



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

LA PAREJA ESTABLE Y SATISFACTORIA: PROTAGONISTA DE SOLUCIONES Y ALTERNATIVAS FAMILIARES

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

ABRAHAM ISLAS GARCÍA

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. PIEDAD DORA ALADRO LUBEL

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. MIRIAM ZAVALA DÍAZ
DRA. CARMEN SUSANA ORTEGA PIERRES
MTRA. NORA RENTERÍA COBOS
DRA. BLANCA BARCELATA EGUIARTE

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2013.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y sus extensas familias extensas, con tantas historias de lo que es funcional o no. Al final algo muy bueno hicieron para que yo llegara aquí. Gracias sobre todo siempre a ti, MAMÁ.

A Carlos Crowley, por alegrarte tanto como yo de este proyecto, lidiar con mi ánimo, motivarme, escucharme día a día y ser testigo de cada desvelo.

*A mi vecina Hortensia por consentirme cada mañana de estudio con un jugo y una gelatina para no dejarme salir de casa con el estómago vacío.
Gracias por tu preocupación y afecto.*

*A mi familia elegida: Rodrigo Lecona, Lizbeth Cejudo, Gaby Sainz, Lissette G. Zorrilla, Julieta Aranda, Humberto Bautista y Rogerio Salgado.
Gracias por estar en momentos importantes conmigo.*

*A mi familia temporal, mis hermanos de maestría.
Me hicieron sentir por fin en un bosque de abetos.*

*A mi familia en Barcelona: Agustina Pilegi, Lya Sigala, Ana Prioste, Federico Corona, Ana Godoy, Carla Pellitteri, Roser Font Torné, Laura Garavano, Angie Speroni, Jorge Paz, Eduardo Basaldúa y Ramón Valdés.
Me sentí más acompañado que nunca.*

A mi tutora Piedad Aladro por ser la primera en confiar en mí y apoyar cada proyecto y a mis profesores de la UNAM por compartir su experiencia.

*A los queridos Juan Luis Linares y Iolanda D'Ascenzo
por las oportunidades brindadas en su ETF.*

Por preguntarme hace tanto-¿Ahora qué más?- y sembrar las expectativas cumplidas en este posgrado. Gracias Eibar.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	6
--------------	---

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

1.1.1. Características del campo psicosocial	7
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias	10
1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	12

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

1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”	13
1.2.2. Centro Comunitario “Julián Mc Gregor”	14
1.2.3. Centro Comunitario “Los Volcanes”	15
1.2.4. Centro Comunitario “San Lorenzo”	16
1.2.5. Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	17
1.2.6. Instituto Nacional de Rehabilitación	19
1.2.7. Hospital de la <i>Santa Creu i Sant Pau</i>	20
1.2.8. Análisis sistémico de las sedes	22
1.2.9. Trabajo y participación en las sedes	23

II. MARCO TEÓRICO

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

2.1.1. Teoría General de los Sistemas	27
2.1.2. Teoría Cibernética	29
2.1.3. Teoría de la Comunicación Humana	30
2.1.4. Constructivismo	31
2.1.5. Construccinismo Social	32

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

2.2.1.	Modelo Estructural	34
2.2.2.	Modelo Estratégico	40
2.2.3.	Modelo de Terapia Breve orientada al Problema (MRI)	46
2.2.4.	Modelo de Soluciones	50
2.2.5.	Modelo de Milán	56
2.2.6.	Modelos derivados del Posmodernismo	62
2.2.6.1.	Terapia Narrativa	65
2.2.6.2.	Terapia Colaborativa	67
2.2.6.3.	Equipos Reflexivos	70

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Habilidades clínicas terapéuticas 72

3.1.1.	Integración de expedientes de trabajo clínico	
3.1.1.1.	Familia M: “ <i>Presos de la desconfianza</i> ”	73
3.1.1.2.	Familia E: “ <i>Viviendo siempre con angustia</i> ”	85
3.1.2.	Análisis de tema pertinente a los casos reportados	96
	La pareja y su participación en la construcción de alternativas en Terapia Familiar	

3.2. Habilidades de investigación

3.2.1.	Elaboración de la “Escala de Competencias Paternas”	109
3.2.2.	Reporte de Investigación Cuantitativa: “Empatía y Funcionamiento Familiar”	119
3.2.3.	Investigación Cualitativa: “Abuso Sexual Infantil”	128

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria

3.3.1.	Productos tecnológicos	140
3.3.2.	Programa de intervención comunitaria	144
3.3.3.	Reporte de asistencia a foros académicos	147

3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1.	La preparación del Terapeuta Familiar	151
3.4.2.	La confidencialidad dentro de la Terapia Familiar	152
3.4.3.	Abuso, violencia y sus consideraciones	153
3.4.4.	Los códigos éticos	154

IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas	156
4.2. Incidencia en el campo psicosocial	157
4.3. Reflexión y análisis de la experiencia	158

REFERENCIAS	162
--------------------	-----

LA PAREJA ESTABLE Y SATISFACTORIA

PROTAGONISTAS DE ALTERNATIVAS Y SOLUCIONES FAMILIARES

INTRODUCCIÓN

En el presente Reporte de Experiencia Profesional se integran las diferentes actividades, análisis, experiencias académicas y productos elaborados durante la formación como alumno de la 10ª Generación de la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); con dicho contenido se pretende analizar y evaluar los conocimientos, habilidades y competencias adquiridas durante la residencia.

Dentro del marco de la búsqueda de alternativas terapéuticas para las diversas problemáticas familiares, este trabajo destaca el «*mirar a la pareja*», incluyendo la relevancia que se le da dado a ésta dentro de la terapia sistémica pero alejándola de determinismos culpabilizantes con ayuda de las terapias con orientación posmoderna, para concebirla entonces como una entidad colaboradora en la construcción de las soluciones y los caminos buscados por los consultantes.

En el primer capítulo se considera el contexto y la problemática de las familias mexicanas como campo de acción del Terapeuta Familiar, se analizan las condiciones psicosociales que caracterizan el contexto actual, los problemas relacionados y presentados por las familias, así como la forma de trabajo en las sedes de entrenamiento clínico del programa.

En el capítulo II se abordan las teorías que delinearon la epistemología de la terapéutica familiar sistémica y posmoderna incluyendo la Teoría General de los Sistemas, Teoría de la Comunicación Humana, Teoría Cibernética, Constructivismo y Construccinismo Social; así como el análisis de los modelos de intervención asociados a la Terapia Familiar Sistémica y los modelos Posmodernos con sus diferentes principios teóricos metodológicos.

Como muestra del desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales, se incluye en el capítulo III la integración de expedientes de trabajo de las familias atendidas en la línea de las habilidades clínicas; las investigaciones realizadas con las diferentes metodologías cuantitativa y cualitativa; la información de actividades y productos elaborados para la difusión del conocimiento; y las consideraciones éticas de la práctica profesional.

El capítulo IV comprende el resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas, su incidencia en el campo psicosocial y las reflexiones e implicaciones sobre la experiencia en la persona del terapeuta, el profesionista y el campo de trabajo.

CAPÍTULO I

CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

“La familia no es una entidad estática, está en proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales.”

Salvador Minuchin.

1.1.1. Características del campo psicosocial

A través de la historia se tiene evidencia de que el desarrollo del conocimiento y la tecnología influye y caracteriza cada área de la creación, relación y actividad humana. En su momento, la construcción de naves que cruzaron el mar y el cielo, los cables que hicieron posible conectar voces e imágenes (ahora su ausencia), así como las sustancias capaces de facilitar la cotidianidad con un detergente o prolongar la vida con un medicamento... han modificado el contacto humano en las dimensiones de tiempo y forma. Considerar que nos encontramos en una época de **grandes avances tecnológicos** no es nuevo. Desde que el humano tuvo la oportunidad de viajar a la inmensidad del espacio exterior o mirar al interior de la mente y el cuerpo, descubriendo micromundos que solo la fantasía concebía, parece que una constante es sorprendernos de lo descubierto o construido hasta el momento, en cada corte del tiempo.

Actualmente el desarrollo de las telecomunicaciones, que permiten abrir ventanas de un lado al otro del planeta en segundos, **el uso de internet** que ha llegado a popularizarse en México a 45.1 millones de usuarios en 2012 con un tiempo promedio diario de conexión por persona de 5 horas 1 minuto (AMIPCI, 2013) y la facilitación de la divulgación del conocimiento o el entretenimiento a través de estos medios; han influido en la transformación de diversos escenarios sociales, laborales, ideológicos o hasta académicos, como puede verse en la elaboración de este reporte, donde basta tener un dispositivo adecuado a la mano para acceder a información más actualizada. Cual «Aleph» que Jorge Luis Borges describiera casi a mediados del siglo XX y que retomara recientemente Paulo Coelho (2011), este «**objeto de objetos**» podía prometer ser en la ficción: un punto que concentraría la energía del Universo; donde el pasado, presente y futuro podría coincidir; donde sería posible recordar vidas pasadas y descubrir “*una nueva forma de amor que permitiera acercarse a la paz interior iniciando una nueva vida.*”

No importa la magnitud de lo logrado, es claramente **notable la extensión de lo pendiente**. Los avances tecnológicos no han logrado, a la par de su desarrollo, resolver muchas de las problemáticas del ser humano y su entorno (crítica posmoderna); paradójicamente es posible notar que ciertas dificultades de antaño: la inequidad social, la violencia o la incapacidad para construir relaciones interpersonales estables y satisfactorias; no solo no se han podido erradicar sino que se han incrementado y emergido otras situaciones que demandan nuevas adaptaciones.

