momentos para controlar su agresión.

Se utilizaron **preguntas a futuro** (Eguiluz, 2004), cuando María Concepción tenía la duda de aceptar o no la invitación a ir de vacaciones, el que se visualizara y visualizara a sus hijos en un contexto distinto al de la violencia, en donde fueran capaces de disfrutar y sentirse bien ayudó a dar el paso para hacer algo diferente, experimentarse de otra manera y comprobar que si es posible estar bien. Otro momento fue cuando en la última sesión se le preguntó cómo se imaginaba estar en un futuro y María del Carmen se imaginó como finalmente estuvo después de un año de haber acabado el tratamiento.

VIII. Logros terapéuticos

Se logró que la familia se alejara de la dinámica de violencia que mantenía con el señor Carlos, que los niños pudieran experimentar un ambiente tranquilo. Rodolfo mejoró en su rendimiento escolar y en su conducta. José Luis ocupó un lugar de mayor relevancia en la familia y se sintió reconocido en sus esfuerzos de ayudar a la familia. Carlitos finalmente dejó el pañal y la mamila durante el tratamiento y se le percibió más tranquilo según reportes de la madre y las maestras de la estancia infantil. María Concepción logró iniciar la demanda de divorcio, hacerse independiente económicamente y trabajar en su casa cuidando a sus hijos.

IX. Objetivos pendientes

Aunque durante las sesiones la familia reportó que las interacciones entre los miembros ya no eran tan agresivas, considero que faltó trabajar en no repetir pautas de interacción violenta entre los miembros de la familia. También faltó enfatizar en desparentalizar a los hijos.

1.1.2 Caso Dos. Familia R. O.

EXPEDIENTE CLÍNICO

Modelo Terapéutico utilizado: Modelo Estratégico

Número de sesiones: 7

Lugar de atención: Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

Fecha de inicio de tratamiento: 5 de marzo de 2007

Fecha de término de tratamiento: 18 de junio de 2007

I. Datos generales

Nombre	Edad	Parentesco	Ocupación/escolaridad
Octavio R.	55	Abuelo materno	Taxista
Paola	50	Abuela materna	Cocinera
Sonia	28	Madre	Empleada tienda autoservicio
Edgar	22	Tío materno	Estudiante
Federico	40	Padraastro	Taxista
Ian	12	Hijo (PI)	Estudiante
Daniela	11	Hija	Estudiante

RESPONSABLES:

Supervisora: Dra. Ma. Elena Rivera Heredia

Terapeuta: Aurora Alvarado Vázquez

Coterapeuta: G. B. Tonatiuh Villanueva Orozco

Equipo terapéutico:

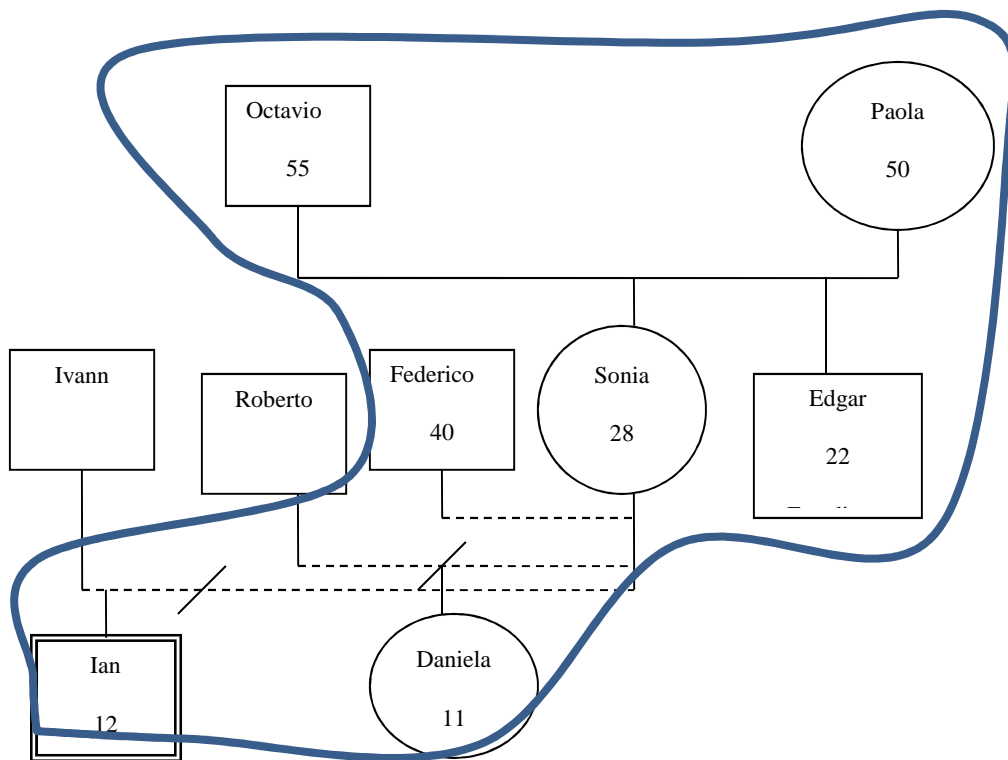
Claudia Guadalupe Asunción Sánchez

Alicia Barrios Muñoz

Mauricio Francisco Carmona Arellano

Xolyanetzin Montero Pardo
Lizette Hayde Rodríguez Chica
Marla Naivi Toiber Rodríguez
Ana Lilia Trejo Arteaga
Aurora Villegas Cortez

II. Familiograma



III. Motivo de consulta

La Sra. Paola, se presentó a consulta debido a que uno de sus nietos, Ian, adolescente de 12 años de edad, ha tenido dificultades en la escuela. Acude a la terapia junto con su hija Sonia, mamá de Ian, y mencionan que han decidido sacarlo de la escuela, pues dan por hecho que reprobará el año y además en la escuela les han hecho ver, de alguna manera, que es mejor que lo saquen. Ambas refieren que Ian fue diagnosticado con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) cuando tenía 6 años y que durante un año tomó medicamento para controlar

los efectos del trastorno, ha estado en terapia grupal y desde hace tiempo suspendieron el medicamento debido a situaciones económicas.

Tanto la mamá como la abuela, reportaron que Ian es indisciplinado, no obedece, no quiere estudiar y pelea mucho con su hermana, esto ha generado un ambiente de tensión en la familia y ya no saben qué hacer. Después de la primera sesión, y de ubicar los problemas como producto de las interacciones familiares, la demanda principal se centró en “llevarse bien como familia”.

IV. Antecedentes

Planteamiento del problema

- Principio y desarrollo del problema: La familia refirió que desde que Ian iba al kinder, no prestaba atención, ni en la escuela ni en la casa y que al principio sólo había problemas con mantenerlo quieto. Pero ahora, que tiene 12 años, ya es más difícil de controlar. No trabaja en la escuela, sus cuadernos están en blanco y se ha hecho más rebelde; lleva 9 materias reprobadas, y decidieron sacarlo. La madre y la abuela materna dicen que no saben cómo controlarlo y creen que su descontrol pueda ser por problemas de ellas mismas y de toda la familia.
- Relación del problema con el sistema interpersonal del usuario: Dice la abuela que el problema puede ser causado porque Ian está en la adolescencia. Al único que le hace caso es a su tío materno, porque él “no deja que Ian haga lo que quiera”. Ian quiere llevarse bien con todos y no tener problemas, sin embargo no hace caso a lo que su mamá le dice, por lo que ha llegado a recibir golpes Federico (pareja actual de la mamá) le dice a la mamá que hable con él y que no le pegue.
- Intentos de solución previos: Ian fue diagnosticado con Déficit de Atención e Hiperactividad (TDH) y le dieron Ritalin por tres años, ¼ de pastilla por la mañana y una por la tarde, la dosis fue aumentando, al principio funcionó el tratamiento. Posteriormente estuvo 1 año con atención psicológica, participaba en un grupo terapéutico con otros niños que tienen el mismo problema, pero dejaron de ir los niños y se cruzaron los horarios con los de la secundaria, por lo que ya no lo llevaron a la terapia de grupo.
- Evaluación de los elementos con que se cuenta para la solución: La familia ha aceptado que ellos tienen mucho que ver con las conductas de Ian y están dispuestos a hacer lo que sea necesario para su mejora, además menciona la abuela y la mamá que los demás miembros de la familia con quien viven también están dispuestos a ir ya que consideran que al tratarse todos pueden ayudar a que cambie la actitud de Ian.

V. Análisis sistémico familiar

Análisis de las interacciones de cada subsistema

- Subsistema conyugal: La pareja actual de Sonia (mamá de Ian) es taxista y ella es cajera. Federico está poco tiempo en casa debido a su trabajo él le dice a Sonia que debe hablar con Ian y que no es bueno que le pegue, ya que Sonia ha llegado a pegarle constantemente, Federico no representa una autoridad para los niños.
- Subsistema parental: La madre deja a la abuela la responsabilidad del cuidado de Ian cuando ella no está en la casa, ya que trabaja y no puede hacerse cargo del todo. Figuran como autoridades parentales, la abuela y la mamá, el abuelo constantemente es descalificado y no ejerce ninguna autoridad sobre los nietos.
- Subsistema familia extensa. La abuela es quien cuida a Ian. El abuelo es taxista y casi no está en casa, es descrito como una persona muy enojona y con la que constantemente discuten los nietos y la abuela, además de mantener un alcoholismo del cual se desconoce su patrón de consumo. El hermano de la mamá, Edgar, estudia en la universidad y también está poco en la casa, sin embargo, es a quien más obedece Ian.

a) Límites o fronteras

Los límites son difusos entre los subsistemas y entre personas, ya que toda la familia se ve influida por las cosas que le pasan a uno de los miembros; cuando el subsistema filial tiene un problema los demás se entrometen. De modo similar cuando hay conflictos entre la pareja de los abuelos, se enteran los demás.

b) Poder y Jerarquía en el sistema

La abuela es la que de alguna forma lleva el control de todo; sin embargo por sus límites difusos la jerarquía para algunos temas llega a ser ambivalente. Jerárquicamente la abuela está en la posición más alta, y quizá todavía más alta es el abuelo, este último es relegado y descalificado por su carácter difícil, pero cuando exige algo nadie lo contradice.

c) Flexibilidad en el sistema

La familia es flexible ya que al solicitar la atención permiten la entra de los profesionales y las recomendaciones de los demás; pero al final ellos mismos toman sus propias decisiones con respecto a cómo realizar las recomendaciones y los tratamientos. La flexibilidad también se manifiesta en cuanto a la entrada de las diferentes parejas de Sonia. Por otro lado, en cuanto a las intervenciones que intentan modificar la homeostasis, se observa cierta rigidez.

d) *Resonancia del sistema*

La familia muestra mucha sensibilidad al problema ya que todos están dispuestos a ayudar a Ian y a participar en lo que sea necesario, han aceptado que también ellos necesitan hacer cosas diferentes para que Ian esté mejor en la relación familiar. La resonancia es alta porque cuando Ian se porta mal toda la familia se moviliza y lo responsabiliza de la felicidad y armonía de la familia. De igual modo cuando el abuelo manifiesta su enojo, todos se muestran molestos y lo culpan de generar desarmonía en la familia.

e) *Etapa del ciclo vital*

Están en la etapa de familia reconstituida con hijos adolescentes. La transmisión de valor que le están dando a Ian es sobre el poco respeto que tiene ante su madre y a sus abuelos. Y la madre no sabe bien qué hacer con estas conductas de Ian, lo que ha intentado es regañarlo y pegarle, la abuela tampoco sabe qué hacer y lo que ha intentado es no presionarlo y protegerlo.

f) *Contexto social*

La familia pertenece a un nivel socioeconómico bajo, el nivel educativo es básico. En la misma casa viven la madre de Ian, sus dos hijos y su pareja, los abuelos, y un tío materno. Cada uno de ellos tiene una recámara propia. El trabajo de Federico (pareja de la mamá) es inestable económicamente, mientras que Sonia cuenta con un salario fijo. El abuelo es pensionado y además trabaja un taxi, la abuela es cocinera.

g) *Redes de apoyo*

Las redes de apoyo con que cuentan son, principalmente, la misma familia. Algunas instituciones de salud, con las que han tenido contacto debido al tratamiento del TDH de Ian, han figurado como apoyo; sin embargo, no han sido tan significativas. La escuela en este caso se considera como una red débil ya que no es aceptado allí. Las relaciones sociales con amigos se consideran escasas.

h) *Sistema de creencias*

La abuela y la madre son las que se hacen cargo de la educación de Ian; mientras que el abuelo y el señor Federico, sólo se dedican al trabajo, y en ocasiones les dan consejos a ellas sobre la educación de los niños. Esta dinámica se sustenta bajo la creencia de que *“las mujeres son las encargadas de la educación de los hijos y los hombres se encargan de proveerlos económicamente”*.

La familia sabe que ellos tienen que ver con la actitud de Ian por lo que piensan que es importante ir todos los que puedan a terapia para solucionar el problema. Esta creencia se sustenta bajo la idea de que *“como no sabemos qué hacer con Ian todos debemos ir a terapia, hay algunos más culpables que otros y el terapeuta les tiene que decir en dónde está mal”*

i) Síntoma

La hiperactividad de Ian y su déficit de atención es el principal síntoma de la familia. En sesiones posteriores manifiestan que otros problemas que tienen como familia son la falta de orden, la discrepancia entre lo que dice Federico y Sonia en cuanto al orden; y los problemas entre los abuelos.

j) Hipótesis sistémica

Las conductas de Ian son causadas por los límites difusos entre Sonia y sus padres, lo que provoca un desajuste en saber quién tiene el poder en la familia y en qué momentos lo va a utilizar, hay una constante definición de este poder, llevando a la familia a quitar la atención de Ian y darle instrucciones caóticas.

VI. Plan de tratamiento

1. Lista de los problemas encontrados en la familia

- Problemas en la obediencia de Ian a Sonia.
- Dificultades en la definición de quién realmente tiene el poder en la familia para Ian.
- Dificultades en los límites entre Sonia y Paola.
- Relación entre abuelos, debidos al mal carácter del abuelo y a la descalificación de la abuela.

2. Transformación de los problemas en objetivos de trabajo.

- Diferenciar el subsistema parental.
- Aclarar quién y de qué forma se pondrán los límites con Ian.
- Diferenciar el subsistema entre Sonia y Paola.
- Lograr un acuerdo en cuanto al orden.

3. Jerarquización de los objetivos de trabajo.

1. Que Ian diferencie entre el papel de la mamá y el de la abuela.
2. Definir claramente entre el sistema de la familia de Ian y el de los abuelos.
3. Aclarar el papel de los abuelos y de la madre.

VII. Resumen de las sesiones

No. de sesión	Fecha	Personas convocadas	Personas que asistieron
1	5/03/07	Paola, Ian	Sonia, Ian y Paola
2	26/03/07	Toda la familia (7 miembros)	Sonia, Federico, Ian y Daniela
3	16/04/07	Sonia, Federico, Ian y Daniela	Sonia, Ian y Daniela
4	30/04/07	Abuelos y familia nuclear	Paola, Sonia, Ian y Daniela
5	14/05/07	Paola, Sonia, Ian y Daniela	Sonia, Ian y Daniela
	28/05/07	Paola, Sonia, Ian y Daniela	CANCELARON
6	4/06/07	Paola, Sonia, Ian y Daniela	Sonia, Ian y Daniela
7	18/06/07	Toda la familia	Sonia, Paola, Ian y Daniela

Primera sesión (5 de marzo de 2007) Se presentó de manera puntual la familia, solo se había citado a la abuela Paola y al nieto Ian, debido a que la abuela fue quien solicitó el servicio y refirió que la mamá de Ian no podía acudir por motivos laborales, sin embargo sí acudió la señora Sonia. Durante esta primera sesión se realizó el encuadre terapéutico, se informó a la familia que se iba a trabajar en coterapia y que detrás del espejo habría un grupo de terapeutas que formaban el equipo terapéutico, además se les advirtió sobre sus posibles intervenciones por el interfon, se informó la duración de la sesión y la que estas se grabarían.

Se indagó el motivo de consulta, soluciones intentadas ante el problema y áreas afectadas por éste, así como elementos de la dinámica familiar, quienes viven en casa y cómo es la relación con ellos.

Al final de la sesión la supervisora reconoció a la familia por su esfuerzo de venir a solucionar el problema, remarcó la importancia de que todos los miembros tienen una función que está provocando la problemática actual, con esto se buscó quitar la etiqueta a Ian. También se les invitó a que trajeran a los demás miembros de la familia que pudieran asistir para trabajar sobre esta dinámica familiar que les está causando problemas.

La respuesta de la familia fue positiva, se les pidió que para la próxima sesión llevaran ideas de cómo pueden mejorar como familia y qué tienen que hacer para lograrlo.

Segunda sesión (26 de marzo de 2007). A esta sesión acudieron Sonia, Ian, Federico y Daniela; la abuela envió por escrito su tarea, dijeron que para mejorar como familia lo que deberían hacer es respetarse y obedecer.

Analizaron la dinámica familiar en cuanto al orden. Desde que Federico llegó a vivir con la familia ha estado involucrado en la educación de los hijos, a él le gusta que haya orden pero son muy desordenados, por lo que constantemente les llama la atención. Menciona que él trata de ayudar a Ian pero que es muy inquieto. En general, dice que trata de ser comprensivo y llevarse bien con los niños. No tiene problemas con sus suegros y observa que hay constantes pleitos entre los abuelos, reconoce que Sonia es una mujer muy trabajadora y responsable.

Sonia dijo que es cierto que entre sus padres hay muchos conflictos por el carácter de su papá, él regaña mucho a los niños; menciona que no le gusta entrar en discusión con su padre; cuando ella está en casa se encarga del cuidado y orden de los niños, en ocasiones los visitan algunos de los amiguitos, ponen una alberca inflable y juegan, pero su papá se molesta. Sonia considera que en algunos casos su mamá se interpone en la autoridad que ejerce con sus hijos.

Los niños dicen que constantemente pelean, principalmente por la agresividad de Ian; dicen que cuando su abuelo se enoja con ellos su abuela siempre los defiende y que ellos también defienden a su abuela. Daniela es muy participativa y en todo momento trata de señalar a Ian como el agresor y mal portado, sin embargo las intervenciones de los terapeutas hacen que se gire hacia un enfoque más interaccional. Ian se expresa mal de su abuelo y lo trata como un igual. Menciona que cuando llegó Federico, *“empezó todo”* (sic. paciente), se le pregunta a que se refiere y Federico menciona que cuando se integró a la familia le apedrearon su auto, rompiéndole los cristales, pero que tiempo después se resolvieron esos problemas, que fueron vistos como un juego. Se les pregunto más de ese tema pero ya no dieron mayor información.

Durante la inter-sesión se les dejó que entre todos pensarán en qué cosas les gustaría hacer como familia para estar mejor, que después las escribieran en el pizarrón. Al regresar se trabajó con la tarea. La familia llegó al acuerdo de que las cosas que le gustaría hacer son:

- ✓ Tiempo para convivir los cuatro
- ✓ Tiempo para dedicarles en el estudio
- ✓ Respetarnos y no pelear
- ✓ Ponernos de acuerdo en nuestras actividades.

Se les pidió que eligieran un punto como tarea para la siguiente sesión, decidieron que la más importante era la primera. Se les dejó la tarea de hacer una actividad en la que convivieran los cuatro. Mediante la tarea se estará trabajando en la definición de límites entre subsistemas y familia extensa, ampliar el enfoque de situaciones agradables en familia, generar alianzas entre el sistema familiar y dar la sensación de que son capaces de tener logros.