Desde hace algunos años se habla de una «**nueva adicción**», cuando se considera al internet como una fuente de identidad más que una herramienta de ayuda para obtener el apoyo necesario, además Kraut y Kiesler (citados en Joinson, 2003) concluyeron que su uso puede fomentar las relaciones sociales *on-line* pero de-socializar a los usuarios de sus ambientes habituales; puede facilitar el establecimiento de relaciones de pareja que difícilmente podrían tener lugar por otros medios o contribuir a su disolución, ya que muchas personas son infieles a través de internet; puede incrementar la calidad de vida al invertir menor tiempo para hacer transacciones económicas o laborales pero representar una fuente de riesgo para el tiempo de ocio, cuando exceden los límites del juego o el consumo de pornografía.

Por otra parte los **problemas de pobreza, salud y educación** que han afectado históricamente la estabilidad de las relaciones desde la unidad básica de la familia, parecen matizarse por la creciente exposición a medios de comunicación que contribuyen a construir **ideales aspiracionales globales** que distan de las posibilidades que muchos contextos inmediatos ofrecen, abriendo el campo a una mayor frustración y a una de las respuestas que preocupa dentro del área de salud mental: la depresión, la cual se estima que ocupará el segundo lugar en 2020 como discapacidad mundial, después de las enfermedades cardiovasculares (OMS, 2010) y llegarán al primer lugar en el 2030 (World Federation of Mental Health, 2012).

Ahora países considerados desarrollados junto con los que históricamente han estado «en vías de desarrollo» han conocido y compartido lo cotidiano de éstos últimos; están cada vez más **amenazados por la marginación, el desempleo, el subempleo** y la falta de espacios que permitan desarrollar las potencialidades de los individuos al máximo. **La crisis económica mundial**, denominada Gran recesión desde el año 2008 al actual 2013, ha tenido un sello particular nunca antes visto, los especialistas la denominaron «*La crisis de los países desarrollados*» al ser iniciada en los Estados Unidos y afectar a países europeos como España, un país donde se produjeron los estragos más dramáticos con un desempleo registrado en el primer trimestre del 2013 del 27.3% con más de 6.202.700 parados (Del Pino, 2013).

La célebre frase de Porfirio Díaz: “**...México, tan lejos de Dios y tan cerca de los Estados Unidos**” lleva más de cien años vigente, lo padecido en el país vecino ha repercutido en las preexistentes características socioeconómicas del territorio mexicano donde la inequidad entre la población rural y la urbana han sido significativas, así como la distribución de la riqueza cuando se reconoce que el 45.5% de la población vive en pobreza, por debajo de la línea de bienestar

mínimo (CONEVAL, 2012). En estas condiciones, la educación que podría ayudar en la búsqueda de soluciones, ha sufrido estragos. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda del 2010, los habitantes de 15 años y más tienen 8.6 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más del segundo año de secundaria, en el **Distrito Federal de 10.5 grados de escolaridad** en promedio, siendo equivalente al primer año del bachillerato (INEGI). Pobreza y educación, variables históricamente relacionadas también con la salud, incluyendo la salud mental, han tratado de ser mejoradas por los gobiernos desde hace décadas con avances lentos.

De acuerdo al Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2010) las diversas transformaciones demográficas, económicas y sociales acontecidas en el país durante las últimas tres décadas han traído consigo importantes **cambios en la dinámica y estructura** de la población y los hogares mexicanos; la caída de la fecundidad y la mortalidad, aunada al incremento de la esperanza de vida de la población (que es de 76 años), el aplazamiento de la edad al matrimonio, el aumento del divorcio, las separaciones familiares, y el incremento de la migración internacional son algunos de **los factores demográficos** que han repercutido considerablemente en la reconfiguración de los hogares, de tal forma que hoy en día éstos son más diversos en cuanto a su tamaño y composición interna siendo **3.9 el promedio de miembros** a nivel nacional.

En México continúa una **tradición familiar importante** de acuerdo a que el **64%** de los hogares son **nucleares** (ambos padres con los hijos, un progenitor con hijos o una pareja sin hijos); **24%** son **ampliados** (formados por un hogar nuclear más otros parientes); **9%** son **unipersonales**; **1%** es **compuesto** (hogar nuclear o ampliado, más personas sin parentesco con el jefe del hogar) y **otro 1%** es **corresidente** (formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco) (INEGI, *op. cit.*).

Los factores económicos, políticos, comunicacionales y relacionales definen el rumbo de las familias. A pesar de las complicaciones contextuales, Borbolla (2003) abrevando en la ironía con su escrito de «La Familia Mexicana» expone: “a pesar del nudo de conflictos que también se generan en ella...**la familia representa un modelo insustituible**” (p. 205-206).

La familia mexicana se perfila paulatinamente como el resto del mundo a **la diversificación** que se debe: al incremento de hogares uniparentales, los divorcios en aumento, la reducción del tamaño de las familias, el incremento de la unión libre, las parejas del mismo sexo, la concepción de los hijos, la adopción y el interés de la regulación de estas dos últimas situaciones.

En la línea de interés del presente reporte, se observa que dentro de las características del contexto reconocidas, **las decisiones y acciones que modifican la estructura** del grupo de la familia y permiten o no el continuar con las funciones que se le atribuyen a esta unidad, **no recaen horizontalmente** en todos los miembros que la constituyen, sino en los integrantes de «la pareja» y a su habilidad para identificar alternativas de solución a problemas instrumentales y emocionales en contextos con una progresión de complejidad creciente.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias

Como revisaremos con el abordaje del pensamiento posmoderno y el construccionismo social, es posible considerar que la concepción de lo que representa un problema depende de la propia visión o del «instrumento» (modelo, área de conocimiento, etc.) que utilicemos para enfocar lo que se encuentra delante de nuestra mirada; esta visión es construida por las experiencias personales y los intercambios lingüísticos con un grupo humano por lo que podremos encontrar diferentes concepciones de la problemática familiar.

Macías (2012), quien introdujo la Terapia Familiar en México, distingue entre los **problemas que identifica la familia y los que observa el especialista entrenado**, estos tienen de común el ser considerados una amenaza para el bienestar emocional o físico de la unidad familiar, su funcionamiento o incluso su integridad para continuar como una unidad funcional; desde este punto de vista distingue dos categorías: los *problemas instrumentales* que requieren una organización y planeación definidas (problemas económicos, de salud física del cuidado y las labores del hogar entre otros) y los *problemas afectivos* que son los que dañan aspectos emocionales de la vida familiar.

De acuerdo a los indicadores de la Encuesta Nacional sobre las Dinámicas de las Familias en México (ENDIFAM, 2005), **siete son los motivos que constituyen la primera causa de conflicto** entre las familias mexicanas que declararon haber tenido al menos un pleito en el mes anterior al levantamiento de la encuesta. En el nivel nacional, y en orden de importancia, las causas de conflicto más frecuentes son: 1) *asuntos económicos*; 2) *problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad*; 3) *dificultades de convivencia o comunicación*; 4) *problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos, con la misma importancia que los atribuidos a las diferencias de carácter o de opinión*; 5) *cuidado y orden del hogar*; 6) *adicciones* y 7) *celos, infidelidad y violencia*. Estas causas dan cuenta del 88.7 % de los motivos verbalizados por los entrevistados como la primera causa de conflicto o pleito.

La información del párrafo anterior revela que las personas encuestadas **destacan problemas instrumentales sobre los afectivos**. Si bien es preciso atender los problemas que identifica y presenta la familia, es posible observar dentro del espacio terapéutico, que **muchos de los problemas instrumentales representan una fachada** en la que se encuentran problemas afectivos subyacentes. Es común que los padres acudan a consulta por las dificultades percibidas con sus hijos como problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, consumo de drogas, problemas de alimentación (anorexia, bulimia y obesidad) o las más diversas problemáticas; sin embargo, junto con estas inquietudes es frecuente que existan **problemas importantes en la relación de pareja** que afectan la dinámica familiar y generan síntomas; este tipo de situaciones dieron lugar al recurrente concepto sistémico de *las triangulaciones*. Si solo se presta atención a la fachada, es posible que aun restaurando ésta, el malestar migre a un nuevo síntoma.