Como proceso general de la sesión se vio a una familia muy participativa, que señalaba como problema el desorden, lo cual se reflejaba en la forma de

comunicarse durante la sesión, que fue caótica. Todos trataban de hablar al mismo tiempo, sus voces eran fuertes y trataban de defender su punto de vista. Daniela se caracterizó por tener un papel central en el señalamiento de los conflictos, intentaba interrumpir a los demás al igual que Federico. Se observó la alianza entre los hermanos y la abuela en contra del abuelo, así como la triangulación de los niños. De manera velada se manifestó un conflicto con Federico durante el proceso de reconfiguración familiar. Durante la sesión Ian dejó de ocupar el papel de paciente identificado ya que se observaron otras situaciones problemáticas en la familia.

Se planeó que para la siguiente sesión se citara solo a los cuatro miembros de la familia, para generar un límite entre familia extensa y familia nuclear, se decidió que se le llamará a la abuela para agradecer su interés y felicitarla por su tarea y que por favor les indicara a los miembros convocados sobre la cita, esto para no romper la alianza con la abuela.

Tercera sesión (16 de abril de 2007). A esta sesión solo acudieron Sonia, Ian y Daniela. Se revisó la tarea de la sesión pasada y lo que hicieron fue ir a Cuernavaca, pero que hubo varias discusiones, solo se les validó el esfuerzo de hacer la tarea, pero no se entró en el detalle de la discusión. Los temas abordados en la sesión fueron las constantes peleas de Ian y Daniela, cuando se le preguntaba a Sonia sobre estas peleas, ella comentaba y los niños empezaban a hablar entre sí, en este momento se observó una pauta de comunicación disfuncional, que se señaló y se les pidió hacer una modificación a la pauta, *“guardar silencio y escuchar mientras habla su mamá”*, lo cual lograron durante la sesión.

Otro tema fue sobre las mentiras de Ian, lo que ha provocado que ya no le crean, una ocasión unos ladrones se iban a meter a su casa, Ian dio el aviso a su familia pero por la etiqueta que tiene no le creyeron. Se mencionó que sería muy difícil para cualquiera vivir “en el lugar de Ian”, es decir donde nadie te cree; se le preguntó para qué lo hacía y dijo que para que le hicieran caso. A Ian se le preguntó ¿qué consejo darías a un niño para que logre que le hagan caso? y dijo: *“no hacer caso, ignorarlos, y ya no obedecerlos”*. Mencionó que esto le ha dado resultado porque hace cosas como las que describió y después tiene a todos preguntándole o diciéndole cosas. Se le preguntó a Diana que hace cuando no le creen y mencionó que se sale, o se va del lugar donde esté, así ya no la regañan y ya no le pegan.

Sonia dijo que cuando sus hijos se comportan así, ella en ocasiones se pasa de amable y otras se enoja mucho y les pega, *“los niños parece que ya se acostumbraron a que les pegue, a su abuela no la hacen enojar, le hacen caso y la obedecen desde que le hicieron el trasplante y a Federico lo ignoran totalmente”*.

Se les señaló que tal parece que entre ellos (mamá-hijos, y hermanos) la forma de comunicarse es mediante golpes, que no se dicen las cosas con palabras, por ejemplo *“ya me desesperé”, “no me molestes”, “respétame”, “no sé cómo educarlos”* etc., y en lugar de eso dan golpes.

Durante la inter-sesión se les pidió que comentaran sí podrían decir las cosas con palabras en lugar de decirlas con golpes. Después de la pausa se les dijo que

todos nos podemos comunicar de diferentes formas cuando crecemos aprendemos a hablar y a decir las cosas con palabras. Que para que ellos evolucionen como familia es mejor decir con palabras y no golpearse. También se les comentó que observábamos que tienen la capacidad de cambiar, por ejemplo con la abuela ya pueden decirle las cosas hablando, no se ponen a pegarle o a hacerle travesuras; además se reconoció que tienen la capacidad de mantener el orden y que lo demostraron en la sesión dejando hablar a los demás manteniéndose en silencio cuando alguien más hablaba y que respetaron a su mamá cuando hablaba, que lo hicieron muy bien. Además que veíamos que Ian es verdaderamente inteligente y atento pues sabía claramente lo que tenía que hacer para recibir atención y los beneficios que eso le trae, también Daniela sabe cómo salirse de los lugares donde hay conflicto para evitar consecuencias.

Se planeó para la siguiente sesión citar a los abuelos para evaluar la situación actual de la familia, ver que piensan ellos sobre estos distintos lenguajes y evaluar el manejo de la autoridad que tiene Sonia en presencia de los abuelos.

Cuarta sesión (30 de abril de 2007). A esta sesión acudió Sonia, la señora Paola, Ian y Daniela. Se comenzó la sesión revisando la tarea, mostraron confusión en saber que se había dejado *“que se observaran así mismos y a los otros, en cuanto a que tipo de comunicación usaban más, si la corporal o la verbal. Y que trataran de usar un poco más la comunicación verbal”*. La abuela dijo *“con razón Ian pedía las cosas por favor y le decía a su mamá pídemelas por favor; pero de nada sirve que lo haga porque luego le dice “ándale que eres mi gata y lo bueno que tuvo de decir por favor se pierde con esa expresión”*. Se observa que cuando la abuela dice eso todos incluso ella se ríe, aunque verbalmente manifiesta molestia.

Se les señaló el cambio de Ian pida por favor las cosas, y nuevamente dicen que no tiene ningún valor si él les dice “gatas” o “chachas” y se ríen nuevamente. Los terapeutas señalan que eso que les molesta también les causa risa, y que lo que pasa no es para reírse que es algo muy serio. El equipo pregunta que no entienden si lo que dice Ian es una falta de respeto o si es un chiste o broma, porque parece que se enojan pero que también se ríen. Tanto la abuela como la mamá mencionaron que les da risa porque “gatas o chachas” es una palabra que ellos no usan y les parece una falta de respeto. Se les indica que al parecer en esa frase usada por Ian está implícito que todos tienen que servirle y que él está por encima de todos. Y que otro ejemplo de esa situación se ve en la tarea de hace dos sesiones de la abuela en la que ella escribe que quiere que Ian le diga cómo tienen que ser con él y cómo quiere que lo sancionen cuando hace algo malo.

La abuela menciona que ella tuvo esa idea porque cree que si Ian propone las sanciones, entonces las va cumplir sin problemas. Se les pregunta si para otras cosas se les pide opinión y dicen que algunas veces. Ian y Daniela responden que no les dejan opinar, que cuando están en la casa hablando de los gastos, ellos quieren opinar y les dicen *“ustedes no opinen, esto es cosa de adultos, váyanse a su cuarto”* por lo general quieren opinar cuando a su mamá le quieren cobrar cosas de más.

Se les preguntó que si a los niños se les puede pedir opinión sobre cómo se les tiene que educar, en ese momento hubo una discrepancia entre la opinión de Sonia y Paola, que hasta ese momento se mantuvo en nivel ligero. La abuela dice que ella cree que es mejor preguntarles para que cumplan con gusto, Sonia dice que ella cree que no se les debe preguntar.

Paola menciona que ella ha querido ser más indulgente con sus nietos porque no los puede educar cómo lo hizo con sus hijos, es decir a golpes; no se siente con la confianza de hacerlo y además cree que es mejor no meterse tanto en la educación de sus nietos pues ella ya pasó por eso.

Sonia dijo que ella cree que tiene que ser más enérgica, que ella es la que manda no los niños, pero su mamá le dice que no sea así. Ian ya les “*agarro la medida*”, porque cuando quiere un permiso y ella se lo niega luego va con la abuela y entonces se lo da. Se les señala que en casa hay dos autoridades y dos concepciones de educar y que parece ser que por momentos chocan. Sonia cree que eso no está bien. Que ya está muy presionada incluso ha llegado a pensar que lo mejor sería que Ian fuera a un internado, le han dicho a Ian que lo van a llevar, pero que no han visto nada. La abuela dijo que esa opción la deberían pensar muy bien, porque se ha sabido de lugares donde maltratan a los niños y que son lugares peligrosos. Cuando se habló de esto Ian puso más atención y su expresión es de sorpresa y tristeza. Se le preguntó a Ian que pensaba de esa opción y dijo que le da igual que si su mamá lo quiere llevar esta bien, que siente como si lo quisieran echar de la familia.

Durante el corte se les pidió que comentaran sobre lo hablado en la sesión. El equipo sugirió que para el corte se retomara lo del internado, se propuso una intervención de Haley, en la que se le pide a los papás que dado que el niño tiene que ir al internado lo mejor será que empiecen a ayudarlo a entrenar la disciplina para que no padezca tanto el cambio. También se sugirió hacer el señalamiento de las diferencias entre el internado y la casa, así como, lo que les podría dar el internado. Por otro lado se señaló que la abuela da por perdido a Alan y que al parecer Diana va por el mismo camino.

Después de la inter sesión se les preguntó qué es lo que les daría el internado y Sonia dijo que antes que nada la posibilidad de que Ian termine la escuela, que lo ordenen y que le den disciplina. Se le señala que al parecer son cosas que la familia por el momento no le ha podido ofrecer, y se les preguntó qué van hacer cuando regrese a casa; qué pasaría si se va al internado lo disciplinan y regresa a la misma casa que no tiene disciplina y orden. Se quedan pensando y Sonia responde que lo que necesitan también es como familia hagan cambios.

Por otro lado se les señaló que cuando hablan de Ian lo dan por perdido. Sonia reacciona y dice que es su mamá la que ya lo da por perdido y que ella cree que todavía se puede hacer algo, que por eso están en la terapia. En este momento se evidencia más y sube de tono la diferencia entre mamá y abuela.

Se les dijo que los terapeutas y el equipo están preocupados por Ian y Daniela, porque esa familia sin darse cuenta está haciendo cosas para que Ian realmente se pierda. Por otro lado no le están permitiendo entrenarse para enfrentar el mundo, pues en ningún lugar le van a preguntar cuántas horas quiere trabajar o cuánto quiere ganar, etc. Se les señala la importancia de las jerarquías.

Se les pregunta si creen que en el internado el director va a poner unas reglas y el maestro otras. Paola responde que no, no es posible que se tengan reglas distintas porque no habría orden.

Se retomó lo que se habló al inicio de la sesión, sobre los lugares, y se les dijo que en algunos momentos es necesario cambiarse de lugar y que en esta ocasión es importante que Sonia y Paola estén sentadas una al lado de la otra. Se les pide que en ese momento se muevan de lugar, de modo que abuela y madre quedaran juntas. Se les indicó que así tendrán que estar, haciendo un equipo para educar a los niños y no dejarles a ellos la responsabilidad de su educación. Se les dejó la tarea de que abuela y mamá platicuen y lleguen a acuerdos para educar a los niños. Se les advirtió que es posible que se les dificulte, dadas las diferencias de opinión de ambas; además de los lugares que ocupan cada una, por un lado, la abuela tiene toda la experiencia en la educación, y por otro, Sonia es la mamá y la autoridad directa sobre los hijos. Aun y con estas dificultades se les pide que hagan un esfuerzo para llegar a acuerdos.

Por último se les hace hincapié en la importancia de cumplir con las tareas, se les indica que en esta sesión les costó trabajo hacer la tarea, que se espera que cumplan con ellas o de lo contrario el avance será muy lento.

Quinta sesión (14 de mayo de 2007). A esta sesión solo acudió Sonia y sus hijos, no acudió la abuela. En diferentes ocasiones se hizo claro que Sonia estaba ejecutando sus funciones de madre ya que se puso en una posición donde podía ver a ambos hijos y estaba diciéndoles las funciones que debían ejecutar cada uno. Sonia comentó que ella y su mamá ahora han hecho un equipo, Paola también ya les llamaba la atención cuando hacían cosas que no debían hacer y que está usando el mismo modelo de educación que usa Sonia ya que se dio cuenta que si eso le había servido con sus hijos también le puede servir a sus nietos.

Por otra parte se comentó que Ian estaba más al pendiente de su hermana y a pesar de que jugaban un poco brusco ya no se peleaban tanto. A diferencia de otras sesiones estaban más tranquilos, lo cual sorprendía a los terapeutas. Ian mencionó que no sabía porque pero si buscaba convivir más con su hermana y cuidarla, relató que fueron a la feria de Chapultepec y que se divirtieron mucho. También se habló de que Ian quería regresar a la escuela, y se mostró un tanto entusiasta. Y a la mamá le parecía muy bien ya que si regresaba a la escuela Ian no se volvería un caso perdido como se había mencionado en otras sesiones.

Se habló sobre todos los cambios que se dieron desde que iniciaron la terapia: el regreso de Ian a la escuela, el hacerse más responsable de sus actividades, lo

bien que se llevan entre hermanos y el papel que está ejecutando la mamá de acuerdo a sus funciones.

El equipo mencionó que a pesar de que la familia no los viera tan claros había muchos cambios notables, y que Ian no es un caso perdido sino uno encontrado o más bien recuperado. Que observaba que Daniela parecía que se escondía, que estaba acostumbrada a pasar desapercibida. Finalmente el equipo preguntó qué pasaría si de pronto en esta familia los dos hijos fueran muy bien en la escuela.

Sexta sesión (4 de junio de 2007). A esta sesión acudieron Sonia, Ian y Daniela, se inició la sesión con un juego con la geografía del espacio terapéutico, cada uno probó sentarse en cada uno de los lugares y al final cada quien se sentó donde se sentía más a gusto. En este juego se alentó a la mamá a ser más directiva. Se exploró si habían realizado la tarea de la sesión pasada “pensar en qué posición se sienten mejor dentro de la familia”. Mencionaron que no la hicieron porque llegó un primo a vivir a casa por tres meses ocupó la recámara de Ian y por estar con el primo no hicieron la tarea.

Se exploraron los cambios en la familia ante el invitado. Dijeron que Ian se tuvo que cambiar a la recámara de Daniela, que han peleado por las noches a la hora de dormir, pero que es poco, porque tienen que dormir temprano porque los invitados se tienen que despertar temprano. Por otro lado ven que es bueno estar más ordenados que ahora pueden platicar mejor, porque antes al mismo tiempo veían tele, comían, escuchaban música, platicaban y hacían otras cosas. Notan que entre hermanos han tenido mejor relación, obedecen más rápido y ahora ya no es tan fácil “*hacer tonta a mamá*” porque ahora es más firme con ellos.

Ian refirió que está procesando los cambios y ya está más tranquilo. Se le preguntó qué pasará ahora que Ian regrese a la escuela, si consideran que lo que han logrado hasta hoy les servirá para el regreso a clases; Ian respondió que él cree que si le servirá porque ya no va a estar tan inquieto porque en la casa también están más tranquilos y antes le desesperaba que todo estuviera inquieto.

La familia reporta que Daniela subió de calificaciones y que la eligieron para concursar para la escolta, pero no se quedó, está contenta por haber sido considerada como candidata pero que no le hubiera gustado quedarse porque no le gusta destacar ni que la vean los demás. Ian mencionó que a él no le gusta la escolta, pero que si le gustan las fiestas y que luego tiene que están llamando a su hermana a integrarse a la fiesta porque la ve que está muy pegada a su mamá.

Ian dijo que cuando regrese a la escuela le gustaría participar más en clase, responder preguntas que hace el maestro; dijo que en la secundaria casi no participaba y en la primaria lo hizo un poco más. Se le señaló que ha ido aprendiendo algunas cosas para participar, por ejemplo en las sesiones aprendió a alzar la mano para pedir la palabra y eso lo ha hecho muy bien. Se le preguntó que más necesita para poder participar y dice que poner atención, saber que están preguntando, entender la pregunta, y si no le entiende pedir que se la repitan de manera más clara.

Se exploró qué sienten frente a los cambios de su mamá, que ahora está más atenta a ellos y más vigilante, dicen que eso les hace sentir bien, que ahora ya le hacen caso a la segunda orden que da su mamá. Sonia se siente contenta de que ahora ya le hacen más caso y está muy contenta de que Ian por sí mismo haya pedido ir a la escuela para estudiar.

La familia dijo estar contenta por los cambios, desean ser una familia normal en la que exista comprensión hacia los niños y respeto para los adultos. Se les señaló sus fortalezas y se les indicó que quizá sea tiempo de que ellos prueben solos, si esos cambios son firmes. Se les preguntó que harían si en su familia regresan los problemas de mala conducta, agresión, golpes y desobediencia, mencionaron que lo que tendrían que hacer es regresar a terapia o sentarse a platicar entre todos sobre cuál es el problema que provoca la mala conducta.

Se les recomendó que para trabajar el regreso de Ian a la escuela se sugiere que en el mes de vacaciones entre a un curso de regularización. Se programó la siguiente cita con la familia para revisar los avances y saber si tuvieron alguna recaída. Dar de alta o hacer una pausa, así como festejar los logros.

Séptima sesión (18 de junio de 2007). A esta sesión acudió la abuela, la mamá y los hijos. Se exploró si continúan los cambios Paola refirió que ella ha visto algunos cambios en Ian, sigue pidiendo las cosas por favor, no pelea tanto con su hermana, ya tarda menos en obedecer y ahora en cada momento dice cosas sobre lo que hará cuando regrese a la escuela. Paola dice que ya choca menos con su hija para educar a los niños y aunque a veces la ve muy exigente, no le dice nada y piensa que está bien que les exija porque están muy mal educados. Sonia no les ha pegado a los niños y eso le hace sentir mejor. Sonia refiere que en la semana Ian trato de rebelarse mucho, pero que se sentaron a platicar y lo resolvieron sin tantos gritos. Daniela dice que ahora le gusta compartir más con su hermano porque ya no esta tan pesado y que ella quiere que él esté bien en la escuela y que no se vaya a un internado. También mencionaron que Federico aunque esta poco tiempo en casa los atiende y juega con ellos y que él está más contento de que la casa este más ordenada. Se les reconoció y felicitó por los logros alcanzados durante el proceso terapéutico. Se indicó que aunque no vino toda la familia parece que el trabajo que ellos han hecho ha dado frutos con todos los miembros de la familia, hasta el abuelo está atento a los cambios de los niños. Se les indicó que solo falta preparar el camino para que Ian regrese a clases. Que es muy bueno que Ian haya pasado de ser un caso perdido a un caso encontrado. Se realizó una pequeña convivencia para festejar los cambios. Se les indicó que sería la última sesión pero que si ellos consideraban que necesitaban otra vez retomar las sesiones cuando Ian entre a la escuela que llamaran para programar una nueva cita.

VIII. Técnicas empleadas

Inicialmente, mediante la técnica de *complementariedad*, se cuestionó el problema introduciendo la incertidumbre en cuanto a que el problema sea de un solo miembro de la familia, es decir, el paciente identificado. En tal caso el terapeuta debe ampliar el foco del síntoma extendiéndolo a más de una persona.

Una vez que la familia aceptó que el problema puede estar no sólo en Ian, sino en los demás también, se buscó *utilizar el síntoma*, considerándose como una reacción ante un problema contextual dentro del sistema familiar, y se *desacentuó el síntoma* para alejarse del paciente identificado, posteriormente se *re Etiquetó el síntoma* como una conducta que es consecuencia de la posible desatención que se tenía hacia Ian o bien ante los problemas de organización que hay dentro de la familia.

Para este problema de desorganización de la familia se buscó *captar las pautas de transacción* a modo de poder ver la interacción que los miembros tienen y crearse un mejor mapa de la estructura más allá de lo que puedan decir los miembros de la familia, por lo que se *recrearon los canales de comunicación* promoviendo el diálogo entre ciertos miembros que no se comunicaban directamente o claramente el uno con el otro. También se hizo, en diferentes momentos de la terapia, la *manipulación del espacio* redistribuyendo geográficamente a los miembros a modo de mostrar metafóricamente la intimidad o distancia entre los miembros.

Se utilizaron técnicas para *fijar las fronteras* con el objetivo de regular la permeabilidad de los límites que separan a los subsistemas entre sí, viéndose la *distancia psicológica* para observar la distribución de los miembros, indicadores espaciales, indicadores de comunicación, mapa de relaciones de proximidad, pautas estructurales y constructos cognitivos, a modo de trazar fronteras entre personas y subsistemas.

Aunado a esto, se buscó el *señalamiento de los límites* para delimitar claramente el funcionamiento de cada subsistema, aclarando los límites y funciones que le pertenecen a cada miembro de la familia. El objetivo principal es lograr un grado funcional de permeabilidad de límites entre subsistemas. De esta forma se aclara la jerarquía y el poder que tiene cada subsistema.

Por otra parte, se utilizó el Modelo Estratégico ya que plantea una serie de aspectos referente a este problema de jerarquías y organización de la familia. Para este modelo, la psicopatología del individuo tiene que ver con la forma en que interacciona con los demás y el cómo los demás se relacionan en éste. Un problema individual ofrece muchos más datos cuando se ve a todo el sistema familiar.

El conflicto es en realidad una lucha por el poder ya que la psique entra en una serie de fuerzas opuestas entre sí y la psicopatología es el producto de esta lucha. En el seno familiar, la patología se ve determinada también por la manifestación de los síntomas y esa lucha entre las fuerzas es puesta en el exterior de la persona, de este modo es que ven los problemas los terapeutas familiares. Es

decir, los conflictos externos son un reflejo de los conflictos internos del individuo. De esta forma, el terapeuta familiar puede basarse en datos observables para la resolución del conflicto.

Dentro de las sesiones, se utilizaron otras técnicas para apoyar el trabajo terapéutico, basándose en este mismo modelo Estratégico (Haley, 1983^b).

El espacio y la posición, esta fue utilizada para definir las posiciones de cada miembro de la familia y posterior mente se cambiaron para mostrar la nueva perspectiva.

Énfasis en lo positivo. Esta fue utilizada tanto al momento de ver cambios como cuando se utilizaban conductas que fueron funcionales o han sido funcionales dentro de la organización de la familia.

Ampliación de una desviación, esta se utilizó para marcar más los pequeños cambios que la familia mostraba y posteriormente se dejaba alguna tarea para que pusieran a prueba estos cambios y cómo reaccionaba la familia ante esto.

El cambio mediante comunicaciones metafóricas, fue utilizado haciendo diferentes representaciones de lo que sucedía en terapia o en la casa para relacionarlo con su problema de organización, con la finalidad de que la familia encontrara la relación de forma diferente a como lo habían percibido con anterioridad, o bien para demostrar que sucedía algo y no se habían dado cuenta. También se hicieron comentarios comparando su situación con otras parecidas o con experiencias personales o sentimientos de los terapeutas, con el fin de que la familia hiciera una conexión de eso con lo que les sucedía a ellos.

También, es importante mencionar que se dejaron tareas directivas en todas las sesiones y se revisaban la siguiente sesión, con la finalidad de ver los efectos de éstas en el proceso terapéutico., es elemental mencionar que la utilización de estas tareas son parte del modelo estratégico como lo plantea Haley (1980; 1989).

Utilizando todas estas técnicas en general y algunas otras específicas del momento dentro de la sesión es que se logró que la familia se organizara de una forma más funcional, dejando en parte la postura de que lan era el problema principal de la familia, y al mismo tiempo promoviendo que cada subsistema ejecutara cada una de sus funciones de acuerdo al nivel jerárquico que le corresponde. Por otra parte esto llevó a que el sistema se relacionara y comunicara de forma más satisfactoria para ellos, donde tanto los hijos como, los padres y los abuelos comenzaron a ejercer sus responsabilidades correspondientes.

IX. Logros terapéuticos

En este proceso terapéutico se logró mover a lan de paciente identificado como “caso perdido” a “caso encontrado” es decir con los cambios que realizó la familia en cuanto a mantener mayor orden, que el subsistema parental se organizará para poner reglas claras y con posibilidad de darles seguimiento. Se redefinió el

problema de Ian como un niño con TDAH, a un niño que estaba en un contexto de desorden y que simplemente se estaba adaptando a él, esto se hizo a través de la redefinición y la connotación positiva en la que se puso en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente del contexto familiar. Se logró que la conducta de Ian se modificará a través de señalar las jerarquías incongruentes de la familia en donde los niños con menor jerarquía estaban ocupando un lugar de mando al decidir cómo iban a ser educados y sancionados si cometían una falta, lo cual estaba sosteniendo al síntoma de mala conducta. Aunque se usaron técnicas de otros enfoques terapéuticos, el eje fue impartir técnicas directivas, sin hacer énfasis en la categoría diagnóstica psiquiátrica y en cambio observar la organización familiar y el tipo de comunicación predominante, y el síntoma como producto de una coalición permanente entre personas de diferente jerarquía Abuela-Nietos.

Al final la familia se fue con una mejoría en la conducta de los hijos, un acuerdo entre los adultos encargados de la educación de los hijos, es decir fortaleciendo la jerarquía de la autoridad y evitando las jerarquías incongruentes; también la familia dijo que ahora tenían un modo de comunicarse que les permitía estar mejor sin ocupar el maltrato y estuvieron muy contentos de que Ian por sí solo pidiera regresar a la escuela.

X. Objetivos pendientes

A pesar de que se lograron muchos cambios en la organización familiar y al mismo tiempo una comunicación más funcional, la familia reportó no saber cómo resolver otros problemas como el reingreso de Ian a la escuela, por lo que se dejó un espacio para que la familia viera como se relacionaban ahora y posteriormente continuar con el proceso.

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica con las dos familias elegidas para ser incluidas en el reporte

1.2.1 Caso Uno. Familia G.A.

Como vimos en el primer capítulos de este reporte, las familias se desarrollan bajo un contexto, donde interactúan distintas variables psicosociales en el macro sistema; dentro de esas interacciones la familia va conformando sus pautas relacionales que están influidas por el contexto sociocultural, los sistema de creencias de la familia y de la comunidad, así como la red de apoyo, ya sea formal o informal (instituciones de salud, educativas, gubernamentales, etc.; amistades, familiares externos, conocidos, entre otros).

El caso de la familia G. A. nos permite ver cómo frente a un problema que impacta de manera grave la dinámica familiar se activan diferentes sistemas aledaños a la familia; se ejemplifica lo que Bronfenbrenner (1987) señala sobre los diferentes sistemas en los que está incluido un individuo (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema). En el presente caso María Concepción vive un problema de violencia conyugal, un problema que no puede ser evaluado desde una visión lineal y unipersonal. Ella forma parte de un microsistema “*su familia*”, en el cual vivía la violencia de manera aislada, los límites con el exterior eran cerrados (“*casi no le hablaba a nadie, para que no se enojara*”). Su familia a la vez tiene interacciones con el Mesosistema, que se representa como el contexto inmediato de otros sistemas con los que interactúa la familia por ejemplo el trabajo, la escuela de los niños (“*en la escuela de los niños ya están al tanto de lo que pasa*”... “*en mi trabajo me dan oportunidad de salir a arreglar mis asuntos*”). En el siguiente nivel se encuentran el exosistema que se refiere a la comunidad en la que se desarrolla, las instancias públicas a las que acudió y el centro de atención psicológica, que en esta ocasión le brindaron el apoyo necesario en orientación jurídica y apoyo psicológico. Finalmente el macrosistema, ese gran sistema que plantea pautas a seguir del deber ser, los mitos culturales entre otros, en este sistema es donde María Concepción encuentra los mandatos culturales para no romper una relación de pareja (“*una tiene que estar con su marido pase lo que pase*”... “*no quisiera que mis hijos se quedaran sin padre*”... “*siempre quise tener una familia*”).

La organización de estos distintos sistemas y la interacción entre ellos, además de los recursos de la familia va a permitir resolver o mantener el problema. En particular en el caso de la violencia intrafamiliar y conyugal, que por mucho tiempo fue considerado un problema privado pero que debido a su trascendencia en la vida de las personas y en la vida pública, así como los esfuerzos que los movimientos feministas realizaron para visibilizar este problema, es que ahora tenemos distintas herramientas legales, educativas, sociales y clínicas para hacer frente a este fenómeno (Anderson y Zinsser, 1992; Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

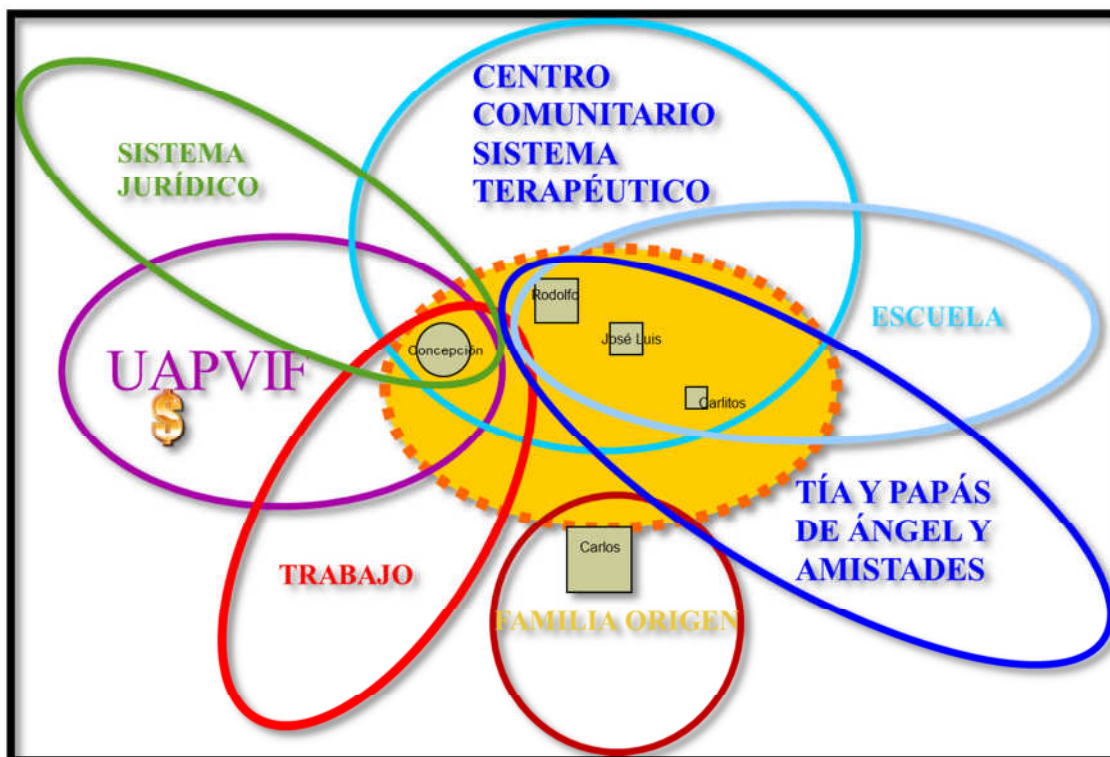


FIGURA 9. SISTEMAS QUE INTERACTUAN CON EL SISTEMA FAMILIAR

Como se puede apreciar en la figura 9 la familia G.A. está vinculada a una serie de sistemas que ejercen su influencia para mantener o terminar con el problema. Además de los recursos emocionales de la familia, en este caso jugó un papel importante el sistema de atención de la UAPVIF Huayamilpas que canalizó a la familia a terapia psicológica, ofreció orientación legal y psicológica y le permitieron hacer visible a sus ojos la problemática de violencia intrafamiliar (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004), ya que aunque la vivía no sabía que era inadecuado en una relación, pues su sistema de creencias le decía: *“tenía que estar con mi esposo a pesar de lo que fuera... él no es malo, lo único que necesita es ayuda... en muchas ocasiones yo era la que provocaba que se enojara... no podía dejar sin padre a mis hijos... él me trató mucho mejor que mi padre y mi madrastra cuando yo era niña...”* (Sic. Paciente). Muchas de estas creencias fueron sostenidas por su propia historia de maltrato y por las consignas sociales. En las intervenciones se analizó el porqué de estas ideas ya que se ha visto que las pacientes que son informadas sobre el origen y significado de sus creencias, adquieren claves para su liberación (Goodrich, Rampage, Ellman, Halstead, 1989).

Es importante considerar el papel de las instituciones en el presente caso, tomando en cuenta que estas pueden presentarse como un factor impulsor o inhibidor para que una mujer inicie una ruta crítica para dar solución a su situación de violencia. Entiéndase como ruta crítica el proceso que se construye a partir de la

secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar y las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones (Sagot, Carcedo, Guido, 2000). En el caso de María Concepción la ruta inició como en todos los casos “rompiendo el silencio”, primero acudió a solicitar asesoría jurídica, no para denunciar la violencia, sino para asegurar la manutención de sus hijos, allí decidió hablar de la violencia y fue entonces como la institución jugó un papel principal al ofrecer una orientación adecuada y convertirse en factor impulsor.

Es común que un factor precipitante del inicio de la ruta crítica sean las agresiones contra hijos e hijas, la reducción del apoyo económico, cambios en los patrones del agresor, las amenazas de muerte y la infidelidad (Sagot, et al., 2000). En el presente caso la ruta crítica inició por la reacción que tuvo María Concepción frente a la negativa de Carlos de cumplir su obligación económica, sobre todo cuando se enteró de que había iniciado otra relación amorosa y que él aportaba dinero a los hijos de su nueva pareja. Cabe mencionar que la usuaria vivió esta nueva relación de Carlos como una especie de infidelidad y doble traición, amorosa para ella y de apoyo hacía sus hijos.

Este factor precipitante, se presentó como tal en medio de factores impulsores internos y externos. Como factor interno fue el deseo de María Concepción de vivir mejor y tranquila, criar a sus hijos en un ambiente libre de violencia, así como su sentimiento de profundo dolor y saturación ante la violencia. El factor externo fue la información que recibió en la UAPVIF, y la agresión que Carlos ejerció hacía su propio hijo (Rodolfo) así como la reacción de sus hijos frente a la violencia.

Se identificaron distintos factores de riesgo para la violencia en la familia G.A. Es importante señalar que estos factores no son determinantes, pero si hacen más vulnerables a las familias ante la violencia. En los factores psicosociales registrados estuvieron bajo nivel escolar de la jefa de familia, bajo nivel socioeconómico, carencias durante la infancia, tener una red de apoyo familiar limitada, haber padecido de maltrato infantil, adicción al alcohol por parte del agresor, enseñanzas familiares que validan el dominio masculino (Sánchez y Milena, 2007, Welland y Wexler, 2007).

Una de las razones por las que María Concepción acudió a terapia fue porque, ella pensaba que si sus hijos seguían siendo partícipes de la violencia muy probablemente iban a repetir la violencia en sus vidas adultas, así como ella en la infancia vivió maltrato y de adulta siguió siendo maltratada, temía que sus hijos repitieran su misma historia. Este temor se presentó como recurso de la familia para iniciar el tratamiento, ya que este miedo llevó a María Concepción a decidir entrar a terapia. El riesgo que identificaba Concepción es un verdadero riesgo latente, tan solo en distintas investigaciones se ha encontrado que cuando existe violencia en la familia de origen, la probabilidad de que un niño también se involucre en

comportamientos abusivos o violentos cuando se convierte en adulto también aumenta (Corsi, 2003).

Las primeras sesiones se focalizaron a que María Concepción pudiera analizar su propia historia de violencia en su familia de origen, su vivencia como hija víctima directa de maltrato, lo que lesionó su autoestima y le hizo creer que lo que vivía con Carlos, al principio de la relación era poca cosa frente a lo que vivió en su niñez, situación que ayudó para que Concepción pudiera tolerar la violencia de su esposo.

En la intervención clínica se utilizó el modelo estructural como base del tratamiento terapéutico; es un modelo que ha recibido críticas por considerarlo tendiente a mantener un sistema de jerarquías, que cuando se usa este concepto de manera rígida “pone en desventaja a las mujeres y a los niños, que siempre terminan en los últimos puestos de cualquier clasificación basada en la autoridad” (Walters, Carter, Papp, y Silverstein, 1991), sin embargo se decidió utilizarlo debido a que su cuerpo teórico y técnico permite estudiar al individuo en su contexto social. Intenta modificar la organización familiar y cuando se modifica la estructura de un grupo familiar se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros de ese grupo (Minuchin, 1979).

En el caso de la familia G. A. se observó que el sistema familiar se desestructuró al generarse la separación de los conyugues, y que la violencia ejercida hacía María Concepción provocó que ella ocupara un lugar distinto dentro del sistema familiar, perdiendo jerarquía. Con este modelo terapéutico se trató principalmente de reestructurar el sistema familiar, de validar los lados fuertes de la familia, marcar límites donde tuviera que haberlos, construir nuevas realidades a partir de cuestionar la realidad familiar sostenida por el sistema de creencias, imaginar nuevos escenarios en los que la violencia no estuviera presente, ampliar la red de apoyo, entre otras. Se tuvo especial cuidado en que las intervenciones no fueran una maniobra que pusiera al sistema nuevamente en una posición de subordinación frente a la autoridad, ahora terapéutica. .

Se observó que María Concepción no tenía interacción con otras personas, se ha visto que es común que del lado de la mujer existan límites rígidos hacia el exterior, pero dentro de la relación de pareja los límites son en extremo difusos (Díaz en Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco, 2008^a), de modo que existe un déficit de autonomía en los miembros de menor jerarquía en la familia (casi siempre madre e hijos), y una significativa dependencia con los de mayor jerarquía (generalmente el padre) (Ravazzola, 1997).

Con la ruptura del subsistema conyugal la familia G.A. paso de ser un sistema cerrado a un sistema abierto, lo que permitió mayor comunicación e intercambio de información con otros sistemas, por ejemplo el sistema legal, el institucional, el terapéutico y así generó nuevas realidades de la vida familiar. El cambio fue posible porque los límites se abrieron (Minuchin, 1979), y uno de los movimientos fue ampliar

las redes de apoyo familiar y social para permitir el desprendimiento de la relación violenta. En el espacio terapéutico se estimuló para que aprovechara, reencontrara y fortaleciera los apoyos familiares y sociales (Díaz en Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco, 2008^a), por ejemplo con la familia de Ángel, con su tía materna, en las escuelas de los niños, las vecinas, reencontrarse con una amiga, entre otras.

Al abrirse los límites y permitir que la información de la institución y de la terapeuta entrara al sistema, María Concepción se percató que estaba siendo víctima de violencia física, emocional, sexual, económica y patrimonial, dentro del ámbito familiar. Posteriormente durante el proceso terapéutico también observó que en su ámbito laboral estaba viviendo violencia, disfrazada de benevolencia de su jefe.

En los momentos en que tenía los sentimientos encontrados entre regresar o no regresar se trabajó con el círculo de la violencia para que ubicara en qué etapa estaba y el porqué de sus sentimientos. En este sentido se ha observado que cuando a las mujeres se les ayuda a clarificar el ciclo de la violencia en su relación (Díaz en Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco, 2008^a) y se pone bajo la lupa el displacer, la indignidad o los malos tratos se les vuelve visibles y dejan de aceptar esas condiciones autoritarias (Ravazzola, 1997).

En esta fase del análisis del ciclo de la violencia lo que se buscó principalmente fue mantener el corte del vínculo con el agresor, ya que durante el tratamiento, en varias ocasiones, María Concepción se cuestionó el haberse separado y se sentía culpable de no haberle dado a sus hijos un hogar. Por otro lado también se activaron sus sentimientos positivos hacia el agresor lo que generaba confusión y restaba firmeza a su decisión de ya no aceptar a su esposo.