Los problemas de pareja se pueden evidenciar en la disolución de esta. Entre 2001 y 2011 **se incrementó en 60% el número de divorcios** que se han llevado a cabo ante el registro civil (INEGI, *op. cit.*). En suma, son 813,149 casos; y en promedio para la última década se trata de 75,518 casos anuales, es decir, un promedio de 206 divorcios diarios en todo el país. Estas cifras indican que en el 2011, por cada 6 matrimonios hubo un divorcio, cifra que contrasta con la que existía en el año 2001, en el que por cada 11 matrimonios se registraba un caso de divorcio.

Rastreando las historias de las separaciones conyugales es común encontrar eventos violentos. Las situaciones de violencia intrafamiliar son recurrentes en México, el INEGI (*op. cit.*) registró que en uno de cada tres hogares en la Ciudad de México se registra algún tipo **de violencia emocional y/o física**. Entre las expresiones de violencia emocional se identificó en un 86% los gritos y 41% los enojos mayores; los maltratos más frecuentes en la violencia física correspondieron a un 42% golpes con el puño, 40% bofetadas y un 23% golpes con objetos. Las víctimas de estas agresiones fueron en el 44.9% los hijos(as) y el 38.9% los cónyuges.

La desarmonía conyugal representa una variable importante para el desarrollo de diferentes problemáticas en el sistema familiar. La hostilidad, el conflicto, el ambiente emocional poco nutritivo, la confusión, la apatía, la falta de claridad en los límites tanto para su concepción como para su aplicación, entre otras variables, pueden contribuir al **desarrollo de una sintomatología en cualquiera de los miembros**: trastornos del estado de ánimo asociados a depresión o ansiedad, trastornos de alimentación, consumo de drogas, así mismo problemas específicos de los subsistemas: bajo rendimiento o deserción escolar.

Las relaciones familiares pueden entonces contribuir al **desarrollo de un problema o representar un medio de contención emocional** ante situaciones desfavorables donde se involucran factores económicos como el desempleo o la falta de oportunidades; factores sociales como la discriminación o el *bullying* que muchos escolares enfrentan; y situaciones de salud como enfermedades, capacidades diferentes congénitas o por accidentes.

Las problemáticas mencionadas se encuentran presentes para tratamiento dentro de los espacios clínicos privados y públicos, algunas no con la frecuencia que tal vez ameritan. La constelación de variables que pueden concebirse, influir o interrelacionarse a un problema evidencian su complejidad. Como se ha revisado, dentro de esta gama, **las familias y los profesionales pueden coincidir o no** en la identificación de las problemáticas destacando, cada uno, un rubro en particular que puede ser: económico, intrapersonal, social, escolar, de salud, familiar, de pareja, emocional, comunicacional, etc.; sin embargo, el desarrollo de la teoría sistémica nos permite considerar las numerosas situaciones que pueden promover la disfuncionalidad y a la par incrementar las vías de acceso a alternativas que contribuyan a construir un panorama más deseable.

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

La Terapia Familiar Sistémica implica un **enfoque conceptual integrador y complementario** para una mejor comprensión de los problemas del ser humano (Macías, 2013). El desarrollo del pensamiento Posmoderno y sus terapias herederas de la producción sistémica, contribuyen a sumar alternativas dentro de los espacios clínicos que incrementan las herramientas o recursos e inciden en el margen de maniobra de los terapeutas.

No se pretende descalificar modelos preexistentes que han colaborado y demostrado su eficacia en la atención de diferentes problemáticas sino ampliar la consideración de variables y las posibilidades de abordaje (la complejidad). De esta forma el pensamiento sistémico permite enfocarse de acuerdo a la situación, problema, modelo terapéutico, persona o familia tratada: no solo en el pasado o el presente sino también en el futuro; no solo en lo cognitivo o conductual sino también en lo emocional; no solamente en el individuo y lo intrapsíquico sino en sus relaciones interpersonales y el contexto en el que se encuentra.

La Terapia Sistémica es entonces una aproximación teórica que **posibilita un amplio abordaje para atender las problemáticas instrumentales y afectivas** reconocidas en las familias y sus relaciones, donde puede destacarse uno de sus principales atributos que es la posibilidad de un trabajo terapéutico familiar (o grupal) donde se propone la comprensión de los elementos de interacción, comunicación y retroalimentación; permite así, atender los problemas relacionales como la convivencia, las reglas de ésta y la forma de hacer llegar los mensajes necesarios o deseados que superen o concilien las diferencias con el reconocimiento e intervención de los obstáculos para lograr mayor funcionalidad y bienestar de los interesados.

Por otra parte, se reconoce que **no es necesario que el grupo esté presente en la sesión para realizar terapia sistémica**, es decir, los fundamentos de ésta proponen que un cambio en el sistema puede generarse a partir de la modificación de uno de sus elementos. La terapia a nivel individual puede entonces llevarse a cabo bajo esta premisa por lo que en la evolución de las Terapias Posmodernas se reconoce y devuelve la mirada a la identidad, la subjetividad y recursos del individuo sobre lo externo pero con una visión de respeto y colaboración que las distinguen.

Finalmente, es posible reconocer algunas de **las ventajas de los modelos Sistémicos y Posmodernos** para su aplicación en las problemáticas señaladas como son: las modulaciones de terapias breves que se adecuan al contexto psicosocial actual, donde el tiempo y la economía intervienen en el acercamiento a un tratamiento; ser procesos terapéuticos que permiten mayor apertura y menor tensión de los consultantes al tratar de despatologizar o concebir una responsabilidad compartida en los problemas; considerar la alta complejidad de fenómenos como la violencia, las adicciones o los trastornos de alimentación; y presentar un alcance mayor en las intervenciones realizadas cuando se destinan a todo un sistema relacional.

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

1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

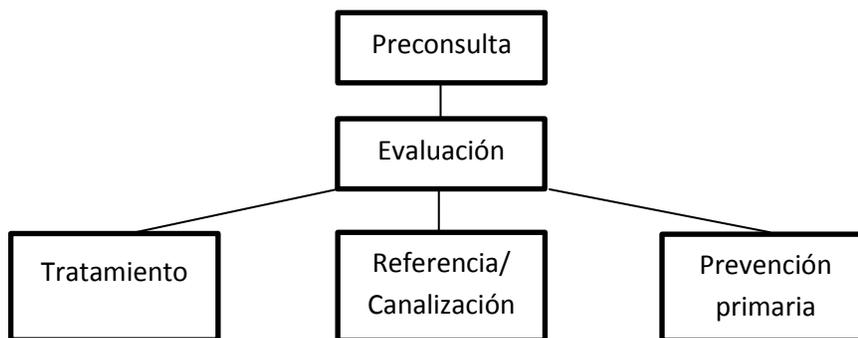
El CSP se encuentra en Av. Universidad 3004, Ciudad Universitaria, ubicado en el edificio destinado a la División de Estudios de Posgrado, en el sótano del Edificio “D” de la Facultad de Psicología actualmente la Jefa del Centro es la Dra. Andrómeda Valencia Ortiz.

Fue inaugurado oficialmente el 08 de mayo de 1981 y **los objetivos** vigentes son: ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada en los niveles de estudios superiores y posgrado; proporcionar al estudiante una enseñanza práctica y supervisión directa; ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación; y ser una sede que ofrezca servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social.

Se ofrecen **servicios de intervención terapéutica** a nivel individual, de pareja, familiar y grupal para todo tipo de problemáticas con diferentes enfoques terapéuticos: Psicodinámico, Humanístico, Cognitivo, Cognitivo-Conductual y Sistémico. Proporciona **servicios de evaluación** con aplicación de pruebas psicológicas o peritajes y se aborda la **prevención y la capacitación** con talleres de desarrollo de habilidades sociales, desarrollo emocional, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales.

Los servicios que ofrece el CSP se comportan como puede observarse en la figura 1.

Fig. 1. Servicios del centro de servicios psicológicos.

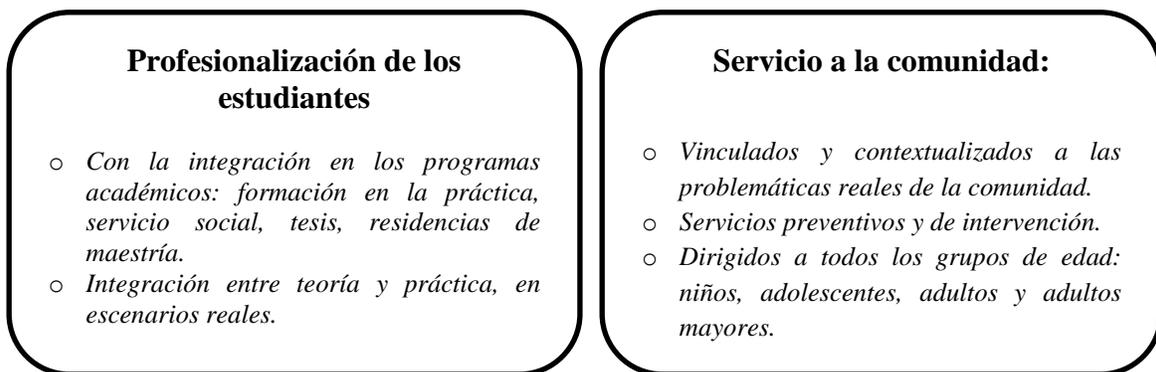


Actualmente el centro se encuentra incorporando la terapia vía internet, considerando las facilidades que ofrece esta para los consultantes y evaluando las características que presenta este proceso.

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

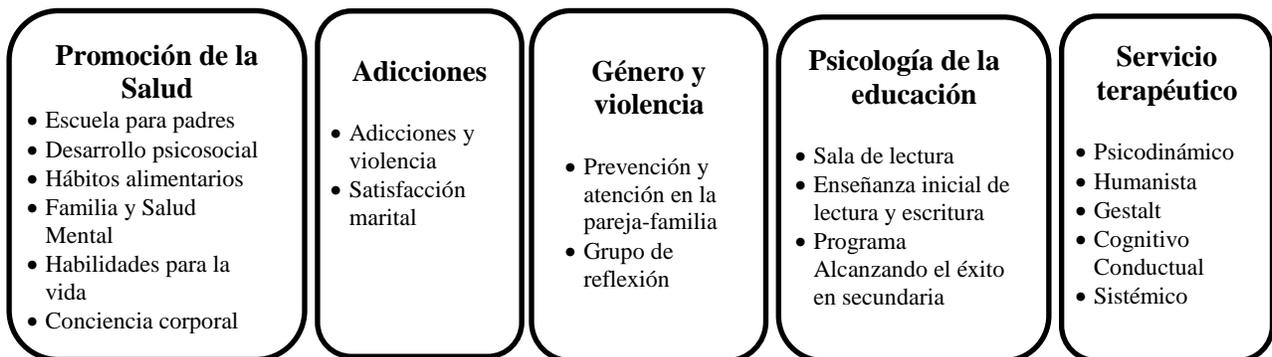
El centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” pertenece a los Centros de Servicios Psicológicos de la UNAM y se encuentra en la Calle Tecacalo Mz. 21, Lt. 24, Colonia Ruiz Cortines, de la Delegación Coyoacán. Este espacio ubicado en el sur de la ciudad desde hace 25 años presta servicios que cumplen dos objetivos: la profesionalización y el servicio comunitario. La directora del centro comunitario es la Dra. Noemí Díaz Marroquín. Actualmente participan 14 profesores/as especialistas en diferentes temáticas de la Psicología y estudiantes de licenciatura y maestría comprometidas/os con nuestra profesión y con la comunidad. Son dos los **objetivos** que delinear al Centro Comunitario que se pueden observar en la figura 2.

Fig. 2. Objetivos del centro comunitario.



En el Centro Comunitario se **cuenta con 5 programas** a partir de los cuales se organizan las actividades tanto académicas como de servicio a la comunidad, estos programas se muestran en la figura 3. Se implementan **diferentes actividades** dentro de estas líneas de trabajo como: talleres, conferencias, grupos de reflexión, pláticas informativas y ciclos de cine debate.

Fig. 3. Programas del centro comunitario.

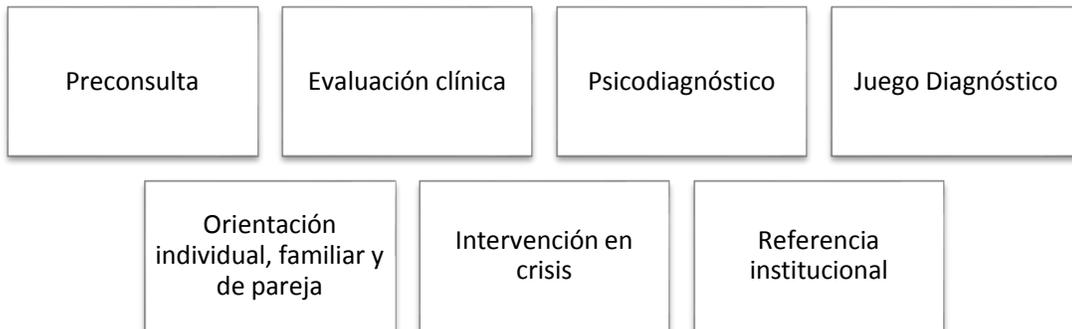


1.2.3. Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

Surgió por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, ante la necesidad de atender el incremento de problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones, en la población del sur de Tlalpan. A partir del convenio establecido con la Facultad, este Centro fue inaugurado en noviembre de 2004. Participan en el centro los quienes realizan **servicio social, residentes de maestría y voluntarios** proporcionando **servicios de atención psicoterapéutica** a niños, adolescentes y adultos (ver fig. 4). La formación en la práctica y el servicio social se realizan bajo la estrecha supervisión de los responsables académicos siendo la jefa del centro la Lic. María Asunción Valenzuela Cota.

Las **principales problemáticas de la zona** son: 1) altos índices de pobreza y marginación, 2) desintegración familiar y violencia, 3) presencia de drogas (principalmente alcohol, tabaco, marihuana, cocaína e inhalantes). **Su objetivo general** es contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación, bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas de competencia, desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología, que permite la aplicación de sus conocimientos en la solución de necesidades psicológicas en el ámbito comunitario.

Fig. 4. Servicios del centro comunitario “Los Volcanes”.



Entre las actividades se encuentra el **programa clínico-asistencial** atendido por estudiantes de Psicología del 9° Semestre y egresados quienes realizan **programas de prevención** en modalidades de: conferencias, talleres, cine debate entre otras; así como **prácticas profesionales supervisadas**. Los **Servicios de Atención Clínica Especializada** realizados por terapeutas y residentes de maestría incluyen: *Psicoterapia Individual, Psicoterapia Familiar y de Pareja, Psicoterapia Grupal, Terapia de Integración Sensorial y Psicoterapia de Juego*.

1.2.4. Centro Comunitario “San Lorenzo”

El Centro de servicios psicológicos San Lorenzo pertenece a la Fundación Bringas Haghenbeck, **una institución de asistencia privada** cuyo objetivo es crear y operar establecimientos que fortalezcan el bienestar de niños, jóvenes y adultos. El Centro Comunitario San Lorenzo comenzó operaciones en el 2004, éste se encuentra ubicado al oriente de la Ciudad de México en San Lorenzo no. 2117 colonia San Juan Xalpa en la delegación Iztapalapa. Este centro comunitario ofrece **diversos servicios**: educativos, deportivos, salud preventiva, sociales, culturales y de recreación.

La fundación se centra en tres áreas:

- **Tercera edad.** El objetivo en esta área es brindar un ambiente positivo a la persona de la tercera edad que garantice su desarrollo, crecimiento, armonía y bienestar general. Para cubrir este objetivo, la fundación cuenta con tres lugares de residencia dentro del Distrito Federal: “*San Francisco*”, “*Las Magnolias*” y “*Teodoro Gildred*”.
- **Educación:** En esta área el objetivo es formar chicos que confíen en sí mismos, con autonomía que les permita vivir una infancia plena y con capacidad de enfrentarse a los retos en el futuro escolar y social. Cuenta con tres instituciones: “*Salud, educación y recreación Maella Chalco*”, “*Centro comunitario San Lorenzo*” y “*Jardín de niños Maella Iztapalapa-Chalco*”.
- **Desarrollo comunitario:** El objetivo es promover en la población estilos de vida saludables que fomenten un mejor desarrollo físico, mental y social de la comunidad abordando las áreas de salud, educación y recreación. Las instituciones que ofrecen estos servicios son: “*Maella chalco*”, “*Centro Comunitario San Lorenzo*” y “*Trapos, trapitos y algo más....*”.

El **objetivo dentro de la coordinación de psicología** de este centro comunitario es brindar atención psicológica de calidad a niños, adolescentes y adultos, en las diversas modalidades Terapia Individual, Terapia de Pareja y Terapia Familiar. Participan **voluntarios de licenciatura y de posgrado** de diferentes universidades entre ellas la UNAM y la UAM. Las residencias de posgrado que brindan atención psicológica son Terapia Familiar Sistémica, Psicoterapia para Adolescentes, y Terapia Infantil. Los enfoques que predominan en el trabajo con los pacientes son el **Modelo Sistémico, Psicoanalítico, Gestalt y Cognitivo Conductual**. El área de psicología cuenta con 8 consultorios para el trabajo con la población, un cubículo para el coordinador, una sala de espera, recepción y un cubículo para terapeutas.