Como lo plantea Ochoa de Alda (1995) el tratamiento de la violencia, siguiendo al modelo estructural, deberá incidir para que los límites se clarifiquen. Cuando se inició el tratamiento con esta familia los límites hacia el interior de la familia eran difusos principalmente con los hijos mayores, durante el proceso se buscó clarificar dichos límites, al realizar sesiones por subsistemas, entrevistas individuales y marcar a través de la geografía del espacio terapéutico fronteras que permitieran tomar distancias entre los subsistemas. En este tema es preciso mencionar que en los casos de violencia, cuando se utiliza esta técnica de marcar fronteras, se debe de hacer con especial cuidado, reconociendo la cercanía como una herramienta útil para sobrevivir, sin menospreciar ni hacer sentir culpable a la mujer, ya que se suele tergiversar este concepto de fronteras al no considerar el estilo distintivo femenino de vincularse con los otros, ya que se tiende a valorar de manera positiva la autonomía-distancia y de manera negativa la dependencia-cercanía (Walters, et al., 1991), esta polaridad, que asigna jerarquías a los elementos extremos de un *continuum* de opciones borra las alternativas intermedias, por tanto define situaciones normales y anormales (Ravazzola, 1997) dejando atrapada a la familia.

El trabajo con los hijos no solo estuvo en función de marcar los límites, también se enfocó en la necesidad que tenía la madre de manifestar su angustia, preocupación, sentimientos de culpa y vergüenza por permitir que fueran partícipes de las interacciones violentas. María Concepción reportó su preocupación de que los hijos repitieran estos patrones, sobre todo porque identificó que ellos habían adoptado los mismos mecanismos de violencia para resolver problemas. Por tanto el reto terapéutico fue que los hijos se distanciaran de esos mecanismos de imposición-sometimiento y pudieran expresar su resentimiento con la madre por haber mantenido la relación (Díaz en Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco, 2008^b) y el miedo que tenían de que nuevamente regresaran a vivir con el agresor. Cuando María Concepción escuchó el dolor de sus hijos, en un espacio seguro, distinto al espacio amenazante de la interacción familiar, pudo centrar su atención en su autocuidado y en el bienestar de sus hijos.

Cuando los hijos expresaron los sentimientos de enojo, malestar y duda de *“por qué su mamá había liberado a su padre cuando la policía ya se lo había llevado”* ayudó a María Concepción a analizar el efecto que la violencia tenía sobre ella, al grado de paralizarla y generar una situación de *hechizo* (Perrone y Nannini, 1997) que paradójicamente tenía dos efectos no hacer nada frente a la agresión, y a la vez estar haciendo algo para detenerla. Específicamente en la situación que relataron en que Carlos se va de la casa, después de una pelea en la que él arremete contra sus hijos y que María Concepción no hace nada, se observó cómo ella misma en otros momentos estaba actuando como simple *relais* de la interacción violenta, al interrumpirla sin ofrecer alguna alternativa para terminarla (Linares, 2008); en ese momento al no hacer nada dejó su lugar de *relais* y permitió que el sistema ensayara otra pauta: que los hijos acudieran a buscar ayuda externa (policía).

Destacó que durante la narración de los eventos, tanto María Concepción como sus hijos lo hicieron al principio sin expresiones afectivas, como si se tratara de la vivencia de alguien más, sólo hasta que en el trabajo terapéutico se señaló el drama y lo doloroso de los hechos, surgieron intensos sentimientos de tristeza, confusión, culpa, vergüenza y enojo. Esta situación correspondió a lo que Ravazzola (1997) llama *las anestias*, el movimiento terapéutico realizado giró en función de que el terapeuta pusiera en práctica la conducta opuesta *“cuando sentimos el horror que nos produce la actitud del maltrato, equivocadamente tratamos de absorberlo para lograr aliviar a los otros protagonistas. Sin embargo, sólo los ayudamos a cambiar cuando conseguimos que se hagan cargo ellos de ese horror. Lo que debe hacerse, más bien, es tratar de devolver el mensaje angustiante y lograr que ese mensaje haga impacto en la familia”* (Ravazzola, 1997).

Hacia el final de las intervenciones se trató de ayudar a la familia para que imaginara escenarios diferentes de vida (Díaz en Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco, 2008^a), sobre todo con María Concepción que pudiera encontrar en otras experiencias elementos de satisfacción para no volver a entrar al ciclo de violencia, por ejemplo impulsarla a salir de vacaciones, imaginarse siendo independiente económicamente, etc. Así, se le estimuló para que fuera parte activa

en resolver su situación, que ella misma diga lo que necesita y cómo desea ser ayudada. En este momento del proceso nuevamente intervinieron los sistemas gubernamentales de apoyo, ya que María Concepción tuvo información de la existencia de un programa de apoyo económico para iniciar un negocio propio. Al valorar la situación en su trabajo, donde su jefe ejercía maniobras de dominio muy sutiles, y la necesidad de tener control sobre sus tiempos, para seguir el proceso legal, la usuaria decidió hacer una pausa en el tratamiento ya que para iniciar el negocio necesitaba invertir mucho tiempo.

De acuerdo a lo planteado por Díaz (2008^b) se distinguieron dos fases en el presente tratamiento. La fase inicial enfocada a estabilizar los aspectos psicoemocionales, esclarecimiento y desarticulación de los mecanismos de autoinculpación, aislamiento e impotencia que le llevaron a inutilizar sus recursos personales y sus derechos, y apoyarla en instrumentalizar su vida cotidiana, y toma de decisiones, por ejemplo el inicio de la demanda de pensión alimenticia, el apoyo a Rodolfo en prepararlo emocionalmente para la entrevista con el Juez y la creación del plan de seguridad familiar.

La segunda fase se inició después de que los miembros de la familia pudieron revisar la experiencia traumática, alcanzar un momento de estabilidad emocional e iniciar acciones más efectivas para parar la violencia. En este segundo momento se abordaron las necesidades específicas de la familia de tener un espacio seguro, tanto ambiental como económicamente por lo que María Concepción decidió iniciar el proyecto de su propio negocio y dejar el seguro contra la violencia *“el seguro es solo por un año, y si me dan el crédito podré comprar mis máquinas, tener mi propio taller y eso va a ser para toda la vida”*. Con esto alcanzó a realizar un proyecto de autonomía, el cual de acuerdo al seguimiento telefónico que se le dio, le permitió tener su propio negocio y mantenerse distante de su agresor.

Considero que la interrupción del tratamiento se dio en el momento en que María Concepción se sintió más segura. Faltó trabajar con los hijos sobre las dinámicas de buen trato, sin embargo el proceso de la ruta ya estaba en marcha, por lo que es posible que en otro momento ese aspecto sea atendido por la familia, si no es que con sus propios recursos se resuelva.

La teoría de los sistemas familiares con perspectiva de género es útil para abordar el fenómeno de la violencia en la pareja debido a que no es vista sólo como un fenómeno individual, sino como la manifestación de una interacción particular en la que ambos participan aunque no necesariamente en la misma medida, es decir, quien tiene mayor jerarquía en la relación tiene también mayor responsabilidad legal, moral e interaccional (Perrone y Nannini, 1997; Walters, Carter, Papp & Silverstein, 1991).

Haber tomado la decisión de romper el silencio y emprender acciones para solucionar sus problemas es la llave que le abrió el camino a María Guadalupe. A

partir de esta decisión, recobró el protagonismo en su propia vida y los recursos externos adquirieron sentido como posibilidades reales, como herramientas para hacer uso de ellas en su ruta por alcanzar una vida libre de violencia.

El proceso seguido por las mujeres para iniciar una ruta crítica es el resultado de una multiplicidad de factores, que a veces tardan años en articularse y producir un resultado. Sin embargo, cuando las mujeres llegan a un punto de saturación con la situación y logran fortalecerse, demuestran que son capaces de emprender muchas y diversas acciones para librarse de la violencia. El fortalecimiento y la propia decisión para salir de la relación de agresión, el apoyo de personas cercanas y de espacios de mujeres, el acceso a la información y las intervenciones efectivas de las instituciones estatales, se convierten en los factores determinantes de la ruta crítica (Sagot, et al., 2000).

Dentro de este esquema de actores, los terapeutas familiares tenemos un papel en la escena de la atención, para poder desempeñarlo de una forma adecuada requerimos estudiar el fenómeno y tener una capacitación constante, ya que cada vez la demanda de atención psicológica asociada a los eventos de violencia familiar es mayor.

Basta observar los datos estadísticos que la Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, que reporta el número de personas atendidas en las Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar (UAPVIF), destaca en su reporte Estadístico Histórico de 2003 a 2008 (Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar, 2010) que el número de personas atendidas en 2003 fue de 6,330, y para 2008 aumentó drásticamente a 26,463, tuvo su pico máximo en 2007 con 30,547 personas atendidas. Esto ha significado un aumento de más del 400% en la demanda de atención en un periodo de 6 años.

La demanda de atención siguió aumentando de manera alarmante, tan solo del primer trimestre de 2010 las UAPVIF reportan que de enero a marzo de 2010 el número de servicios de primera vez fue de 4,984 personas. Referente a la atención subsecuente en el área de psicología se atendieron 7,286 personas, cabe destacar que es esta área la que mayor número de atenciones subsecuentes otorgó, en comparación con el área jurídica y con el área social que durante el mismo periodo atendieron 5,734 y 1,432 personas respectivamente (Secretaría de Desarrollo Social, 2010).

1.2.2 Caso Dos. Familia R. O.

Para atender el caso de la familia R. O., se acordó con los solicitantes trabajar bajo el enfoque de terapia familiar; el tratamiento consistió en siete sesiones. Aunque el marco conceptual con el que se trabajó fue el de terapia familiar con enfoque estratégico, se consideró importante conocer más sobre el TDAH. A continuación se

hace un análisis teórico del caso. En primer lugar se hace referencia al concepto que la psiquiatría ha dado a una serie de síntomas llamado TDAH, posteriormente se hace una revisión de lo que los teóricos han recomendado trabajar en este tipo de casos, así como la forma en que terapeutas familiares han abordado los problemas de conducta de niños y adolescentes.

TDAH: La mirada psiquiátrica, el problema de “uno”

El TDAH es un padecimiento crónico que se caracteriza fundamentalmente por una disminución en el espectro de la atención, por dificultades en el control inhibitorio que se expresa por medio de la impulsividad conductual y cognoscitiva, y por inquietud motora y verbal más allá de la esperada por la edad del paciente (Weiss, 1992; en Galindo, De la Peña, De la Rosa, Robles, Salvador y Cortés, 2001).

El TDAH según el DSM-IV (APA, 1985) se diagnostica cuando 6 (o más) síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causan alteraciones están presentes antes de los 7 años de edad. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (en la escuela y en casa). Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de personalidad).

Si bien la psiquiatría ha avanzado en la clasificación de este trastorno, existen autores que consideran que las clasificaciones psiquiátricas solo son clasificaciones por consenso, es decir solo describen un trastorno y no son clasificaciones etiopatogénicas, ya que solo definen los síndromes a partir de las características sintomáticas más o menos apoyadas por estudios empíricos (Tizón, 2006)

Tizón (2006) considera que la aproximación psiquiátrica resta importancia a los riesgos ambientales como una familia con una dinámica alterada, dificultades en la familia como sistema, dificultades en el medio escolar o de amistades y relaciones, como factores de riesgo para presentar tal serie de síntomas. Hace mención de que las aproximaciones farmacológicas olvidan que el fármaco puede generar una mejoría en el síntoma, pero si existen pautas de relación alteradas en la familia, estas no van a cambiar por la prescripción del fármaco.

Por su parte Barkley (en Ives, 2006), menciona que algunos estudios han demostrado que el entrenamiento en manejo de conductas, el entrenamiento en resolución de problemas y en habilidades de comunicación y la terapia familiar estructurada tienen un valor equivalente, pero sus ganancias son modestas.

Tratamientos multimodales para el TDAH: La mirada desde varios ángulos, “varias” soluciones

La asociación Americana de Medicina, en 1998, afirmó que el TDAH es uno de los trastornos mejor estudiados e investigados en medicina y que los datos tienen una validez más alta que en otros estudios de otras enfermedades (Tizón, 2006).

Si bien el tratamiento farmacológico ha sido insuficiente, para la atención del TDAH se ha apelado a los tratamientos multimodales, sin embargo, la documentación sobre su eficacia es limitada cuando se trata de adolescentes, más que cuando los pacientes son niños más pequeños (Ives, 2006).

Una de las investigaciones mundialmente más importantes sobre TDAH es el llamado Estudio de Tratamiento Multimodal para niños con TDAH, al cual se le conoce por las siglas MTA (NIMH Collaborative Multisite Multimodal Treatment Study for Children with ADHD) (De la Peña y Ortiz, 2004); en él se eligió a 579 niños entre 7 y 9 años, se les distribuyó de manera aleatoria a un tipo de tratamiento: medicamentoso, tratamiento conductual, y combinación de ambos tratamientos (Rodríguez, Navas, González, y Fominaya, 2006).

De este estudio se encontró que la combinación de los tratamientos y el medicamentoso aisladamente fueron mejores a la hora de mejorar el TDAH y los síntomas oposicionistas. Los tratamientos combinados, comparados con medicación únicamente, obtuvieron mejores resultados en cuanto al rendimiento escolar, en la conducta y en algunos síntomas de TDAH, aunque no en la valoración global. Además, los profesores y los padres de los niños que recibieron terapia combinada se mostraron más satisfechos con el plan de tratamiento. Estos beneficios se observaron hasta 10 meses después de finalizado el tratamiento (Rodríguez y cols., 2006).

Por otro lado, los tratamientos psicosociales que han tenido más eficacia en el manejo de TDAH son: 1. El entrenamiento de padres en métodos del manejo de contingencia. 2. Aplicación en el salón de las técnicas de contingencia. 3. La combinación clasificada de estas aproximaciones con los psicofármacos.

El tipo de tratamiento que se elija, generalmente concierne a los padres o maestros. El estrés social en los niños con TDAH es creado por las personas que los cuidan, por lo que una intervención que modifique la interacción entre los niños y quienes están a cargo de ellos debe ser útil (Barkley, 2002).

En este sentido se ha observado que hasta un 13% de pacientes, no recibe tratamiento farmacológico, bien por rechazo familiar o por contraindicaciones. En estos casos Rodríguez y cols. (2006) recomiendan que la terapia familiar pueda ser útil a la hora de desarrollar una estructura en la familia y ayudar en el manejo de la conducta del niño.

Se ha visto que la terapia familiar para el tratamiento del TDAH en niños y adolescentes, ha resultado ser útil, pero que es preciso realizar más estudios que la

comparen con grupos sin tratamiento a la hora de valorar su efectividad. Por otro lado los programas multimodales, así como las intervenciones basadas en la escuela han probado efectividad, estas últimas incluyen la mejora de las conductas en clase de los escolares con TDAH, modificaciones en el ambiente del aula: eliminación de objetos innecesarios y distractores, mayor proximidad al profesor, disminución del número de alumnos, normas claras escritas de comportamiento (Rodríguez y cols., 2006).

Terapia familiar sistémica y los problemas de “mala” conducta: Una mirada relacional, la solución es de “todos”

Desde el punto de vista sistémico, la familia es considerada como un sistema, donde todas sus partes interactúan entre sí a fin de mantener un equilibrio, y el comportamiento es visto como una clase de comunicación que se enfoca a las relaciones entre las personas (Hoffman, 1987)

Cuando un individuo es considerado como el problema, la interacción de este individuo con su medio y el contexto en que viven se vuelven factores importantes para promover su comportamiento y el papel que desarrollaran en su vida cotidiana (Freidberg, 1989).

En el caso de los niños con TDAH, siguiendo la postura de Barkley (2002), se puede hablar que tiene una familia disfuncional donde el sistema es complejo y está constituido por un gran número de partes que interactúan de una manera complicada (Minuchin y Fishman, 1984).

Al mencionar que los niños con TDAH tiene una falta de control de sus actividades expresándose por medio de la impulsividad tanto conductual como cognoscitiva (Galindo y cols., 2001) implica una falta de organización en la familia, lo que lleva a un conflicto y la promoción del síntoma (Haley, 1983^b).

Mendoza (2003) recomienda que, cuando hay un niño que presenta sintomatología de hiperactividad e inatención, el primer nivel de intervención deberá hacerse en la familia. Considerando que una familia bien estructurada, que maneja límites claramente definidos y un alto nivel de comunicación, propiciará el desarrollo de sus miembros (Minuchin, 1974), entonces una familia con estas características ayudará de mejor manera al niño con TDAH, pues estos niños demandan de sus familias mayor atención, comprensión, supervisión cercana, reglas claramente establecidas y seguimiento cercano de los padres.

En cuanto a la tarea de los padres, se ha visto que diferentes estilos de parentalidad parecen estimular el desarrollo de la conciencia moral y el autocontrol de los niños o bien desalentarlo o limitarlo. Los niños de hogares permisivos deben esforzarse y luchar por sí mismos para aprender los límites, así como la diferencia entre la conducta aceptable y la inaceptable, teniendo un bajo control de impulsos e incomprensión del ambiente exterior. Mientras que en un estilo autocrático, se enseña que el control de la conducta esta fuera del niño, por lo que los límites internos del niño están poco habilitados; y dependerán de alguien que les ponga un

control. En este sentido se recomienda el uso de estilos de autoridad proactiva que estimule los límites firmes y el autocontrol en el niño (Mendoza, 2003).

En relación a la etapa de adolescencia se ha observado que a los catorce años de edad, es significativamente superior el número de jóvenes con hiperactividad que han tenido problemas legales y han sido expulsados de la escuela en más de una ocasión, en comparación con sus compañeros adolescentes sin TDAH, así mismo, presentan mayores problemas de rechazo social, parecen estar menos interesados en los deportes y no consiguen integrarse a las normas disciplinarias (Mirandes, Amado, y Jarque, 2001).

Haley (1988) menciona que cuando un niño se presenta como caso clínico, es común que los padres lo identifiquen como el problema, dirán que desobedece y que se revela, a menudo prefieren echarle toda la culpa al niño y declararse “inocentes” o atribuirán el comportamiento a una causa desconocida, imaginando que hay en él algo que lo impulsa a portarse mal. El autor plantea que una forma que tienen los niños de desafiar a los padres es a través de rebeldía abierta o mostrándose incapaz de valerse por sí mismo para cumplir lo que se le pide.

También se hace mención del concepto de jerarquía incongruente el cual se refiere a una organización jerárquica en la que la persona de menor jerarquía ejerce un control sobre los otros de mayor jerarquía, lo cual genera síntomas y problemas, estar a cargo de controlar a alguien y a la vez ser dominado es paradójico, lo cual conlleva a problemas relacionales (Madanes, 1982).

Tanto Haley (1988), como Madanes (1982), plantean que los conflictos siempre involucran a más de dos personas en una relación que mantiene el síntoma, y hacen hincapié en los conflictos trigeneracionales, que mantienen la problemática.

El niño que para su abuela era un “caso perdido”: La mirada de la terapia familiar, el conflicto de la jerarquía incongruente y el conflicto trigeneracional.

En la familia R. O., se observó que es una familia trigeneracional con límites difusos, los subsistemas no son claros en las tres generaciones, aunque un poco más definidos entre los abuelos y los demás subsistemas, en general hay problemas de organización. Por lo que se tomaron como las bases de tratamiento el Modelo Estructural, principalmente por estos problemas de límites y jerarquías, así como el problema de la definición de los subsistemas ya que el rompimiento o la rigidez estricta de estos límites provocan presión interna dentro del sistema familiar por las exigencias requeridas para acomodarse al medio en que vive la familia, a lo que se le llama estrés sobre el sistema familiar (Minuchin, 1974).

Ante esto, se utilizaron diferentes técnicas específicas de este modelo para promover una reestructuración del sistema (Minuchin, 1974; Minuchin y Fishman, 1984).