1.2.5. Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”

Al paso de los años en el Manicomio General se crea la necesidad de dar al niño con trastornos mentales una atención diferente a la del adulto; al cierre de "La Castañeda", se separan adultos y niños, construyéndose entonces el Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro en la zona de Tlalpan ubicado en la Av. San Buenaventura No. 86 Col. Belisario Domínguez; fue inaugurado el 24 de octubre de 1966 y otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación). Los servicios se proporcionan de forma continua e integral. La Directora del Hospital es la Dra. Dora María Pérez Ordaz.

El Hospital presenta **atención en dos modalidades:**

1. Consulta no urgente:

- Problemas emocionales.
- Problemas conductuales.
- Problemas mentales secundarios al abuso de sustancias.
- Problemas mentales secundarios al maltrato negligencia o abuso,
- Problemas mentales secundarios al desarrollo neurológico o físico.
- Problemas mentales secundarios a alteraciones en la dinámica familiar.

2. Atención Urgente: (es requerido para la hospitalización)

- Conducta agresiva incontrolable.
- Intento de suicidio reciente.
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Inquietud y agresividad incontrolable.
- Fallas graves de conducta no controladas con la intervención de la familia.

Los **servicios ofrecidos** son:

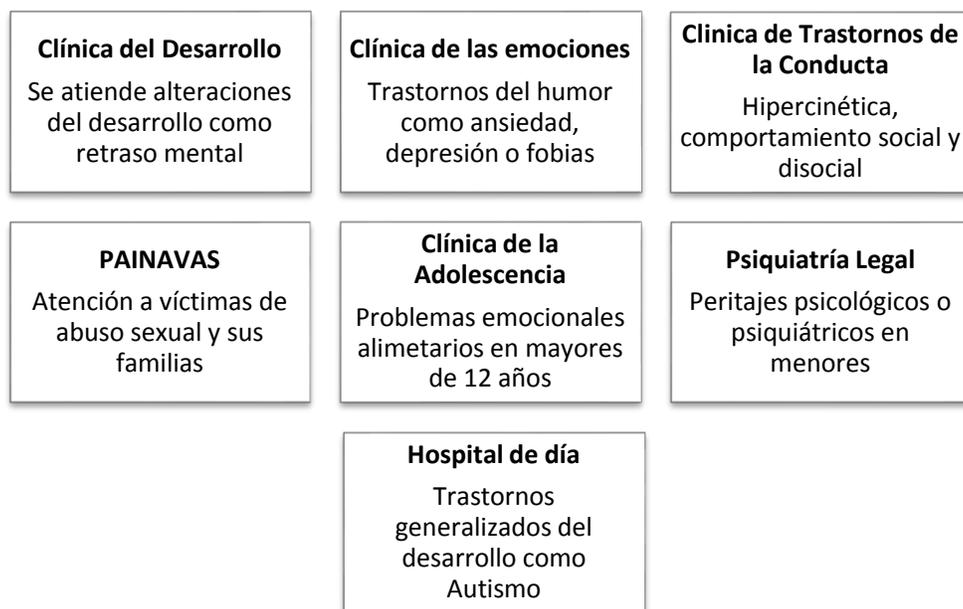
- Consulta externa
- Atención de urgencias
- Hospitalización
- Hospital de día

El Hospital está dividido en **cuatro unidades de hospitalización**: 1) La unidad de **Adolescentes Varones**; 2) PAIDEIA para problemas por **consumo de sustancias psicotrópicas**; 3) la unidad de **Adolescentes Mujeres**, para pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos, así como a pacientes con farmacodependencia simple y complicada y 4) la unidad de **cuidados prolongados para niños** con retraso mental grave de quienes se ignoró el origen.

Desde hace dos décadas se trabaja en el fomento y operación del **tratamiento inter y multidisciplinario** que incluyen los servicios de psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y servicios médicos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitatorios de apoyo. Partiendo de este plan se han integrado equipos de trabajo que se han dividido por psicopatología y etapas de desarrollo. En cuanto al área de consulta externa se inició con una consulta general, sin embargo al pasar el tiempo se vio la necesidad de integrar clínicas para trastornos específicos en base a la población que demandaba atención con un **alto grado de subespecialización**.

La **consulta externa está dividida en 7 clínicas** cuya atención se observa en la Fig. 5.

Fig. 5. Clínicas de consulta externa del Hospital "Juan N. Navarro".



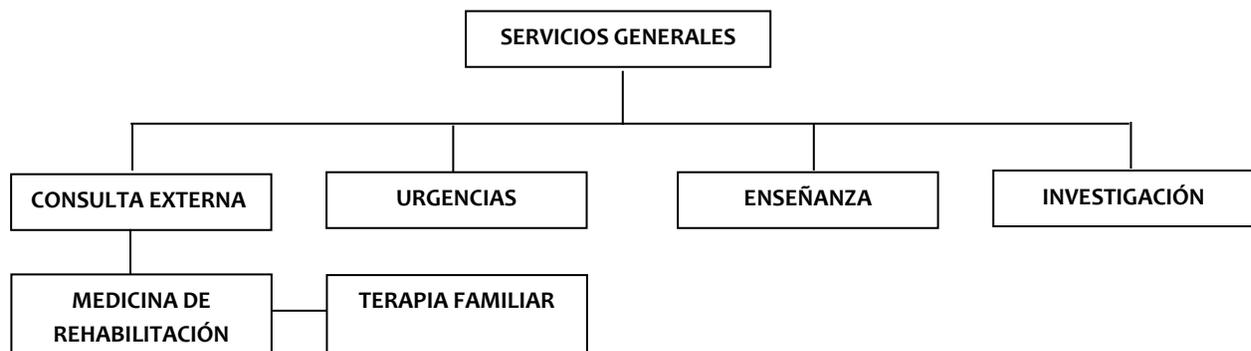
En el Hospital se ofrecen **servicios adicionales de apoyo** entre los que se encuentran: Neuropediatría, Pediatría, Dental, Medicina Física, Rehabilitación, Laboratorio, Rayos "X", Electroencefalografía y Rehabilitación Psicosocial. También **se ejerce la docencia** en el servicio con médicos residentes, psicólogos, trabajadores sociales, pedagogos, enfermeras generales y con la especialidad en psiquiatría, terapia familiar, rehabilitadores y maestros de educación física, así como la realización de protocolos de investigación.

1.2.6. Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

El Instituto Nacional de Rehabilitación, se funda en 1973 por la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana, a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), proporciona **servicios para la rehabilitación** de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, cardiorespiratorio; problemáticas de audición, voz, lenguaje, entre otras; así como lesiones, incluidas las deportivas. Se ofrecen tratamientos integrales que incluyen los aspectos físico, psicológico, social y ocupacional de cada paciente, con la participación activa del **equipo multidisciplinario** que incluye la intervención de la familia y la comunidad.

El instituto forma y capacita recursos humanos para la rehabilitación y **desarrolla investigación** científica que permite el más amplio y preciso conocimiento de: los fenómenos epidemiológicos de la discapacidad; las acciones para prevenirla y detectarla precozmente; los mecanismos fisiopatológicos y de aquellos que actúan para su recuperación o compensación; la sustitución de órganos, tejidos y funciones dañadas; los recursos de diagnóstico y tratamiento y del desarrollo tecnológico para la producción de prótesis, órtesis, implantes y ayudas técnicas. Aborda aspectos de la familia y la comunidad relacionados con este problema.

Fig. 6. Línea de acceso a terapia familiar en el INR.



El **servicio de terapia familiar dentro del INR** pertenece al área de medicina de rehabilitación, fue creado en el año de 2003. Aparte del servicio de consulta externa que brinda, desarrolla investigación y actividades de formación y enseñanza con personal adscrito al Instituto, estudiantes de la UNAM y el Instituto de la Familia. El Jefe de Servicio es el Dr. Froylán E. Calderón Castañeda. En las modalidades **individual, familiar y de pareja** se tratan **problemáticas** de: *violencia intrafamiliar, trastornos psiquiátricos, adicciones, problemas de normas y límites, depresión, ansiedad extrema, síndrome del cuidador, falta de atención familiar, sobre-involucramiento familiar y familias en crisis.*