Desde el punto de vista familiar, el terapeuta, observa las interacciones y el modo en que se dan entre los miembros, lo que lleva a la descripción del conflicto en estos términos:

- Las tácticas o conductas del individuo aislado
- El intercambio de estas tácticas con los demás, lo que lleva al tipo de relación
- El sistema total que resulta de cualquier juego de relaciones y por lo tanto la clase de sistemas familiares.

Esto nos ofrece el esquema del sistema familiar donde se pueda observar la participación de todos los miembros y el papel que juegan con respecto al sistema (Haley, 1983^b).

Se aceptó a Ian y el TDAH como un regulador del sistema, ya que la constancia de las conductas de Ian son causadas por los límites difusos entre Susana y los abuelos, lo que provoca un desajuste en quién tiene el poder en la familia y una constante definición de este poder, llevando a la familia a quitar la atención de Ian, y esto a su vez promueve el síntoma y nuevamente se deja el poder y las responsabilidades en los demás y no en los subsistemas jerárquicamente superiores.

Ante esto, se puso de manifiesto que el síntoma es solamente representado por un paciente pero en realidad es una manifestación del problema real que hay en la familia.

Otro punto importante que se consideró fue el ciclo vital en el que se encuentra la familia, ya que se encuentra en un periodo familia desdoblada en la que hay una pareja reconstituida con hijos adolescentes, por lo que se encuentran en una etapa donde el hijo se revela ante las reglas que han estado teniendo, donde los hijos tiene la oportunidad de ponerse al nivel de los padres y en ocasiones de los abuelos y los confrontan mucho, lo que los lleva a esta lucha del poder.

Para modificar las luchas de poder, como parte de la restauración de los canales de comunicación, que hay en el sistema se utilizaron los siguientes métodos (Haley, 1983^b):

- *Método uno a uno.* Donde se trabaja individualmente con cada miembro mientras los demás escuchan la conversación.
- *Método convergente.* Aquí se promueve a que todos conversen pero siempre dirigiéndose a los terapeutas.
- *El método de conversación familiar forzada.* Es cuando se promovió la conversación entre los miembros.

A pesar que en esta familia las jerarquías eran poco claras, durante este proceso de conversación se fueron poniendo de manifiesto las diferentes jerarquías en la familia y se cuestionaron las que estaban prevaleciendo.

Cuando se habla de una organización familiar se hace referencia a diferentes generaciones, estatus económico, inteligencia, etc., relacionándose esta línea jerárquica con las funciones que ejerce cada miembro. El nivel más fundamental es el límite generacional.

Un síntoma refleja una confusión en los niveles jerárquicos de la familia, por lo que los miembros están en una lucha de poder, esta lucha es un esfuerzo por aclarar los niveles jerárquicos de los miembros. Por lo que la organización social peligra cuando hay coaliciones entre diferentes niveles jerárquicos, y más si son secretas.

De tal manera que el objetivo más simple fue cambiar las secuencias impidiendo la formación de coaliciones a través de los límites generacionales, por lo que se trabajaron en tres pasos de secuencia y tres niveles de jerarquía.

1. Los tres individuos que reaccionan entre si pertenecen a tres generaciones diferentes.
2. El miembro de una generación forma una coalición transgeneracional.
3. El problema es más grave cuando se ocultan o niegan las coaliciones transgeneracionales.

El mal funcionamiento familiar es por las reiteradas coaliciones transgeneracionales. En este caso en particular se trabajó con el problema transgeneracional más común que es el trigeracional donde hay un abuelo, un padre y un hijo. Esta se encuentra en diferentes ámbitos se desarrolla más o menos de la siguiente manera.

1. Primero hay una persona de una generación superior que se queja por atender a otra persona de una generación menor ya que la de generación media (quien aparentemente debería hacerse cargo) no lo hace. Por lo tanto se hace una coalición entre la persona de la generación superior y la de la generación menor contra la de generación media.
2. La persona de generación medio se retira dándole el cargo a la de generación superior.
3. Quien es de la generación inferior manifiesta un síntoma.
4. La persona de generación superior que queja de que ese no es su papel.
5. La persona de la generación media ejerce su papel de atender al de generación menor.

6. La de generación superior protesta de que la persona de generación media no hace bien las cosas al atender a la persona de generación menor.
7. Nuevamente la persona de generación menor se retira dándole el cargo a la de generación superior.
8. La persona de generación menor presenta nuevamente el síntoma, y así sucesivamente.

De esta manera se da la secuencia de las coaliciones trigeracionales tanto en la familia como en la terapia, ya que constantemente buscaban quejarse de la conducta de Ian.

Así es que se buscó coligarse con alguno de los miembros, pero sólo de forma temporal, para producir el cambio, esto debe ser sin apoyar a nadie contra nadie.

Una vez que se conoció todo el contexto familiar y las secuencias que hay dentro de la familia, se procedió a elaborar las estrategias para intervenir y producir el cambio, sin embargo este cambio no se produce directamente, por lo que fue mejor ver al cambio en etapas intermedias. Una forma de mantener el equilibrio entre las coaliciones es hacerlo en las siguientes etapas:

- Primero fue necesario identificar el tipo de secuencia que mantiene el problema.
- La segunda etapa fue hacerse el objetivo de trazar una línea generacional para impedir la formación de coaliciones consistentes.
- La tercera fue normalizar al sistema.

Para hacer un cambio se pasó de un estado anormal a otro normal pero mediante estas etapas. Por esto, se buscó oponerse o confrontar a los integrantes de la familia, en cambio se aceptó de cada uno su visión con respecto al problema y se utilizaron estas visiones para ir haciendo pequeños cambios con el fin de que resulte un cambio total del problema (Haley, 1988).

1.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios de trabajo clínico.

Un eje fundamental dentro de mi formación como terapeuta sistémica fue la supervisión de casos, ya fuera en vivo, videograbada o con la narración de la sesión; adicionalmente se realizó supervisión con familias simuladas, en esta modalidad el alumno juega el papel de terapeuta y los compañeros representan una situación familiar ficticia. Mi tarea fue aprender a hacer terapia, a través de adquirir un bagaje teórico-conceptual que me permitiera analizar los problemas de las familias o

personas consultantes, así como tener una revisión profunda del papel de la persona del terapeuta dentro del contexto del sistema terapéutico como agente de cambio.

La supervisión en vivo se dio con apoyo de dispositivos técnicos como una cámara de Gessell con sistema de sonido, interfon y timbre, o con sistema de diadema auricular y micrófono; o en consultorio habilitado con circuito cerrado y sala de terapeutas, lo que permitió materializar la idea de Haley (1996) de que “la mejor manera de enseñar destrezas clínicas es instruir al terapeuta (en formación) mientras se observa lo que sucede en el curso de la entrevista terapéutica”.

Este tipo de supervisión se distingue de otras supervisiones ya que se hace a la luz de la epistemología sistémica y de la cibernética de primer y segundo orden, donde el observado (sistema familiar), el observador (terapeuta) y el observador del observador (equipo terapéutico) forman un sistema total complejo de retroalimentaciones y recursión.

La supervisión en vivo es una experiencia de aprendizaje circular, donde tanto el supervisor con el equipo aprenden enseñando, como sucede con el terapeuta y la familia en sesión, se ayudan a cambiar mutuamente. En este proceso circular, aprendizaje y cambio van de la mano, y no pueden darse uno sin la presencia del otro (Fortes, Iturralde y Espejel, 1994 en Eguiluz, 1999)

Al realizar un análisis de mi experiencia de supervisión como terapeuta en entrenamiento, puedo decir que representó una parte fundamental de mi formación, ya que me permitió recibir señalamientos sobre la aplicación de las técnicas terapéuticas y poder mejorar su aplicación; además escuchar y saber la opinión de mis compañeras del equipo terapéutico y de las y los supervisores, me dejó ampliar mi visión y considerar otros puntos de vista sobre un mismo problema de la dinámica de las familias; y me permitió tener un espejo de mi propia persona como terapeuta.

Cuando el equipo terapéutico y de supervisión, hicieron señalamientos sobre la técnica y las concepciones epistemológicas logré completar el proceso de aprendizaje al llevar al plano práctico lo teórico.

Al mirar otros puntos de vista de una misma dinámica familiar, pude entrenarme en tener una visión sistémica, es decir cambiar de paradigma de manera total, de una visión lineal a una visión interaccional, el equipo terapéutico se convirtió en mis múltiples ojos que hicieron más sencillo el entrenamiento. Ahora que son menos las oportunidades de tener un equipo terapéutico, basta con pensar en qué pensaría el equipo para tener una mirada ampliada.

Otra herramienta que me proporcionó la observación del sistema terapéutico total, fue hacer un ejercicio de reflexión sobre lo que pensaba cuando atendía a las familias y no expresaba en la sesión, lo que sentía al trabajar con las familias, y lo que hacía cuando estaba en el sistema terapéutico. Este ejercicio de reflexión correspondió a lo que para Macías (1999) es la experiencia vivencial íntima y autorreflexiva de la supervisión trabajando en tres niveles: cognitivo, afectivo y conductual.

Específicamente en el caso presentado de la familia G.A., el sistema terapéutico total estuvo conformado por el sistema familiar, el sistema terapéutico y el sistema de supervisión narrada, aquí no se tuvo equipo terapéutico ya que la familia se atendió en el marco de la materia de Práctica Clínica en la sede del Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”. Esta experiencia me permitió ejercer de manera autónoma mis habilidades y capacidades como terapeuta. El no tener supervisión en vivo generó un nuevo sistema terapéutico, ya que dependía solo de mis herramientas personales. Aprendí a organizar una supervisión narrada, a utilizar los múltiples ojos que el equipo terapéutico me había proporcionado y a centrarme en mi persona. El trabajar con la familia de María Concepción fue una oportunidad para entrar en contacto con una problemática compleja: la violencia intrafamiliar, este fue mi primer caso atendido en el que se presentó violencia en todas sus modalidades y en gran magnitud, razón por lo cual decidí presentarlo en este reporte. Además de que acudieron todos los miembros de la familia.

Uno de los aspectos más importantes durante mi participación en este sistema terapéutico total fue el observar de manera muy clara cómo el terapeuta forma parte del sistema familiar y al incorporarse en él adopta la misma danza de la familia (Minuchin y Fishman, 1984), la supervisora estuvo muy atenta para acompañarme y no dejar que me perdiera en esa danza. El punto crucial fue cuando después de 3 inasistencias de la familia, yo di una cuarta cita justo en un día festivo, de esta manera yo estaba repitiendo una de las pautas de la familia, en especial de María Concepción *“estar siempre disponible, casi incondicional, sin poner límites”*. Cuando la supervisora me señaló este movimiento, y me sugirió cancelar la cuarta cita, de primer momento pensé *“es que la familia necesita el espacio terapéutico, no los puedo dejar solos”*, dicho pensamiento era un isomorfismo de la familia, ya que en varios momentos María Guadalupe pensó respecto a su esposo *“no puedo dejarlo, él me necesita”*. Fue así que procedí a seguir la sugerencia de la supervisora *“cancelar la cita y esperar hasta que la familia solicitará nuevamente una sesión”*. La espera fue realmente angustiante. Tardó poco más de dos meses en solicitar otra cita, esto me enseñó a respetar el ritmo de la familia, después de esa ausencia se observaron cambios significativos en la familia. Al analizar lo que pasó en el tiempo que no acudieron a la terapia, la ausencia adquirió un significado.

En el caso de la familia R. O. el sistema terapéutico total estuvo conformado por el sistema familiar, el sistema de coterapeutas, el sistema terapéutico, el equipo terapéutico y el equipo de supervisión (supervisora). Aquí se empleó la modalidad de supervisión en vivo a través de cámara de Gesell, con aditamentos de audio, interfon y timbre. La estructura de la supervisión fue en tres tiempos: Pre-sesión (preparación de la sesión junto con el equipo terapéutico), Corte de la sesión (retroalimentación del equipo terapéutico), y Cierre de la sesión (con las observaciones del equipo y las tareas para la próxima sesión). A la familia se le atendió en el formato de coterapia.

Todas las características generaron un contexto complejo que influyó en la forma en que se llevó a cabo el proceso terapéutico. Como ya mencioné anteriormente, el equipo terapéutico fue para mí una herramienta muy útil en mi

formación. Lo que tengo que destacar de este proceso fue la participación en coterapia, ya que fue necesario acoplarme a otro terapeuta, estar atenta a sus intervenciones y formar un equipo.

Para mi esta experiencia fue un reto de aceptación, armonía, conjunción y diferencia con mi compañero coterapeuta. Cabe mencionar que los equipos de coterapeutas se realizaron al azar. Al principio me preocupó el resultado que pudiera tener la pareja de terapeutas formada. No éramos, como compañeros de grupo, los más compatibles que digamos, más bien teníamos grandes diferencias en cuanto a nuestro carácter, nuestra forma de pensar, sentir y trabajar terapéuticamente. Había algo que me preocupaba en especial, ambos teníamos una característica particular, desde mi punto de vista los dos estábamos orientados hacia ejercer el control terapéutico, tuve miedo de que eso se convirtiera en una lucha de poder entre terapeutas. Por fortuna el equipo terapéutico y de supervisión siempre estuvieron atentos, nosotros siempre estuvimos dispuestos a hablar previamente nuestras diferencias y llegar a acuerdos, y a respetarlas si surgían dentro de las sesiones terapéuticas. Considero que esa diferencia entre coterapeutas se convirtió en una herramienta para el tratamiento de la familia R. O. justamente al tratarse de una familia en la que figuraban dos autoridades (madre y abuela) con gran potencial pero sin ponerse de acuerdo. Creo que la forma que tuvimos de resolver nuestras diferencias ayudó a la familia a mirar una forma de resolver sus propias diferencias.

2. Habilidades de Investigación

Uno de los propósitos que se tienen al cursar la maestría en psicología, es dotar al alumno de herramientas teórico-metodológicas tanto para la intervención clínica como para la investigación, de modo que el profesionista al egresar sea capaz de implementar instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos para explorar los problemas a los que se enfrenta la población desde la disciplina psicológica y de esta manera aportar para el conocimiento, la sistematización y las propuestas de solución.

En el rubro de investigación cualitativa se realizó un estudio en el que se trabajó con enfermos crónicos foráneos y el impacto de la enfermedad en el funcionamiento familiar, esta investigación estuvo estrechamente vinculada con la investigación cuantitativa que versó también sobre la enfermedad ya que se realizó una escala de funcionamiento familiar ante la enfermedad. A continuación se presentan ambos estudios.

2.1. Reporte de la investigación realizada usando Metodología Cualitativa.

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

Introducción

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

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

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

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

Método

Planteamiento Del Problema

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

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

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

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

Escenario

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

Participantes

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

Instrumentos

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

Procedimiento

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

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

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

Resultados

A. Presencia De Un Enfermo Crónico En La Familia

A.1 Reacción de las familias frente al diagnóstico

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A.4 Otros problemas en la familia

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

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

B. Desplazamiento Y Condición De Enfermo Foráneo

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

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

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

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

dificultades de adaptación, de integración de lo nuevo y de la pérdida de lo que se dejó atrás.

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

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

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

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

B.2 Organización familiar frente al desplazamiento

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

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

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

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

B.3. Dificultades encontradas en el desplazamiento

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

B.4. Problemas al llegar al albergue

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

C. Institución

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

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

C.2. Proceso de acercamiento al albergue

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

C.3. Dinámica en el albergue

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

C.4. Apoyo

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

C.5. Otras Instituciones

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

Discusión

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

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

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

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

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

2.2. Reporte de la investigación realizada usando Metodología Cuantitativa.

Escala de Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad.

Introducción

La familia es un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y cambio (Andolfi, 1985). La estructura familiar se define como la organización de las interacciones familiares; debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian (Minuchin, 1979).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Método

Planteamiento Del Problema

Durante el curso de una enfermedad crónica la familia juega un rol central, al trabajar en el ámbito psicoeducativo y terapéutico con ella se mejora en mucho la atención del enfermo y se mitiga el dolor de ambos (Almaza, 2007, García, 2007 y Romero, 2007). Es necesario realizar intervenciones psicoterapéuticas orientadas a conseguir que las familias encuentren los recursos necesarios para enfrentar los retos que impone la enfermedad, con la finalidad de facilitarles la adquisición de las habilidades necesarias para enfrentarlos y resolverlos.

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

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

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

Participantes

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

Instrumento

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

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

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

Procedimiento

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

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

Resultados

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Discusión

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

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

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

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

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

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

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

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención

3.1. Presentación de dos productos tecnológicos

3.1.1. Manual de la Escala de Funcionamiento Familiar

Derivado de las investigaciones tanto cualitativa como cuantitativa sobre el funcionamiento familiar ante la enfermedad, se realizó La Escala de Funcionamiento Familiar ante la Enfermedad (EFFAE), es una escala que se conforma por dos versiones de aplicación, una versión que se denominó EFFAE-A que consta de 13 items se sugiere que sea aplicada cuando se desea conocer los cambios en las dimensiones del funcionamiento familiar referentes a Apoyo y Roles en los momentos en que hay un enfermo crónico en la familia. La segunda versión se denominó EFFAE-B y es una escala compuesta por 38 items que evalúan el funcionamiento familiar en 6 dimensiones Afectos, Apoyo, Comunicación, Roles, Desunión Familiar y Aislamiento Social, en familias que tienen un enfermo, independientemente de que este padezca una enfermedad crónica o una enfermedad aguda. La escala en sus dos versiones se presenta como un instrumento útil para la elaboración de diagnósticos familiares o para la investigación con pacientes con enfermedad crónica. En cuanto al diagnóstico puede ayudar a guiar los tratamientos cuando se detecta algún déficit en alguna de las dimensiones del funcionamiento familiar.

Al elaborar este manual se presenta un producto de fácil aplicación e interpretación ya que en el manual se especifican de manera muy clara las características de las dos versiones de la escala, la forma de aplicación; la forma de calificación; la forma en que se desarrolló la prueba, los estudios de validez y confiabilidad que se realizaron, y los formatos de calificación.

3.1.2. Curso de Inducción a la Residencia de Terapia Familiar

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.2. Programa de intervención comunitaria

3.2.1. Taller: “Familia Ante La Enfermedad Crónica”

Tiene como antecedentes las dos investigaciones presentadas en este mismo apartado: 1) Investigación cuantitativa sobre la escala de funcionamiento familiar ante la enfermedad, y 2) Investigación cualitativa sobre el Funcionamiento Familiar en Familias Desplazadas con Niño con Enfermedad Crónico-Degenerativa. En estas se observó la necesidad de crear un taller de intervención, en el que las familias que se encuentran atravesando por esta situación pudieran hablar y aprender nuevas herramientas que las apoyen.

Se dirigió a familiares de pacientes infantiles con una enfermedad crónica provenientes del interior de la República, y que se encontraban en el Albergue San Judas Tadeo. Lugar en donde también se impartió dicho taller.

El objetivo general del taller fue que los participantes identificaran aspectos relevantes acerca de las características de sus familias al tener presente una enfermedad crónica en alguno de sus miembros y usar estos elementos en beneficio de sí mismas.

Las temáticas y contenidos abordados fueron (Ver Anexo 4): La *enfermedad crónica* (generalidades, concepto de cronicidad, características y tipología de las enfermedades crónicas); la *familia y la enfermedad crónica* (Concepto de familia, ciclo vital de la familia, acontecimientos vitales, concepto de la salud y enfermedad en la familia, presencia de la enfermedad o discapacidad en la familia, cambios importantes en la familia, adaptabilidad y flexibilidad familiar); *aspectos psicosociales de la enfermedad crónica* (Vivencia de la enfermedad, pérdidas asociadas a la enfermedad crónica, sistemas de apoyo social, tipos de sistemas de apoyo); y *situaciones especiales asociadas* (Desplazamiento de ciudad, economía familiar y recursos familiares).

El taller se diseñó para llevarse a cabo en 2 sesiones de 3.5 horas, debido a las características de población, ya que su estancia en el albergue es flotante y esto permite que puedan asistir a todas las sesiones. El taller se llevó a cabo con 6 asistentes en promedio. De los cuales el número de mujeres es mayor, ya que son quienes generalmente acompañan al hijo que requiere la atención médica.

Debido a que la población en su mayoría cuenta con bajo nivel socioeconómico y en ocasiones proviene de zonas rurales o marginadas, el taller fue diseñado para no contemplar aspectos de difícil comprensión o necesidad forzosa de la lecto-escritura.

Se elaboraron dos manuales, uno correspondiente al instructor en donde se detallan las actividades a realizar y los objetivos. El otro corresponde al del participante el cual está conformado por imágenes y figuras que representan lo que se va haciendo en el taller. De igual manera las actividades y dinámicas consisten básicamente en hacer grupos para comentar ciertos temas o a partir de una actividad en plenaria hablar de ciertas situaciones.

Se observó que es necesario que esta población cuente con espacios como los que brindó este taller, ya que les da la posibilidad de hablar abiertamente de los temas que les preocupan. Se pudo constatar que es muy importante que compartan con otros albergados sus experiencias, ya que los aprendizajes de unos, les eran muy funcionales a otros. Finalmente, con los comentarios que hicieron al terminar las sesiones se pudo concluir que el taller les fue benéfico, ya que los participantes refirieron que en general se sentían bien de compartir estos temas con sus compañeros, sobretodo porque no sabían mucho de ellos y piensan que son como una familia.

3.3. Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado

- 3.3.1. Asistencia al X Congreso Nacional de Terapia Familiar de la AMTF, AC. "Ciencia, Arte y Espiritualidad" , Acapulco, Noviembre de 2006
- 3.3.2. Asistencia al VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana. IV Congreso Latinoamericano De Alternativas En Psicología, Morelia, marzo de 2007
- 3.3.3. Asistencia al Taller de la Novela Familiar. Escuela Mexicana de Psicodrama. México, 2007
- 3.3.4. Ponente en el IV Congreso Nacional de Psicooncología. Trabajo Libre: Estudio preliminar para la construcción de la escala de Funcionamiento Familiar ante la Enfermedad. México, Agosto 2007
- 3.3.5. Asistencia al Seminario Humillación, Vergüenza y Perdón: emociones clave y dinámica familiar. Por Dr. Carlos Sluzki. México, Octubre de 2007
- 3.3.6. Ponente en 2º Congreso Nacional de Psicología, celebrado en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Instrumentos de Evaluación en la Terapia Familiar. Hidalgo, Noviembre de 2007

- 3.3.7. Ponente en 2º Congreso Nacional de Psicología, celebrado en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo (UAEH). Funcionamiento familiar ante una enfermedad: una propuesta de evaluación y sus implicaciones en el tratamiento psicológico de familias con un enfermo crónico. Hidalgo, Noviembre de 2007.
- 3.3.8. Ponente en el Simposium Familia, Vida Cotidiana y Enfermedad. Impacto de la enfermedad crónica en el funcionamiento de las familias con pacientes foráneos.
- 3.3.9. Ponente en XVI World IFTA Congress. Transformation and Globalizations: Family Therapy in the 21st Century. Cartel: Re-Building Life, Building Images. Family Therapy and Other Tools for the Natural Disaster Intervention. Porto, Portugal, marzo de 2008

4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

4.1. Discusión e integración de las consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

La ética profesional es el sistema de normas que regulan las actividades que se realizan en el marco de una profesión, a través de ella se define lo que es deseable y lo que es sancionable en el ejercicio de dicha actividad.

En el curso de la maestría en psicología, se hizo énfasis en la observancia de principios éticos que guiaran la práctica clínica, la investigación, la divulgación del conocimiento y la academia. Adicionalmente los estudiantes de la residencia de terapia familiar nos guiamos por El Código Ético del Psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007), el cual estamos obligados a cumplir desde que obtuvimos el grado de licenciatura en psicología.

El código ético además de ser un conjunto de normas, es una herramienta que nos sirve para guiar nuestra práctica profesional, cuando nos enfrentamos a distintos dilemas morales derivados de nuestra intervención o de nuestra relación con el campo de acción. Estos conflictos podremos resolverlos de manera adecuada si tenemos un conocimiento amplio sobre el tema del que se deriva el conflicto, conocimiento de nuestras propias limitaciones y debilidades, así como de las normas generales aplicadas a las situaciones.

El cumplimiento de las normas nos permite evitar realizar intervenciones erróneas, proteger a nuestros clientes o pacientes y protegernos a nosotros mismos. A continuación se mencionarán algunas de las normas éticas que debe de guardar cualquier psicólogo durante el ejercicio de su profesión, así como las normas éticas a las que el estudiante de terapia familiar de la facultad de psicología se debe de ajustar. Posteriormente mencionaré algunos de los dilemas éticos a los que me enfrente durante la residencia y posterior a ella.

Para la Sociedad Mexicana de Psicología (2007) el psicólogo asume su responsabilidad de actuar, en el desempeño de sus actividades profesionales bajo el criterio rector de garantizar en todo momento el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la Psicología. Por lo tanto se adhiere a los siguientes principios:

- a. Respeto a los derechos y la dignidad de las personas.
- b. Cuidado responsable.
- c. Integridad en las relaciones, y
- d. Responsabilidad hacia la sociedad y la humanidad.

En términos generales el psicólogo solo debe realizar actividades para las que recibió formación suficiente, es competente, y para las que posee conocimientos y destrezas actualizadas. En este rubro el estudiar la maestría en psicología con énfasis en terapia familiar, nos permitió capacitarnos en un cuerpo de conocimientos que nos hace competentes y diestros para la aplicación de la epistemología sistémica y realizar terapia familiar para ayudar en la solución de problemas de las familias; así mismo estamos comprometidos a actualizarnos en nuestra materia.

El psicólogo también debe evitar que, por falta de su acción, los individuos pierdan su habilidad para autodeterminarse y tomar sus propias decisiones. Durante nuestra formación nos apegamos a este precepto en nuestro trabajo clínico, ya que se respeta la autonomía de los pacientes, y sobre todo porque en la terapia familiar sistémica se considera que las familias tienen sus propios recursos que les permite dar solución a sus problemas.

El psicólogo debe de comprender y estar consciente de las circunstancias que rodean su actividad, de su propia historia y valores personales, y la forma en que éstos afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y comportamiento, buscando siempre su máxima objetividad. En varias asignaturas de la maestría, pero en especial en la de Seminario de Integración se realizó una revisión constante de la Persona del Terapeuta y la Familia de Origen del Terapeuta que nos permitió estar atentos a la información personal y su impacto en el trabajo clínico, en la supervisión de casos también se realizó una revisión de cómo nuestros propios sentimientos, valores y experiencias se pueden entremezclar con el trabajo clínico con los pacientes, ya sea de manera positiva o negativa, además de cómo nuestras experiencias personales las podemos, en algún momento del proceso terapéutico, poner al servicio del paciente.

La psicología como disciplina ocurre dentro de un contexto social. Por consiguiente, el psicólogo busca aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos. El enfoque sistémico nos permitió mirar en conjunto el contexto social y el sistema familiar, y valorar esa conjunción para realizar intervenciones adecuadas a las necesidades de

los pacientes, además de realizar intervenciones comunitarias que generen bienestar a la población objeto.

El psicólogo identifica los casos en los que ciertas técnicas o procedimientos de intervención no sean aplicables o requieran ajustes para su utilización debido a factores tales como el género, edad, raza, origen étnico, origen nacional, orientación sexual, discapacidad, idioma, o nivel socioeconómico de los individuos, y la toma de medidas para cerciorarse de su eficacia. Destaca la necesidad que tiene el terapeuta de evaluar la idoneidad de las intervenciones dentro de un contexto y no aplicarlas como simples recetas. En el caso de la familia G.A. que se presentó en este reporte, fue muy importante considerar que las intervenciones no siguieran un guion que perpetuara el dominio masculino.

El psicólogo termina una relación profesional cuando resulta razonablemente claro que el o la paciente ya no necesita de su servicio, éste ya no le beneficia, o su continuación le perjudica o daña. Este es un eje rector de las intervenciones sistémicas que se anclan “en el aquí y el ahora”, lo que permite ofrecer la atención por un tiempo determinado, siempre en función de la problemática presentada por la familia.

El psicólogo debe de obtener consentimiento informado apropiado a la terapia utilizando un lenguaje claro donde se especifique la información concerniente al proceso terapéutico, el paciente declara tener capacidad para consentir de manera libre y sin influencias indebidas su participación en la terapia. Si se va a tomar algún registro en video o audio también se debe de especificar en el consentimiento. Este precepto se aplicó en todos los casos atendidos durante la residencia de terapia familiar, a cada uno de los pacientes se les solicitó su consentimiento informado, de igual manera se realizó con las personas que participaron en las investigaciones cualitativas y cuantitativas.

De acuerdo a lo planteado en el Programa de Residencia en Terapia Familiar de la UNAM (2006), el terapeuta familiar tiene un compromiso ético que involucra los siguientes aspectos:

- a) Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
- b) Dar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
- c) Mostrar respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
- d) Ser sensible a las necesidades de la población y responder a ellos de manera profesional.
- e) Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apegándose a las normas de la ética profesional.

f) Actualizar e innovar sus capacidades profesionales de manera constante.

g) Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo si se considera necesario.

Estos compromisos son armónicos con las consideraciones éticas planteadas en el Código Ético del Psicólogo. Sin embargo hay que señalar que en la práctica cotidiana de la terapia familiar nos enfrentamos a dilemas que requieren más que un conocimiento teórico metodológico y de la normatividad. A continuación mencionaré algunos dilemas a los que me he enfrentado en mi práctica clínica, estos dilemas por lo general están asociados al tema de la confidencialidad.

En la terapia de pareja se presentan situaciones en las que uno de los conyugues revela al terapeuta la existencia de una situación de infidelidad y no desea revelarlo al otro conyugue. En este tipo de casos nos enfrentamos como terapeutas a tomar decisiones que impactarán tanto en el proceso terapéutico como en la relación de la pareja que nos consulta, la pregunta es: ¿Debe el terapeuta incitar a develar el secreto? ¿Qué pasa con el principio de confidencialidad? En este sentido entre los terapeutas de familia y de pareja existen discrepancias sobre qué hacer cuando algún miembro de la pareja ha revelado una situación de infidelidad al terapeuta y no desea tratar el tema con su pareja. Hay terapeutas que consideran que para evitar el riesgo de que el terapeuta sea triangulado, él debe de poner como condición para continuar con el tratamiento la develación del secreto con el otro miembro de la pareja; otros consideran que se debe ayudar al miembro de la pareja que ha cometido la infidelidad para que dentro del proceso terapéutico haga la develación.

Por otro lado Scheinkman (2010) considera que la revelación de una infidelidad es un asunto de autodeterminación y cuando el terapeuta respeta este principio *“debe de reconsiderar su política de confidencialidad así como la estructura de la terapia de pareja, adoptando una combinación flexible de sesiones individuales y conjuntas”* además considera que se debe tener en cuenta los riesgos inherentes de la revelación ya que según algunos estudios, la revelación trae consecuencias irreversibles como el divorcio, violencia, homicidio o suicidio (Laumann, Gagnon, Michael y Michaels, 1994, en Scheinkman, 2010). Considero particularmente que en la práctica clínica como terapeutas familiares, que trabajamos con varios miembros de la familia, ya sea en sesiones conjuntas o individuales, debemos de tener claridad sobre nuestros contratos terapéuticos de confidencialidad y que estos deben de considerar los casos particulares.

Otro dilema que enfrentó en la práctica clínica es en los casos donde se detecta la existencia de violencia familiar, maltrato infantil o abuso sexual, y la familia no desea hacer una denuncia penal de la situación. Qué debemos hacer ¿dar vista al ministerio público como lo contempla la ley?, ¿inducir a la familia para que realice la denuncia?, ¿respetar su decisión de no denunciar? Sobre este dilema y en relación a la atención de la violencia familiar Barbero (en Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004) plantea que la responsabilidad moral del maltrato no tiene como único protagonista al

maltratador, también involucra a la actitud y respuesta de los profesionales que atienden esos casos, ya que con sus acciones y silencios, toman una posición ética frente al maltrato.

Barbero se auxilia de la bioética para hacer un análisis de la acción de los profesionales en este tipo de casos, y contempla 5 elementos a considerar en las intervenciones: 1) El profesional tiene la responsabilidad de clarificar con el usuario las estructuras de poder intervinientes para sostener la violencia. 2) Todas las acciones que se hacen en la atención de la violencia tiene un valor ético, incluso la inhibición, por lo tanto no puede existir neutralidad axiológica cuando hay experiencia de sufrimiento. 3) El maltrato tiene a su alrededor múltiples afectados. 4) El maltrato de género representa el ejemplo paradigmático de la relación dialéctica entre sentimientos y valores y en él todo está muy cargado de emocionalidad, tanto la visión individual como el discurso social; se necesita, por tanto, una importante apuesta por la racionalidad, tanto por el discernimiento como para la toma de decisiones y la función primordial de las emociones consiste en servir de señal de alarma para detectar la existencia de una situación problemática, y 5) Al realizar las intervenciones se debe de contemplar lo que Beauchamp ha llamado el principialismo que asume cuatro obligaciones morales: no hacer el mal (principio de no maleficencia), hacer el bien (principio de beneficencia), ser justos (principio de justicia), y respetar y promover la autonomía de las personas (principio de autonomía).

De este análisis Barbero encuentra que al considerar el principialismo en la toma de decisiones, alguno de los principios puede entrar en contradicción con otro, en este caso se debe valorar cual es el principio de mayor valor axiológico o analizar las consecuencias de los diferentes cursos de acción y hacer excepciones de acuerdo a la menor consecuencia. Él menciona que la detección de maltrato físico claro y grave debe de ser denunciado, pero en determinadas ocasiones a petición de la mujer maltratada, si no se dan las condiciones de protección y seguridad, es preferible tomar otras medidas que no supongan mayores riesgos, es decir, justifican una excepción a la obligación moral de denunciar. Hacer una excepción supone privar de un derecho (por ejemplo la protección legal) y esto, por muy justificado que esté, genera obligaciones en los profesionales, y que el mundo de las excepciones es el del mal menor, no el de lo bueno.

Es importante definir la diferencia entre lo que es maleficencia y no-beneficencia. Algo puede ser contraindicado para tener beneficio, pero no es maleficente. El maltrato es claramente maleficente, así como también lo es la no detección o la inhibición frente al mismo por parte del profesionalista, determinados usos de lenguaje que inoculan de culpa a la mujer maltratada por no atreverse a denuncia o precisamente por haberlo hecho, la falta de cuidado en el uso de la información confidencial son otros ejemplos excesivamente habituales de maleficencia.

Por otro lado apelando al principio de autonomía, la decisión de denunciar debe implicar que la denunciante sea una persona moralmente autónoma,

competente para tomar decisiones, y que además sea una decisión informada, el terapeuta debe informar de las alternativas, consecuencias de actuar o no actuar, beneficios y riesgos; una decisión voluntaria, el terapeuta no debe manipularla ni coaccionar, el uso manipulador desde la relación profesional, para inducir decisiones que tienen que ver con la visión del profesional y no con la visión de la mujer maltratada pueden convertir la decisión de esta en decisiones no autónomas; ser una decisión auténtica, es decir que no esté en clara contradicción con el mundo de valores de la persona.

Por otro lado una mujer puede decidir no denunciar y asumir los riesgos, pero cuando existen terceros como por ejemplo los hijos, su decisión estaría afectando a estos por lo que aquí estaría en cuestión el principio de justicia, ya que se estaría sometiendo a un riesgo a personas que no pueden decidir por sí mismos.

En la relación terapéutica se debe considerar que el maltrato deja vulnerables a las personas y una de las obligaciones del personal de salud es promover la autonomía moral de la persona para que sea ella la que vaya discerniendo y tomando sus propias decisiones.

Cuando una mujer no quiere denunciar puede ser porque lo que hoy es evidente para los profesionales, no lo es para ella, y que puede serlo en un futuro no lejano. Esto no significa que el terapeuta deba esperar hasta que la mujer este tan clara como tan maltratada, la obligación moral es trabajar en la línea del proceso. Uno de los objetivos del acompañamiento psicológico es ayudar a la mujer a que ponga en palabras y tome conciencia de los significados de lo que está viviendo, para que sea ella la que dé el paso para poner freno a esa realidad. Si ponemos en conocimiento a la autoridad de los hechos de violencia, en contra de la voluntad de la paciente, el proceso relacional esta truncado y difícilmente será restaurado, con lo que un elemento de apoyo puede quedar destruido.

Barbero sugiere que socialmente debemos de transmitir de manera clara que los profesionales de la salud no somos tolerantes con el maltrato de género, que nos implicamos en ello, y propone cuando no hay disposición de la mujer para la denuncia, plantear compromisos terapéuticos con la mujer maltratada: 1) aplazar la decisión de denunciar unos días para que se puedan sopesar las consideraciones de cada uno (mujer y profesional), 2) valorar conjuntamente el tipo y probabilidad de riesgo para ella y para los terceros, tanto de la denuncia como de la no denuncia, 3) sugerir a la mujer la intervención de otros profesionistas que puedan aminorar los riesgos tanto de la denuncia como de la no denuncia, 4) anota en el expediente la iniciativa de la denuncia del profesional y la postura de la paciente, y el por qué se justifica, al menos temporalmente, una excepción de la denuncia, 5) realizar sesiones subsecuentes a corto plazo para dar seguimiento y mostrar interés.

Finalmente considero que es importante que el terapeuta tenga conocimiento del marco jurídico vigente en el que se desarrolla su labor profesional, como mencionamos en el capítulo 1 existe un gran número de leyes que consideran la terapia psicológica como intervención para reparación del daño. Por otro lado existen reglamentos que dictan normas bajo las cuales debe de trabajar el profesional de la

salud como por ejemplo el Reglamento de la Ley de Salud Mental para el Distrito Federal, 2012; la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico 2012 (NOM-168-SSA,); la Norma Oficial Mexicana de Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención (NOM-046-SSA2-2005); la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, entre otras.

Como pudimos ver en el presente capítulo, el trabajo del terapeuta familiar no solo implica conocimientos bastos sobre su marco conceptual, también implica que tenga un amplio conocimiento de sí mismo, de las leyes, normas y códigos que enmarcan su actuar y que haga uso de estos conocimientos de manera ética y responsable al servicio de sus consultantes.

IV. Consideraciones Finales

En este apartado mencionaré cuáles fueron las habilidades y competencias que adquirí durante mi formación como terapeuta familiar, además de cómo estas inciden en el campo psicosocial, para lo cual la UNAM y el CONACYT unen sus esfuerzos en aras de formar profesionistas de excelencia que den respuestas a los problemas sociales del país.

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

La Residencia en Terapia Familiar, propone facultar al estudiante en una especialidad que permita abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (UNAM, 2006). En donde la piedra angular de la formación la constituye la adquisición de habilidades y competencias orientadas a intervenir en diferentes niveles. Lo anterior a través de la adquisición del conocimiento y la aplicación de los diferentes modelos terapéuticos, habilidades de investigación, intervención en grupos, entre otros. Las habilidades que adquirí durante mi formación están en concordancia con las planteadas en el programa de maestría y a continuación las enumero.