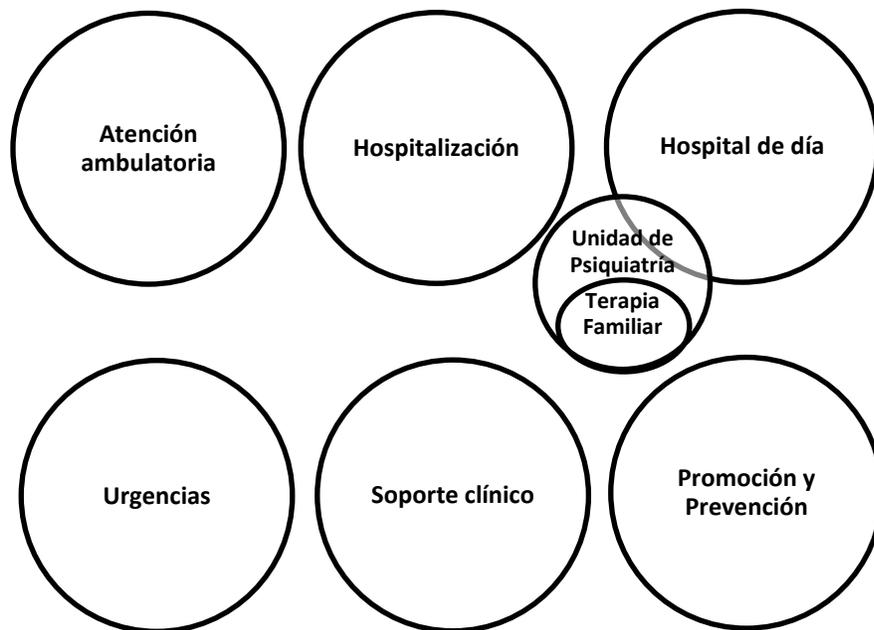
1.2.7. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

El Hospital de la *Santa Creu i Sant Pau* tiene sus orígenes en el año 1401 con la fusión de seis hospitales, es un **hospital de alta complejidad** con seis siglos de existencia, ubicado en la calle Sant Antoni Maria Claret, 167 en Barcelona, España. Es un referente en Cataluña por sus servicios de excelencia, además de tener una notable incidencia en el resto del estado y proyección internacional. Sus ámbitos de actuación son: **asistencia, docencia e investigación**. El Hospital está abierto a la sociedad y a su entorno sanitario, se centra en las personas y es gobernado por el Patronato de la *Fundació de Gestió Sanitària*, dónde están representados la *Generalitat de Catalunya*, el Ayuntamiento de Barcelona y el Arzobispado de Barcelona.

La **cartera de servicios** de la *Fundació de Gestió Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* comprende la atención especializada ligada a:

- Actividades asistenciales de hospitalización, médicas, quirúrgicas y ambulatorias en consultas externas y hospitales de día.
- Actividades de apoyo a la atención primaria, hospitalización domiciliaria y atención paliativa a enfermos terminales.
- Actividades de soporte clínico de diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación y curas.
- Actividades de promoción, educación y prevención de las enfermedades y salud mental.
- Actividades de atención de urgencias durante las 24 horas del día.

Fig. 7. Área donde se desarrolla la Terapia Familiar en el Hospital de Sant Pau.



En los años ochenta, en torno a un centro de terapia familiar ubicado en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría, se crea la **Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau**, conectada a la Universidad Autónoma de Barcelona. Sus fundadores, **el Director Juan Luis Linares y la subdirectora Carmen Campo**, confluyen allí diversas influencias sistémicas.

Existe entonces un **contexto definido por la clínica psiquiátrica** y por la enseñanza universitaria de postgrado en el sector público, con contenidos que parten de los fundamentos estructurales y comunicacionalistas de la terapia familiar sistémica. El **modelo propio** que se ha ido configurando integra una sensibilidad social y crítica, que ha facilitado la incorporación de elementos narrativistas enlazando con el espíritu de las grandes reformas psiquiátricas de inicios de los setenta.

La ETF Sant Pau hace hincapié en la **investigación de los más graves trastornos mentales** (depresiones, psicosis, trastornos límite, etc.), en la convicción de que la exploración de sus bases relacionales está la manera de asegurar su deconstrucción como mecanismo clasificatorio de la conducta desviada. Desde esta perspectiva, no existe discontinuidad entre manifestaciones clínicas y personalidad, que no es sino la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente.

La ETF Sant Pau es **reconocida por diferentes asociaciones**, es miembro fundador de la Cámara de las Escuelas de Formación de EFTA (*European Family Therapy Association*), y está acreditada para formar Expertos en Intervenciones Sistémicas y Terapeutas de Familia y Pareja por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP).

Los **profesores** de la ETF Sant Pau son docentes acreditados, que poseen una amplia experiencia en la intervención sistémica y la psicoterapia, Tanto en ámbitos clínicos, como socio-sanitarios o educativos, así como en la docencia y formación de profesionales.

El **principal objetivo** de la ETF Sant Pau es capacitar a su alumnado para la práctica clínica de la Terapia Familiar y de Pareja, así como para la realización de Intervenciones Sistémicas en contextos no clínicos: Social, Educativo, Sanitario, Judicial, Institucional, etc.

La **investigación y la práctica terapéutica** constituyen también una finalidad prioritaria de la ETF Sant Pau así como el estudio de los desarrollos actuales en el abordaje familiar y la elaboración de proyectos, futuros programas de intervención familiar.

1.2.8. Análisis sistémico de las sedes

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” y el Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”, pertenecen a la **Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social (CCSCUSS)** que inició sus labores a partir de julio de 2001 por lo que puede destacarse el objetivo de consolidar estas sedes como lugares de práctica académica e investigación.

Con excepción del CSP “Dr. Guillermo Dávila” que se encuentra dentro de las instalaciones de Ciudad Universitaria e inició sus servicios para la atención de la comunidad de la UNAM, los centros comunitarios **se localizan en zonas marginadas de la ciudad** cuyos habitantes presentan problemáticas definidas por este contexto social desfavorable. El centro comunitario “San Lorenzo” por su ubicación, también presenta estas características de población con problemáticas multifactoriales de alta complejidad. Otra de las situaciones que caracterizan el trabajo en los diferentes centros comunitarios es la posibilidad de comunicación continua con las diferentes autoridades y una colaboración cercana con el personal coordinador que permiten la consideración de ajustes en la práctica o proyectos académicos propuestos.

Al ser instituciones que presentan una **importante función para la formación académica**, la atención que reciben los usuarios depende en gran medida de los horarios adecuados a las asignaturas, los espacios disponibles, los programas estudiantiles, así como los periodos vacacionales, por lo que a pesar de la oportunidad de obtener un servicio profesional a bajo costo, es posible observar que los usuarios deben adaptarse a estas configuraciones.

Si los usuarios logran adaptarse al horario en que se proporciona el servicio terapéutico, puede facilitar un pronóstico favorable, sin embargo puede surgir la imposibilidad de asistencia de acuerdo a las actividades de los miembros de la familia (horarios de trabajo, de clases, actividades recreacionales, etc.). Es común solicitar que la familia se comprometa con el proceso terapéutico que promete disminuir sus malestares y recobrar la funcionalidad pero se reconoce también que un padre no puede dejar el trabajo que permite cubrir necesidades básicas o los hijos faltar a la escuela para acudir frecuentemente a las sesiones familiares. Los tiempos de las instituciones y de los miembros de la familia atendida **deben confluir para lograr la atención**.

En el caso de los Hospitales reconocidos como sedes de entrenamiento: el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” y el Instituto Nacional de Rehabilitación que son dependientes de la **Secretaría de Salud**, al ser instituciones gubernamentales, cuentan con personal laboral de tiempo completo y debido a la magnitud de la población atendida, los contextos de los usuarios pueden ser más diversos. Al incrementar la diversidad y especialización de los servicios en estas

instituciones; los recursos disponibles de personal y espacios resultan también insuficientes, teniendo que programar citas con una frecuencia quincenal o mensual aunque no estén determinadas en ocasiones por el sustento teórico de un modelo terapéutico específico (como lo propone el Modelo de Milán) sino por la imposibilidad de una atención con mayor periodicidad.

En estos hospitales, el contacto con los niveles directivos, áreas o servicios con los que no se tenga comúnmente comunicación es complicado, **generalmente se encuentran alienados** y para superar dichas brechas se requiere en ocasiones de diversos trámites burocráticos que dibujan límites rígidos y poco permeables ante las propuestas de niveles subordinados.

Las sedes de entrenamiento no solo se definen por el rubro de la institución, se involucran como se ha revisado: los recursos materiales, los recursos humanos, las reglas, las relaciones que existen dentro de la organización y las características de la población atendida por una determinada ubicación física de las instalaciones.

1.2.9. Trabajo y participación en las sedes

1. Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”. En el primer semestre de la Residencia participé en el servicio de preconsulta del CSP realizando entrevistas a usuarios que solicitaban terapia con el objetivo de identificar las demandas explícitas y subyacentes de los individuos para canalizar a la atención individual o en la modalidad de pareja o familia. La actividad tenía el beneficio de comenzar a ampliar la visión de las problemáticas y los recursos que ofrecían los contextos de los consultantes. Al ser el primer semestre un periodo introductorio de la epistemología de la Terapia Familiar las actividades en el centro consistían en la observación de los profesores de las asignaturas prácticas. En semestres posteriores participé como observador, integrante de equipo reflexivo, coterapeuta y terapeuta con las asignaturas supervisadas del Modelo Estructural, Modelo Estratégico, de Terapias Breves, Modelo de Milán y Terapia Narrativa.

2. Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”. Se realizaron asistencias con frecuencia quincenal en horario vespertino a partir del tercer semestre de la residencia. El ingreso a la práctica clínica en este centro comunitario precisaba conocer las características de la población atendida por lo que en un primer momento se conocieron los antecedentes del lugar. Se revisaron las solicitudes de consulta con problemas relacionales de pareja o familia para su atención en coterapia. Las actividades realizadas fueron de participación como observador a través de un sistema de videocámaras con las que cuenta el centro y como coterapeuta de una problemática de pareja.

3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. A lo largo del segundo y tercer semestre la residencia, la participación en el Hospital se realizó con una frecuencia semanal en horario matutino. Dentro del área de Terapia Familiar del Hospital fungí inicialmente como terapeuta único pero debido a la falta de espacios para atender a los pacientes, implementamos junto con la responsable del área, la flexibilidad para intercalar coterapias, así como la moderación de un grupo de padres con hijos diagnosticados con autismo.

4. Hospital de la “Santa Creu i Sant Pau”. Participé durante el primer semestre del 2012 como miembro del equipo de observación en supervisiones directas e indirectas de los estudiantes del *Master en Terapia Familiar* de ese lugar, con la asistencia a los seminarios teóricos realizados, que sumaban más de 25 horas semanales y ejerciendo como coterapeuta con dos profesoras en terapias con temáticas de terapia de pareja y el trastorno límite.

En las sedes de **los centros comunitarios de San Lorenzo, Los Volcanes y el Hospital Nacional de Rehabilitación** la experiencia fue indirecta, conociendo únicamente la información de las condiciones y modalidades de trabajo a través de vivencias de compañeros mi generación.

En cada uno de estos escenarios se pusieron en práctica modelos terapia que desarrollados con propuestas teórico metodológicas de la Terapia Familiar sistémica y posmoderna cuyos fundamentos se revisan en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

La Terapia Familiar para la comprensión de los problemas psicológicos que involucran las interacciones dadas en los grupos sociales, ha tenido como base la Teoría General de los Sistemas junto con la Epistemología Cibernética de segundo orden. Estos dos enfoques aunados a las aportaciones de la Teoría de la Comunicación Humana, han favorecido la concepción de los distintos modelos de intervención terapéutica: estructurales, estratégicos, de terapias breves, el modelo de Milán y el enfoque de soluciones. A través de la evolución de éstos modelos con sustento sistémico, aparecieron diversas concepciones sobre cómo se construye la realidad que dieron lugar a diferentes críticas a la forma de realizar la terapia. Inspiradas en la línea de pensamiento del Posmodernismo, surgieron dentro de este nuevo marco epistemológico, alternativas terapéuticas como el modelo Narrativo, el Colaborativo y el trabajo con Equipos Reflexivos que revisaron las ideas del Constructivismo y finalmente incorporaron aquellas del Construccinismo Social; destacando el papel del lenguaje en la experiencia de las personas. En este capítulo se revisan las teorías, líneas de pensamiento y modelos mencionados.

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

“No me muerdas el dedo, mira lo que señalo con él”.
Warren S. McCulloch.

A finales del siglo XX se presentó un paradigma científico de naturaleza esencialmente nueva cuando algunos representantes de disciplinas como: la física, química, sociología, antropología, informática, psicología y ecología; dejaron a un lado el modelo reduccionista o mecanicista que partía de la premisa de aislar los elementos del universo observado y fragmentarlo para estudiarlo de forma analítica con el fin de predecir o determinar su comportamiento individual. El punto de vista sistémico enfatizó el no aislar los elementos necesariamente y en cambio “relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca” (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 35).

Las ideas sistémicas que dieron lugar a la Terapia Familiar se empezaron a gestar en la construcción de dos grandes cuerpos teóricos: La Teoría General de Sistemas (TGS) desarrollada por el biólogo vienés Ludwig von Bertalanffy en 1949 y la Cibernética nombrada por el físico inglés Norbert Wiener en 1946; sus conceptos tienen ideas fecundas que permitieron su aplicación en el campo de la salud mental y sirvieron de base para construir explicaciones más amplias y complejas de las que derivaron otras teorías que se alejaron paulatinamente de su procedencia (Eguiluz, 2004).

La idea de combinar los descubrimientos en matemáticas, la ingeniería y la fisiología con teorías propias de áreas consideradas humanistas es formulada durante una serie de conferencias multidisciplinares a partir de 1942 en la ciudad de Nueva York conocidas como **las conferencias de Macy**, nombre recibido por la institución que las auspiciaba: la *Josiah Macy Foundation*; los antropólogos Gregory Bateson y su esposa Margaret Mead junto con el economista dedicado a tareas filantrópicas Lawrence Frank, se identifican como los responsables de organizar estas conferencias (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Existen diferentes visiones sobre el grado de influencia de estas teorías sobre la terapia sistémica. De acuerdo a Vargas (2004, p. 22): “cuando se desea reflexionar sobre las fuentes conceptuales de la terapia sistémica, es indispensable hablar del pensamiento cibernético... y resulta más lejana a la luz del rastreo histórico, la influencia de la TGS”; sin embargo, es posible observar que los conceptos de TGS son retomados constantemente para las metáforas de los modelos terapéuticos de la familia y ha cumplido con una meta propuesta por su creador Bertalanffy y que es descrita por Eguiluz (2001, p. 108): “...encontrar un lenguaje común que sirviera de unión entre las diversas ciencias especializadas, lo que permitiría el intercambio de conocimiento entre los científicos, haciendo aumentar el caudal de la ciencia en su totalidad.”

La Teoría de la Comunicación Humana (TCH), tal vez por ser generada dentro del marco de un modelo específico: el del *Mental Research Institute* (MRI), es destacada en menor medida dentro de la literatura que ha abordado históricamente el plano de la fundamentación teórica de la terapia sistémica pero es integrada continuamente a partir de su concepción en diversos modelos terapéuticos. Bertrando y Toffanetti (*op. cit.* p. 144) consideran que con la TCH: “Watzlawick, Beavin y Jackson se convierten en los verdaderos padres fundadores de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica”.

Como se ha revisado, la TGS y la Cibernética no nacen en el territorio de la Terapia Familiar, pero han sido la base para comprender problemas psicológicos al tomar en cuenta las interrelaciones que se dan en los grupos sociales. Observar la conducta en interacción continua con el contexto y el enfoque de mutua determinación entre ambos ha permitido comprender los procesos de cambio y retroalimentación que se dan en dichas relaciones. La inclusión del observador en el sistema y su participación en el sistema observado, permitió explicar cómo influyen los sistemas de observación en la construcción de la experiencia humana y en particular

en el trabajo terapéutico. Estas ideas junto con las aportaciones de la Teoría de la Comunicación Humana han configurado los modelos de intervención terapéutica estructurales, estratégicos, de terapias breves, el modelo de Milán y el enfoque de soluciones.

Con el movimiento e ideas del Posmodernismo desarrolladas en la segunda mitad del siglo XX se originaron diferentes críticas en el campo del conocimiento y surgieron nuevas explicaciones sobre cómo se construye la realidad, sobre el papel que juega la construcción de significados y el lenguaje en la experiencia de las personas; los principios del Constructivismo y el Construccinismo Social, que contemplan dichas cuestiones con diferentes explicaciones, generaron un marco epistemológico donde han surgido otras alternativas terapéuticas como los modelos narrativos, los enfoques colaborativos y los equipos reflexivos.

A continuación se exponen las generalidades y conceptos de las teorías y modelos mencionados que han tenido un fuerte impacto en la intervención de problemas de salud mental dentro de la tradición de la Terapia Familiar.

2.1.1. Teoría General de los Sistemas

A partir de la TGS, desarrollada por el biólogo **Von Bertalanffy** (1995), se parte del supuesto de que cualquier fenómeno, “sin importar que sean de naturaleza, física biológica o sociológica” (p. 33), podía ser entendido como un sistema formado **por partes o elementos**, en donde éstos se encuentran **interconectados**, por lo tanto, dichos elementos **se ven afectados** por el todo, de la misma manera que el todo es afectado por las partes.

La TGS ha ofrecido a partir de lo anterior, una forma de comprender y abordar los problemas en terapia (y en otros ámbitos); cobrando principal importancia en el análisis de un grupo como lo es la familia. Dentro de los sistemas conformados por humanos, la **unidad sistémica más pequeña es el individuo** el cual está conformado, a su vez, por subsistemas orgánicos.

Los sistemas se explican y se rigen por leyes generales aplicables a cualquier organismo, independientemente de la naturaleza de sus componentes. Para entender el todo es necesario hacer más que la suma de las partes, debido a que el todo es una entidad distinta, con características propias, conformada por elementos interrelacionados, por lo que no se puede explicar el todo conociendo sólo algunos de los elementos que lo conforman, esta propiedad es conocida como **Totalidad o sinergia**.