Habilidades Teórico Conceptuales

Después de cursar la maestría puedo decir que tengo la habilidad de aplicar un modelo teórico conceptual, basado en la epistemología sistémica y posmoderna, para la evaluación y atención de distintos problemas relacionales de las familias; incluso este conocimiento me ha permitido observar los problemas sociales desde una mirada multirelacional, lo cual abre la posibilidad de hacer mejores análisis de las problemáticas y así llegar a diversas soluciones.

En la formación revise los diferentes modelos de terapia familiar, sus orígenes, sus principales exponentes, sus preceptos conceptuales, sus principios metodológicos, sus principales técnicas, sus alcances y sus limitaciones.

Este conocimiento me da la habilidad de tener diferentes formas de abordar un problema familiar, decidir sobre cuál modelo me permite una mejor comprensión del problema y finalmente aplicar los preceptos técnicos para su solución. La residencia en terapia familiar me proporcionó un amplio bagaje de técnicas psicoterapéuticas enfocadas en promover el cambio en las familias consultantes.

Habilidades clínicas (detección, evaluación y tratamiento)

Definitivamente las habilidades adquiridas en la maestría se cristalizan en las destrezas clínicas que adquirí, las cuales expongo a continuación:

- ✓ Habilidad para observar desde una perspectiva multirelacional propia de los modelos sistémicos y posmodernos, esta visión me permite hacer diagnósticos integrales y no unidireccionales.
- ✓ Habilidad para trabajar terapéuticamente con familias y observar las relaciones que establece cada miembro de la familia con el síntoma que presentan.
- ✓ Habilidad para identificar las resistencias que tiene las familias o los pacientes para cambiar la homeostasis disfuncional que mantiene el problema.
- ✓ Habilidad para hacer hipótesis sistémicas de los problemas que presentan las familias o las personas consultantes.
- ✓ Habilidad para hacer un contrato terapéutico que sea apropiado para los consultantes y para mí como terapeuta.
- ✓ Habilidades para hacer un encuadre terapéutico sistémico.
- ✓ Habilidad en la construcción de familiogramas, mapas familiares, esquemas de evaluación familiar y otras técnicas para el diagnóstico familiar.
- ✓ Habilidad para diseñar un plan terapéutico que se adecuó a la familia consultante.
- ✓ Habilidad para analizar y discutir teóricamente un caso clínico.
- ✓ Habilidad para organizar un expediente clínico desde una visión sistémica.
- ✓ Habilidad para realizar tratamientos terapéuticos breves y de mediano plazo.
- ✓ Habilidad para trabajar con diferentes subsistemas de la familia.
- ✓ Habilidad para trabajar en coterapia.

- ✓ Habilidad para trabajar con un equipo terapéutico, escuchar con respeto y apertura los puntos de vista convergentes o divergentes de otros colegas en función de ayudar al paciente o consultante.
- ✓ Habilidad para participar en un equipo reflexivo.
- ✓ Habilidad para presentar un caso para supervisión narrada o videograbada.
- ✓ Habilidades para aplicar distintas técnicas terapéuticas para la solución de los problemas clínicos.
- ✓ Habilidad para distinguir entre proceso y contenido en un tratamiento clínico.
- ✓ Habilidad para decidir en qué momento es preciso dar por terminado un tratamiento terapéutico.
- ✓ Habilidad para dar seguimiento clínico a los consultantes.
- ✓ Habilidad para identificar las resonancias del sistema familiar y distinguirlas de mis propias experiencias, y ponerlas al servicio de las familias o del consultante.
- ✓ Habilidad para trabajar clínicamente en un contexto institucional.

Habilidades de investigación y enseñanza

En cuanto a la investigación aprendí los fundamentos teóricos y metodológicos de la investigación cualitativa y cuantitativa, y cómo es que ambas pueden complementarse. A partir de estos fundamentos aprendí a hacer planteamientos de problemas de investigación que estén debidamente justificados, hacer una argumentación teórica para la comprensión del problema y así mismo desarrollar una metodología de investigación apropiada para encontrar solución a las hipótesis planteadas, finalmente obtener resultados de la investigación y hacer su análisis y discusión a la luz del marco teórico, además de traducirlos en reportes o exposiciones que permiten la divulgación de los mismos.

Uno de los aprendizajes que valoró mucho en este rubro es el de haber elaborado un instrumento de evaluación familiar, ya que esto me permitió conocer y seguir de manera rigurosa todos los pasos necesarios para la elaboración de instrumentos de medición que tengan valor científico basado en su confiabilidad y validez, ya sean escalas de evaluación o códigos observacionales, las cuales son

herramientas muy útiles no solo para el terapeuta familiar, sino también para los terapeutas que además nos desarrollamos en un ámbito institucional.

Por otro lado aprendí a desarrollarme en el ámbito de la divulgación científica, al realizar ponencias en distintos foros académicos. Una gran experiencia fue la oportunidad que tuve de acudir a un congreso internacional de terapia familiar en Portugal, esta experiencia me ayudó a desarrollarme como persona y como miembro de la comunidad científica.

También aprendí a conducirme con ética y compromiso con las personas que participaron como sujetos de investigación, o en la exposición de casos clínicos, guardando de manera estricta su identidad y ajustándome a la confidencialidad.

En cuanto a las habilidades de enseñanza, gracias al formato académico de la maestría adquirí la habilidad de organizar y exponer material didáctico para la transmisión de conocimientos, ya que en todas las clases se siguió la técnica de seminario, en la que cada alumno preparaba una clase y de esta manera me entrené para desarrollar mi capacidad de enseñanza. Además de que participé como ponente en dos talleres.

Habilidades de prevención

Al tener una visión ecosistémica de las problemáticas, y gracias a la asignatura de Seminario de Intervención Comunitaria pude ejercitar mi habilidad para generar estrategias de prevención de los factores de riesgo psicosocial. Tanto en la preparación como en la aplicación del taller de intervención comunitaria para familias foráneas con enfermos crónicos titulado "La Familia ante la enfermedad crónica", logre sensibilizarme frente a las necesidades de esta población, observar que si las personas que tienen este tipo de dificultades tienen un espacio de escucha y diálogo son capaces de aprender nuevas experiencias que les permiten resolver y prevenir ciertas problemáticas. También en esta asignatura se generó un espacio de aprendizaje en el que se compartieron los trabajos de otros compañeros y de esta manera obtuve mayor conocimiento de cómo se puede dar atención de primer nivel

en distintos ámbitos: dificultades en el noviazgo, separación de las parejas, depresión, afrontamiento de la enfermedad, entre otros.

Ética y compromiso social

Ahora puedo decir que fortalecí mi capacidad de compromiso con la sociedad que de alguna manera sostuvo mi formación académica y a la cual debo retribuir. Durante la formación adquirí la habilidad de respetar los diferentes puntos de vista tanto de colegas, como de pacientes.

Adquirí habilidades para hacer observaciones desde un lugar de respeto a la dignidad de las personas. Reconocí lo importante que es tener un consentimiento informado de los pacientes, guardar la confidencialidad y apegarse a las normas éticas del psicólogo. Aprendí la importancia de reconocer nuestras habilidades como terapeutas y nuestras limitaciones, tanto teórico-metodológicas como personales, y no generar falsas expectativas en las familias o consultantes. Aprendí la importancia de la capacitación continua para poder ofrecer una atención de calidad. Reconozco que es fundamental para el tratamiento dar atención con calidad y calidez.

Considero que seguir las normas éticas de nuestra profesión es una manera de guiar nuestro trabajo, y a su vez una manera de cuidar a la persona del terapeuta, ya que si seguimos estos preceptos, estaremos protegidas en nuestra profesión y protegemos a nuestros consultantes o pacientes.

Al tener la oportunidad de llevar a cabo las materias prácticas en las distintas instituciones (sedes de la residencia) logre atender al público en general, de estratos socioeconómicos bajos, y reafirmar mi compromiso social con la población que más lo necesita.

2. Incidencia en el campo psicosocial

Considero que la formación como terapeutas familiares tiene un alto impacto en el campo psicosocial de nuestro país. Es importante considerar que la carrera de psicología es una de las diez profesiones con mayor demanda en el país (Gómez,

2012) lo cual implica una necesidad real de formar psicólogos y además especializarlos para atender las problemáticas sociales.

La terapia familiar sistémica es un marco terapéutico que permite a los profesionales de la salud atender diversas problemáticas a las que se enfrenta la familia. Muchas de estas dificultades generan síntomas que tienen su origen, no solo en las pautas relacionales, sino que como lo vimos en el capítulo uno, están en constante interacción con las situaciones macrosociales. El terapeuta familiar permite abrir una puerta a través de la cual la familia consultante puede ampliar su mirada y así tener mayor capacidad, para resolver estas dificultades, superar los síntomas y a su vez generar un cambio en las condiciones psicosociales.

En mi caso la formación como terapeuta familiar me ayudó a poder incidir terapéuticamente en el campo psicosocial, ya que actualmente mi actividad laboral la desarrollo en una institución pública, atendiendo a familias que son reportadas por maltrato infantil, el marco sistémico me permite trabajar de manera multidisciplinaria con esta problemática, la cual está asociada a diversas variables psicosociales. El maltrato infantil y la violencia familiar son problemas de salud pública, los cuales se viven en la intimidad de las familias y que cuando llegan las familias consultantes se visibilizan estas pautas y en algunos casos se logran cambios sorprendentes al usar la terapia sistémica ya que esta no se centra en el síntoma, sino en las relaciones. Este tipo de estrategias terapéuticas ayuda a las familias a cambiar sus resistencias, a desculpabilizarse, a mirar otras alternativas de relación y a prescindir del síntoma del maltrato para comunicarse de otra manera.

Personalmente considero que si las instituciones pudieran mirar los problemas de maltrato y violencia desde una mirada sistémica, podríamos ofrecer mayores alternativas de solución, aparte de las acciones legales, que cumplen con castigar estos eventos, pero poco ofrecen, en algunos momentos, para la solución relacional.

3. Reflexión y análisis de la experiencia

La experiencia de haberme formado como terapeuta familiar sistémica fue una de las más importantes tanto en mi vida personal como profesional. Pertenecer a un grupo de excelencia me dio la posibilidad de conocer y aprender con la guía de un grupo de docentes que realizan su trabajo con la más alta calidad, y que además en cada clase dieron muestra de ser expertos en su materia, lo cual tuvo un alto impacto en mi adquisición de habilidades teórico-metodológicas

Además el compartir con mis compañeros de grupo enriqueció con sus experiencias mi proceso. Me permitió aprender de cada uno de ellos distintas formas de emplear las técnicas terapéuticas, ya que cada compañero lo hacía con su estilo propio, con una intensidad, fuerza o suavidad distinta, podría decir que gracias a la oportunidad que tuve de trabajar con equipo terapéutico y además de mirar a mis compañeros en su trabajo como terapeuta, me permitió llevarme más herramientas clínicas, en muchas ocasiones cuando estoy con mis pacientes, me he llegado a preguntar cómo lo haría mi compañero o compañera de la maestría, ese pensamiento es como una especie de sintonizador que en algunas ocasiones me da nuevas alternativas de intervención con mis consultantes.

En el plano profesional el adquirir todas las habilidades ya mencionadas y ver cómo cada una de ellas tiene un impacto en otros sistemas, no solo en el familiar, me hizo tener mayor confianza en mi trabajo terapéutico, tanto a nivel privado como en mi labor pública. Al egresar de la maestría lo hice sabiendo hacer terapia familiar, es decir los conocimientos que adquirí se pueden palpar en productos concretos, algo de lo que de alguna manera carecía antes de entrar a la maestría.

Profesionalmente adquirí una forma de trabajar bien fundamentada y científicamente probada, esto me lleva a valorarme como profesional de la salud, y poder tener los argumentos teóricos para exponer en cualquier foro mi opinión sobre las distintas problemáticas.

De los aspectos más importantes de la experiencia profesional fue contar con un equipo terapéutico y una supervisión terapéutica, creo que esa experiencia, así como la experiencia de videograbar mi trabajo y posteriormente analizarlo, es lo que más me enriqueció y me fue moldeando en mi forma de intervenir terapéuticamente.

Reconocerme a mí misma como parte de una familia y ver cómo esta historia tiene y tuvo un impacto en mi vida actual y en mi forma de trabajar, fue algo muy nutricional como profesionalista, que tuvo como resultado ampliar mi visión no solo hacia afuera sino también hacia adentro y esos aprendizajes poder usarlos al servicio de las familias.

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

Primeramente como persona la formación impactó porque considero que me transforme como persona, reconocer mi familia de origen a la luz de la teoría sistémica, me dio la posibilidad de darle nuevos significados a mi experiencia personal, además me ayudó a vincularme con mis familiares de una manera distinta.

Considero que la visión sistémica me permitió visualizar contextualmente los problemas de mi familia de origen, gracias a las materias en las que se hicieron ejercicios del FOT (familia de origen del terapeuta) o del análisis de nuestro propio familiograma. Durante la formación pude observar con mucha claridad los juegos familiares de mi familia de origen, mi lugar y función en esa familia, observar sus lados fuertes y sus pautas rígidas que impedían mi crecimiento como persona, esto me permitió tener un crecimiento personal y como terapeuta.

Mirarme a mí misma en mi propio drama familiar me permitió tener una mirada comprensiva con las familias consultantes, así mismo el principio sistémico de no patologizar me ha ayudado como terapeuta, ya que considero me ha abierto más caminos de cambio.

Me recuerdo como terapeuta antes de cursar la maestría y hago una comparación con mi labor terapéutica después de la maestría, y de manera definitiva

me miro ahora con muchísima experiencia, con unos lentes multifocales, con la confianza de quien ofrece algo que sabe que puede ofrecer, con la sensibilidad de no hacer hipótesis unidireccionales, con el compromiso de capacitarme día a día para adquirir más herramientas.

Otro impacto que la residencia en terapia familiar tuvo en mí como profesionalista, fue el de aprender a curiosear, no quedarme con la primera impresión de la familia y usar la curiosidad como herramienta terapéutica.

Finalmente como profesionalista, algo muy importante que adquirí en el curso de la residencia fue tener una visión de género para la evaluación de las problemáticas familiares, en particular considero que aunque no fue un propósito implícito de la residencia, el tener contacto con expertas en este tema amplió enormemente mi visión, lo cual en mi campo laboral actual me es de gran utilidad.

Afortunadamente desde el día siguiente en que concluí los créditos de la maestría en psicología y hasta el día de hoy mi actividad laboral ha sido dar terapia familiar en una institución pública, entre otras muchas problemáticas las principales que desempeño son terapia familiar a familias que han sido reportadas por maltrato infantil, terapia a familias que tienen un hijo menor de 11 años que ha cometido una conducta ilícita, además atención a familias que están en un proceso jurídico de controversia familiar. El campo de acción en mi lugar de trabajo es muy amplio y complejo, por lo que los aprendizajes adquiridos en la residencia me permiten hacer un mejor análisis de los casos y definir las intervenciones apropiadas para cada familia.

En mi campo laboral me he enfrentado a casos clínicos muy complejos y que considero, difícilmente podría ver en la práctica privada, gracias a las herramientas teórico-metodológicas y herramientas personales adquiridas, hoy puedo sentirme con la capacidad de atender y buscar junto con las familias alternativas de solución a sus dramas familiares y tener esperanza en el cambio y la fortaleza de las familias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Argentina: Paidós.
- Anderson, B.S. y Zinsser, J. (1992). *Historia de las mujeres una historia propia*. Barcelona: Crítica.
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo: Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: McName, S. y Gergen, K. (1996). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- APA, Asociación Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4ta edición (DSM-IV). Barcelona: Masson.
- Barkley, R. (2002). Psychosocial treatments for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in children. *Journal of clinic psychiatry*. 63 (12) pp 36-43.
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. V. (1976). *Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo, aplicación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bonin, F. W. (1991). *Diccionario de los grandes psicólogos. De las ciencias del espíritu a las ciencias de la conducta*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L., y Penn, P. (2003). *Terapia familiar sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humano*. Barcelona: Paidós.
- Cade, B., y O'Hanlon, W. H (1995). *Guía breve de la terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Castañeda, M. (2007). *El machismo invisible regresa*. México: Taurus.
- Consejo para la Ley y los Derechos Humanos, A.C. (2013). *Informe sobre el secuestro en México*. Recuperado 3 de marzo de 2013. <http://www.mexicodenuncia.org/secuestro.html>

- Corsi, J. (Coomp). (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones de familia*. Buenos Aires: Paidós.
- Cormier, H. W., y Cormier, S. L. (2000). *Estrategias de entrevista para terapeutas. Habilidades básicas e intervenciones cognitivo-conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cusinato, M. (1992). *Psicología de las relaciones familiares*. Barcelona: Herder.
- David, A. (1970). *La cibernética y lo humano*. Barcelona: Labor.
- De la Peña, F. y Ortiz, L. O. (2004). Curso: *Trastorno por déficit de atención a través del ciclo vital*. Compendio. México: UNAM- INP.
- Díaz, M. N. e Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco. (2008^a). Programas de Violencia. *Modelo de atención psicológica a mujeres que viven violencia*. Villahermosa: PAIMEF
- Díaz, M. N. e Instituto Estatal de las Mujeres del Estado de Tabasco. (2008^b). Programas de Violencia. *Modelo integral de atención a mujeres que viven violencia*. Villahermosa: PAIMEF
- DIF-DF. (2008). *Modelo de prevención y atención del maltrato y abuso sexual a niños y niñas. Guía teórico práctica*. México: Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal.
- Dirección de Atención y Prevención de la Violencia Familiar. (2010). *Estadístico Histórico de 2003 a 2008*. Secretaría de Desarrollo Social, Dirección General de Igualdad y Diversidad Social. (<http://www.equidad.df.gob.mx/vfamiliar/estadisticas/historico2003-2008.pdf>)
- Duarte, G. A. (2007). *Protocolo de tratamiento psicológico cognitivo conductual para pacientes con lupus eritematoso sistémico: un caso clínico*. Tesis Maestría en Psicología, UNAM. Facultad de Psicología. Cd. Universitaria: UNAM
- Eguiluz, R.L. (1999). La supervisión en los diplomados de terapia familiar. *Psicología Iberoamericana*. 7 (2) pp. 28-32.
- Eguiluz, R. L. (2004). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elkaim, M. (Compilador). (1998). *La terapia familiar en transformación*. Barcelona: Paidós.

- Escobar, M. H. (2006). *Saber, sujeto y sociedad. Una década de investigación en psicología*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. Residencia de terapia familiar. Recuperado 4 enero de 2013. (http://posgrado.iztacala.unam.mx/dip_mtriapsic_ressidenciaterapiafamiliar.php).
- Ferrat, M. A. F. (2006). *Pensar la Terapia Familiar Sistémica. Reflexiones sobre la teoría, la formación y la práctica*. Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Figuroa, F. B. A. (2006). Residencia en Terapia Familiar. *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1988). *La táctica del cambio*. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder.
- Foro de Seguridad. Foro de Profesionales Latinoamericanos de Seguridad. (2013). *El secuestro en México: La carta de Jurica 2012*. Las conclusiones de la reunión de expertos mexicanos, en Jurica, Ciudad de Querétaro. Recuperado el 26 de enero de 2013. <http://www.forodeseguridad.com/artic/discipl/4201.htm>.
- Freidberg, A. (1989) Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: Marco de referencia subyacente en la terapia breve. *Psicoterapia y familia*. 2 (1) pp. 30-39.
- Fuentes, M.L., Leñero, O.L., López, M., Morales, L., Salles, V., Huirán, R., Moreno, S. P., Boltinik, J., Incháustegui, R. T. (1996). *La familia: investigación y política pública. Día internacional de la familia registro de un debate*. México: El Colegio de México.
- Galicia, M. I. X. Terapia estratégica. En Eguiluz, L. comp. (2004). *Terapia familiar*. México: Pax-Mex.
- Galindo y Villa, G., De la Peña, F., De la Rosa, N., Robles, E., Salvador y Cortés, J. (2001). Análisis neuropsicológico de las características cognoscitivas de un grupo de adolescentes con trastorno de déficit de atención. *Salud Mental*. 24 (4) p.p. 50-57.
- Gamboa, M.C. y Valdés, R. S. (2012). *“El Bullying o Acoso Escolar”*. Estudio teórico conceptual, de derecho comparado, e iniciativas presentadas en el tema. México: LXI Legislatura de la Cámara de Diputados.

- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Buenos Aires: Paidós.
- Gómez, Q. N. (2012). 10 carreras, con mayor demanda. 7 de octubre de 2012. *El Universal*.
- González, C. El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En Eguiluz, L. comp. (2004). *Terapia familiar*. México: Pax-Mex.
- Goodrich, T.J., Rampage, Ch., Ellman, B., y Halstead. (1989). *Terapia Familiar Feminista*. Buenos Aires: Paidós.
- Gracia F.E., y Musitu, O. G. (2000). *Psicología social de la Familia*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. España: Paidós.
- Haley, J. (1983^a). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983^b). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Nuevas estrategias para una terapia eficaz. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- IFE (2012). *Resultados Nacionales de la Consulta Infantil y Juvenil 2012*. Informe Ejecutivo. México: Instituto Federal Electoral.
- INEGI (2011). *Encuesta Nacional sobre la dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011*. Recuperado 3 de octubre de 2012. <http://www.inmujeres.gob.mx/index.php/sala-de-prensa/inicio-noticias/645-el-inegi-e-inmujeres-dan-a-conocer-los-resultados-de-la-endireh-2011>
- Ives, L. E. (2006). Intervenciones no farmacológicas en el entorno familiar de niños con trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad. *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 8 (4) p.p. 57-67.
- Keenney B. (1994). *Estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- León, R. J., Medina, A. S., Barriga, J. S., Ballesteros, R. A., y Herrera, S. I. (2004). *Psicología de la Salud y de la Calidad de Vida*. Barcelona: UOC.

- Linares, J. L. (2008). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- Lipchick, E. (2004). *Terapia centrada en la solución más allá de la técnica: el trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- López, R.A. (2001). *El perfil sociodemográfico de los hogares en México 1976-1997*. México: Consejo Nacional de Población.
- López, T.B. y Trujillo, N.G. (2004). *Taller: Aplicación del enfoque sistémico en la práctica clínica. Manual del participante*. Taller impartido en Mayo de 2004. Cruz Roja-APSIDE.
- Macías, R. (1999). La supervisión en la formación del terapeuta. Un seminario de autoimagen o supervisión autorreflexiva. *Psicología Iberoamericana*. 7 (2), pp. 33-37.
- Mendoza, R. M. (2006). Residencia en Terapia Familiar. *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Montero, P. X. (2009). Residencia en Terapia Familiar. *Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Neimeyer, R.A. y Mahoney, M.J. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. México: Paidós.
- Ochoa, A. I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Texto Universitarios.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En Busca de Soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Papp, P. (1991). *El proceso de cambio*. Barcelona España: Paidós.
- Penn, P. (1985). Retroalimentación: preguntas a futuro, mapas futuros. *Family Process*. 24, (3) pp. 247 –258
- Perrone, R., y Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.

- Ravazzola, M. A., (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. México: Paidós.
- Rodríguez, S. P., Navas, G. P., González, R. y Fominaya, G. (2006). La escuela y el trastorno por déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH). *Revista Pediatría de Atención Primaria*. 8 (4) p.p. 75-98.
- Ruiz-Jarabo, Q. C. y Blanco, P. P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Ruiz, S. C. (2002). *Manual para la elaboración de políticas públicas*. México: Plaza y Valdez.
- Sagot, M., Carcedo, A., Guido, L. (2000). *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudios de caso de diez países*. Costa Rica: OPS/ONU.
- Sánchez, J. M., y Milena, V. S. (2007). *Lectura sistémica sobre familia y el patrón de la violencia*. Bogotá: Universidad de Caldas.
- Sánchez, M. R. (2007). *Informe Anual de Actividades del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" 2007*. Cd. Universitaria: UNAM.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sanz, D. y Molina, A. (1999). *Violencia y abuso en la familia*. Argentina: Lumen
- Scheinkman, M. (2010). *Más allá del trauma de la traición: reconsiderando los affairs en la terapia de pareja*. Trabajo presentado en el VIII Practicum 2010: Infidelidad, Violencia y Género. Morelos: Crisol.
- Secretaría de Desarrollo Social (2010). *Informe estadístico sobre las personas atendidas por la Red UAPVIF, enero-marzo de 2010*. Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Familiar. http://www.equidad.df.gob.mx/vfamiliar/estadisticas/informe_1_trimestre_%202010.pdf
- Secretaria de Salud (2008). *Servicios de Atención Psiquiátrica*. Recuperado el 21 de Abril de 2008 desde <http://sap.salud.gob.mx>
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. España: Paidós.

- Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1980). Hypothesizing, Circularity, Neutrality: Three Guidelines for the Conduct of the Session. *Family Process*, 19, (1) 1980.
- Selvini, P. M., Boscolo, L., Cecchin, G., y Prata, G. (1988). *Paradoja y contraparadoja. Un modelo en la terapia de la familia con transacción esquizofrénica*. México: Paidós.
- Selvini, P. M., Cirillo, S., Ettore, L. D., Garbellini, M., Ghezzi, D. M., Lerma, M., Lucchin, M., Martino, C., Mazzoni, G., Mazzuchelli, F., y Nichele, M. (1987). *El mago sin su magia. Cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela*. España: Paidós.
- Selvini, P. M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. M. (1993). *Los juegos psicóticos de la familia*. España: Paidós.
- Selvini, P. M., Cirillo, S., Selvini, M., y Sorrentino, A. M. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. España: Paidós.
- Sociedad Mexicana de Psicología. (2007). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Tizón, G. J. L. (2006). El niño hiperactivo y su "síndrome": ¿mito, realidad, medicación? *Unitat de Salut Mental de Sant Martí-La Mina*. Instituto Catala de la Salut. FMC. 13 (1):1-4. Barcelona, España. En <http://www.doyma.es>. 12 de junio de 2007.
- UNAM Unidad de Posgrado en Psicología (2006). *Programa de Residencia en Terapia Familiar*. México: UNAM. Recuperado el 25 de Julio de 2009 desde http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia_11.pdf
- Umbarger, C. C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Velasco, M. L. y Sinibaldi, J. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Walters, M., Carter, B., Papp, P., y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, B. J., y Jackson, D.D. (1981). *Teoría de la Comunicación Humana: Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica*. España: Paidós.

Welland, C., y Wexler, D. (2007). *Sin golpes. Cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia*. México: Pax.

Wiener, N. (1981). *Cibernética y sociedad*. México: CONACYT.

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

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

ANEXO I

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD

Nombre: _____ Fecha: _____

Vínculo con el enfermo: _____ Diagnóstico: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de enunciados que describen situaciones que pueden pasar en una familia cuando uno de sus miembros se ha enfermado.

Piense en lo que pasó cuando su familiar se enfermó y marque con una cruz el número que mejor describa su situación, es decir, que tanto pasaba, si es que nunca paso, casi nunca, algunas veces, casi siempre o siempre:

1. Nunca

2. Casi nunca

3. Algunas veces

4. Casi Siempre

5. Siempre

Ejemplo:

Si usted considera que en su familia, a partir de que su familiar enfermó cada uno de ustedes **casi siempre** es más ordenado, marcará la opción **4** en el cuadro de números que están del lado derecho de cada oración.

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi Siempre	5. Siempre
1. Desde que enfermó mi familiar, cada uno de nosotros es más ordenado.	1	2	3	4 <input checked="" type="checkbox"/>	5

Por favor conteste todas las afirmaciones, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas, sólo nos interesa saber cómo percibe la relación con su familia en general a partir de que su familiar enfermó.

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi Siempre	5. Siempre
1. En casa somos cariñosos entre nosotros a partir de que mi familiar se enfermó.	1	2	3	4	5
2. Desde que mi familiar se enfermó, la persona que normalmente compraba los alimentos ya no lo hace.	1	2	3	4	5
3. Desde que mi familiar está enfermo, en mi casa decimos lo que sentimos.	1	2	3	4	5
4. Cuando mi familiar se enfermó, me sentí y me sigo sintiendo apoyado por mis familiares.	1	2	3	4	5
5. Desde que mi familiar se enfermó, en casa está definido quien es el sustento económico.	1	2	3	4	5
6. Después de que mi familiar se enfermó, es fácil demostrar el amor y cercanía en nuestra familia.	1	2	3	4	5
7. A partir de que mi familiar se enfermó, podemos buscarnos unos a otros para apoyarnos.	1	2	3	4	5
8. Desde que mi familiar enfermó, en casa cada uno de nosotros sabe qué es lo que le toca hacer.	1	2	3	4	5
9. Estamos demasiado unidos después de que mi familiar se enfermó.	1	2	3	4	5
10. Desde que mi familiar enfermó, a mi familia no le gusta recibir visitas en casa.	1	2	3	4	5
11. Desde que mi familiar está enfermo, en casa somos cariñosos entre nosotros.	1	2	3	4	5
12. A partir de que mi familiar se enfermó, cuando surge algún problema familiar proponemos formas para solucionarlo.	1	2	3	4	5
13. Después de que mi familiar se enfermó, en mi familia es normal enseñar tanto los sentimientos positivos como los negativos.	1	2	3	4	5
14. Después de que mi familiar se enfermó en mi familia se puede hablar abiertamente acerca de las preocupaciones de cada uno.	1	2	3	4	5
15. Desde que mi familiar enfermó, nos desagrada convivir con otras personas.	1	2	3	4	5
16. Después de que mi familiar se enfermó, nos alejamos como familia.	1	2	3	4	5
17. Después de que mi familiar se enfermó, en mi familia nos sentimos muy cercanos los unos a los otros.	1	2	3	4	5
18. Desde que mi familiar está enfermo, si yo me siento enfermo alguien más de la familia me atiende.	1	2	3	4	5
19. A partir de que mi familiar enfermó, el convivir con otra gente hace sentir incómoda a mi familia.	1	2	3	4	5
20. A partir de que se enfermó mi familiar, en casa acostumbramos a hablar de nuestras cosas personales.	1	2	3	4	5
21. Desde que mi familiar se enfermó, los miembros de la familia nos sentimos más cercanos a otras personas, que a los propios miembros de la familia.	1	2	3	4	5
22. Desde que mi familiar está enfermo, es difícil llegar a un acuerdo con mi familia.	1	2	3	4	5
23. A partir de que mi familiar se enfermó, mi familia me escucha.	1	2	3	4	5

24.	A partir de que mi familiar está enfermo, en casa podemos decir nuestras opiniones libremente.	1	2	3	4	5
25.	Desde que mi familiar está enfermo, si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición para ayudarme.	1	2	3	4	5
26.	Después de que mi familiar se enfermó, hay claridad en quien manda en casa.	1	2	3	4	5
27.	A partir de que mi familiar se enfermó, en mi casa podemos hablar unos con otros acerca de la tristeza que tenemos.	1	2	3	4	5
28.	Desde que mi familiar está enfermo, cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puede decirlo.	1	2	3	4	5
29.	Cuando mi familiar se enfermó, los miembros de mi familia eran capaces de entender cómo me sentía.	1	2	3	4	5
30.	Después de que mi familiar se enfermó, es fácil hablar sobre el amor y cercanía en nuestra familia.	1	2	3	4	5
31.	Desde que mi familiar se enfermó, cuando se presentan diferencias en la forma de ver las cosas, los miembros de mi familia lo dicen.	1	2	3	4	5
32.	A partir de que mi familiar enfermó, cuando existen problemas en mi familia podemos sentarnos a hablar sobre ellos.	1	2	3	4	5
33.	Desde que mi familiar se enfermó, las normas familiares siempre se respetan.	1	2	3	4	5
34.	A partir de la enfermedad de mi familiar, en mi casa está bien definido quien hace cada cosa del quehacer doméstico.	1	2	3	4	5
35.	Cuando mi familiar enfermó, nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5
36.	A partir de que mi familiar enfermó, en casa está bien definido quien prepara los alimentos.	1	2	3	4	5
37.	Desde que hay un enfermo en casa, no se permite expresar ciertos sentimientos.	1	2	3	4	5
38.	Desde que mi familiar está enfermo, mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5

ANEXO II

CARTA DESCRIPTIVA

CURSO DE INDUCCIÓN A LA RESIDENCIA DE TERAPIA FAMILIAR.

SESION 1				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Bienvenida al curso	• Que los participantes tengan la bienvenida al curso y a la residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Ninguno	5 min.
• Presentación del curso	• Conocer el objetivo del curso y su contenido de forma breve.	• Exposición	• Laptop • Cañón	5 min.
• Presentación de los participantes	• Que los participantes se conozcan.	• Técnica "Presentaciones cruzadas" incluyendo motivo de elección TF	• Etiquetas • Plumones	40 min.
• Introducción a la UNAM	• Que los participantes conozcan la UNAM, su surgimiento, sus principales símbolos y los servicios a alumnos.	• Exposición	• Laptop • Cañón	40 min.

SESION 2				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Introducción a la Facultad de Psicología	• Que los participantes conozcan la historia, localización y descripción de edificios y oficinas de la Facultad de Psicología.	• Exposición	• Laptop • Cañón	35 min.
• Programa de Residencia en Terapia Familiar	• Que los participantes conozcan las generalidades sobre el programa de residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Laptop • Cañón	35 min.
• Presentación de alumnos de la 6ta. Generación	• Que los participantes conozcan a los integrantes de la generación 6 y compartan información relevante.	• Técnica "Mesa Redonda de Información"	• Ninguno	20 min.

SESION 3				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Servicios a Estudiantes	• Que los participantes conozcan los servicios de los que pueden hacer uso como alumnos de la residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Laptop • Cañón	40 min.
• Información Administrativa	• Que los participantes conozcan los requisitos administrativos que deben de cubrir como alumnos de la residencia en Terapia Familiar.	• Exposición	• Laptop • Cañón	35 min.
• Finalización del curso	• Dar un cierre al curso.	• Técnica "Compartir experiencia"	• Ninguno	10 min.
• Cierre	• Dar conclusión al curso.	• Conclusión	• Ninguno	5 min.

SESION 4				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
• Visita Guiada a CU	• Que los participantes conozcan las instalaciones de la facultad de psicología y de CU.	• Visita por instalaciones de la facultad de psicología y CU.	• Pumabús	3 hrs.

ANEXO III

CARTA DESCRIPTIVA

TALLER DE FAMILIA ANTE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

SESION 1				
TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Bienvenida y presentación del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> Presentación de las facilitadoras. Dar la bienvenida a los participantes y explicar brevemente el objetivo y contenido del curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Exposición oral. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Presentación de los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes se conozcan. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica "Tarjetas partidas". Con tarjetas divididas de animales, tratarán de encontrar el compañero que complementa la tarjeta mediante el sonido distintivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Etiquetas. Tarjetas con dibujos 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Expectativas sobre el taller. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes expresen que esperan del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> Sondeo y definición de expectativas de los participantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de rotafolio Plumones 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Reglas del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes fijen y estén enterados de las reglas del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de las reglas del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de rotafolio Plumones 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Generalidades y concepto de cronicidad. Características y tipología de las enfermedades crónicas. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan los aspectos generales de la enfermedad crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> Lluvia de ideas. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas Blancas Hojas de Rotafolio Plumones 	30 min.
<ul style="list-style-type: none"> Concepto de familia. Ciclo vital de la familia. Acontecimientos vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan las características de las familias y su reacción ante acontecimientos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Corrillos de 3 o 4 personas. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de Rotafolio Plumones 	30 min.
	<ul style="list-style-type: none"> Receso 			10 min.

SESION 1

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Concepto de la salud y enfermedad en la familia. Presencia de la enfermedad o discapacidad en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan las características de las familias y su reacción ante acontecimientos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica "Dibujos generadores de reflexión". Mediante dibujos característicos de la enfermedad y salud, explicarán sus sentimientos y pensamientos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dibujos Hojas de Rotafolio Plumones 	30 min.
<ul style="list-style-type: none"> Técnica de animación. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes tengan un momento animado, posterior a una actividad agotadora emocional o intelectual. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica "Mar adentro, mar afuera". Se trazará una línea imaginaria que delimitará mar adentro y mar afuera. Los participantes seguirán las instrucciones del instructor, quien les indicará hacia donde tienen que brincar. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	10 min.
<p>Aspectos Psicosociales de la Enfermedad Crónica.</p> <ul style="list-style-type: none"> Vivencia de la enfermedad. Pérdidas asociadas a la enfermedad crónica. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes identifiquen los aspectos asociados a la presencia de la enfermedad en la familia. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica "Aprender de la desgracia". Los participantes en parejas, contarán una experiencia difícil en su vida y con qué recursos contaron para hacerle frente. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de Rotafolio Plumones 	40 min.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes evalúen la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica "La pelota preguntona". A manera de juego se pasará una pelota entre los participantes, quienes contestarán en objetivo de las preguntas. 	<ul style="list-style-type: none"> Pelota 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Cierre Sesión 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes tengan claridad sobre lo abordado en la sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica "La pelota preguntona". 	<ul style="list-style-type: none"> Pelota 	10 min.

SESION 2

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
<ul style="list-style-type: none"> Repaso e inicio de la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes hagan un recuento de lo que se trabajó en la sesión anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Mi mano habla”. Se asignará una pregunta a cada uno de los dedos de la mano y los participantes deberán de contestarla dependiendo del dedo que se les pregunte. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas blancas Plumones 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Cambios importantes en la familia. Adaptabilidad y flexibilidad familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes conozcan las características de las familias y su reacción ante acontecimientos críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Cuento dramatizado”. Se pide a los participantes improvisar un cuento actuado en el que se represente un cambio en la familia y la posible solución. 	<ul style="list-style-type: none"> 2 Cuentos sobre cambios. 	40 min.
<ul style="list-style-type: none"> Técnica de animación. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes tengan un momento animado, posterior a una actividad agotadora emocional o intelectual. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Ensalada de frutas”. Se asignan nombres de frutas a los participantes y ante las instrucciones de ensalada de..., se tendrán que mover de lugar. 	<ul style="list-style-type: none"> Ninguno 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de apoyo social. Tipos de sistemas de apoyo (La familia, otros sistemas). 	<ul style="list-style-type: none"> Que conozcan, identifiquen y analicen los recursos con los que cuentan para afrontar la enfermedad en sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Tú no eres una isla”. Mediante un dibujo representativo de un hombre solo en una isla, se revisan los recursos para tener redes de apoyo efectivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Cartel “Tú no eres una isla” Hojas Blancas Plumones 	60 min.
	<ul style="list-style-type: none"> Receso 			10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Habilidades y Retos. Principales problemáticas. Soluciones posibles. 	<ul style="list-style-type: none"> Que conozcan, identifiquen y analicen los recursos con los que cuentan para afrontar la enfermedad en sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “Las estrellas”. Se realizan estrellas de cartón en las que se escribirán posibles problemáticas que requieran solución por el participante que la elija. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas de Rotafolio Plumones 	60 min.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes evalúen el curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Llenado de formato de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> Formato de evaluación 	10 min.
<ul style="list-style-type: none"> Cierre del curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Que los participantes compartan lo trabajado durante el curso. 	<ul style="list-style-type: none"> Dinámica “La pelota preguntona” 	<ul style="list-style-type: none"> Pelota 	10 min.