Eguiluz (2001) categoriza **los conceptos teóricos de la TGS en tres dimensiones**: el primero se refiere a la **clasificación y descripción** (sistemas abiertos y cerrados, orgánicos e inorgánicos,

sistemas jerárquicos, subsistemas, suprasistemas, etc.); el segundo engloba los conceptos de **regulación y mantenimiento** (conceptos de límites, homeostasis, entropía negativa, retroalimentación, etc.); y el tercer grupo de conceptos se refieren a la dinámica que lleva al **cambio o a la desintegración** de los sistemas (adaptación, aprendizaje, coevolución, ciclo vital, crisis, entropía positiva. A continuación se definen los conceptos principales de la TGS.

Los sistemas se clasifican en: **cerrados**, cuando están totalmente aislados y no permiten el intercambio de información con el medio; y **abiertos**, cuando hay cierta permeabilidad del sistema para con el ambiente. Todos los sistemas vivientes están abiertos al intercambio, con el medio que los rodea, de información, materia y energía, conservando un equilibrio dinámico (homeostasis) entre las entradas y salidas, posibilitando el cambio hacia el interior y el exterior. Los sistemas **abiertos son negentrópicos**, esto es que presentan una tendencia hacia la organización y el desarrollo, lo que se logra por medio de la retroalimentación, tanto positiva, como negativa.

La **Equifinalidad** es otra propiedad de los sistemas, explica que cualquier sistema puede llegar a un mismo estado final partiendo de condiciones iniciales distintas, y a través de diversos caminos. La **Equicausalidad** por su parte, indica que cuando el sistema parte de las mismas condiciones iniciales, puede llegar a estados finales distintos.

En los sistemas socioculturales, como la familia, hablamos de **Recursividad**, dado que, una vez que se ha cumplido un ciclo, el sistema ha atravesado por cambios, por lo tanto, aunque regrese a un punto de partida, no se presenta en las mismas condiciones que el primer evento.

Como **retroalimentación**: entendemos al proceso mediante el cual el sistema autoregula su comportamiento; es su capacidad de modificarse cuando se presentan cambios significativos en el medio. La **retroalimentación positiva** indica una cadena cerrada de relaciones causales en donde la variación de uno de los componentes se extiende hacia los demás, reforzando de esa manera la variación inicial, propiciando así un auto-reforzamiento de dichas variaciones; se asocia con los fenómenos de crecimiento y diferenciación. La **retroalimentación negativa** se asocia a los procesos de autorregulación que tienden al mantenimiento de la homeostasis.

La **Homeostasis** es el proceso de compensación interna mediante el cual el sistema mantiene estable, sin variaciones, su estructura; estos procesos se activan ante los cambios que se presentan en el medio, en caso contrario se presentaría el fenómeno de **Entropía** como una progresiva desorganización del sistema (caos), lo que deriva en una homogenización con el ambiente.

La **Entropía negativa** se entiende como la tendencia del sistema a aumentar su estado de organización a partir de la energía que importa del medio. Son procesos que se mantienen permanentemente entre el sistema y su medio.

La **Morfogénesis** o tendencia del sistema hacia el cambio y el crecimiento, es un proceso que posibilita la adaptación de los sistemas ante los cambios en el medio. Cuando no existe un proceso adaptativo sino de reforzamiento de conductas existentes se habla de **Morfostasis** que son los procesos de intercambio con el medio a través de los cuales el sistema se mantiene sin variaciones y que están directamente relacionados con la homeostasis y la retroalimentación negativa.

Los **límites** son a una barrera, imaginaria o real, que separa al sistema de su contexto; en el caso de las familias también se refiere a la diferenciación de cada uno de los individuos con el sistema familiar. Los límites se presentan por las generaciones y las funciones que cumplen los miembros, presentando al igual una **jerarquía** que: se refiere a la posición que cada uno de los elementos ocupa dentro del sistema en relación a su autoridad.

2.1.2. Teoría Cibernética

La **Cibernética** es la ciencia de la **pauta** y de la **organización** (Kenney, 1991) la cual se preocupa por los procesos de control y comunicación. De acuerdo con Winner, quien bautiza la disciplina a partir del griego que significa “timonel”, la cibernética es el estudio del control y de la comunicación en el animal y la máquina”, mientras Bateson la reconoce como “la rama de la matemática que estudia el control, la recursividad y la información” (en Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*, p. 60).

La cibernética puede concebirse como el estudio de los mecanismos de regulación como la retroalimentación o **feedback**, la cual parte del principio de que cada uno de los elementos que conforman a un sistema deben comunicarse adecuadamente entre sí, con el fin de poder desarrollar interrelaciones coherentes, ya que sin comunicación el orden sería imposible. De esta manera se fundamenta el concepto de la **circularidad**, para la manutención de un equilibrio dinámico.

Así dentro de este primer momento de la cibernética podemos reconocer procesos de la **retroalimentación negativa** que ayuda a impedir o a regular el cambio en el sistema, los cuales pueden evidenciarse en el contexto de la terapia familiar en las reglas familiares, los mitos familiares o algunos patrones interactivos.

La **cibernética de segundo orden** se concibió como la cibernética de los sistemas observantes en contraste con la cibernética de los sistemas observados (Sluzki, 1987), en donde hay una necesidad de entender los límites de los sistemas, es decir, hasta qué punto el observador es parte o no del sistema.

Al **incluir al observador dentro de lo observado**, estamos advirtiendo que la neutralidad es sólo una ilusión, ya que al estar éste implicado en el sistema que observa significa que su subjetividad está en juego. Lo que debemos comprender es por tanto, que la objetividad, se traduce en el intento de acceder a premisas que son en sí mismas verdaderas, y por lo tanto no existe.

Lo único que nos lleva es a la negación del otro, ya que como el terapeuta puntúa su realidad, su visión siempre será la correcta y por tanto, la del otro incorrecta, ya sea por desinformación o porque ésta equivocado. Maturana (1993) menciona que debemos acceder a una **objetividad entre paréntesis**, en donde existen múltiples percepciones genuinas de una realidad, que va a depender de distinción de cada terapeuta.

La principal consecuencia que de esto se deriva para la terapia familiar es que en calidad de observador, **el terapeuta pasa a formar parte del sistema**, que se transforma de familiar a terapéutico, y en donde éste deja de ser un agente de cambio para la familia, transformándose en actor que introduce cambios significativos que faciliten la obtención del objetivo terapéutico.

2.1.3. Teoría de la Comunicación Humana

Esta teoría fue desarrollada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1989), partiendo del supuesto de que toda conducta tiene valor de comunicación, postularon cinco **axiomas** de la teoría de la comunicación humana:

- *Es imposible no comunicarse.* Toda conducta es comunicación, y en tanto que es imposible dejar de comportarse, también es imposible dejar de comunicar. Así, la actividad o inactividad, las palabras o el silencio, todo tiene valor de mensaje y, por lo tanto, tiene un efecto sobre las personas, quienes tampoco pueden dejar de responder a dichos mensajes.
- *Toda comunicación tiene un nivel de contenido y un nivel relacional.* El contenido en la comunicación se refiere a lo que decimos, y el nivel relacional se refiere a quién y cómo lo decimos.
- *La naturaleza de una relación depende de la forma de puntuar o pautar las secuencias de comunicación.* Desde la perspectiva de un observador externo, un conjunto de comunicaciones puede entenderse como una secuencia ininterrumpida de intercambios de mensajes; sin embargo, quienes forman parte de la interacción introducen una puntuación de la secuencia de hechos, esto es, uno u otro tendrá más iniciativa, predominio, dependencia, etc.

- *Las personas emplean tanto la **comunicación digital como la analógica***. La digital es la que se transmite a través de símbolos lingüísticos (o escritos), y será el contenido de la comunicación. La analógica está dada por la conducta no verbal (gestos, movimientos, entonación) y será el vehículo de la relación.
- *Todo intercambio comunicacional será **simétrico o complementario***, según esté basado en la igualdad o la diferencia. Toda relación puede ser clasificada dentro de estas dos categorías. En la complementaria, uno de los miembros complementa al otro, ocupando una posición superior o primaria, mientras que el otro ocupa un lugar secundario. En la simétrica los participantes tienen un comportamiento recíproco y en condiciones de igualdad. En este tipo de relación puede llegar a producirse la llamada “escalada simétrica” cuando hay un desequilibrio en la relación.

Otro elemento a tomar en cuenta cuando hablamos de la teoría de la comunicación es la **metacomunicación**; Bateson (1998) la define como conjuntos de niveles de comunicación más abstractos que incluyen mensajes explícitos e implícitos en el discurso del lenguaje. Cuando hablamos podemos distinguir el lenguaje objeto, esto es, aquel que usamos cuando hablamos, y el *metalenguaje*, aquel con el que hablamos cuando hacemos referencia al lenguaje objeto. En otras palabras, la metacomunicación se refiere a cómo hablamos sobre lo que hablamos, por lo tanto la metacomunicación implica tomar distancia respecto del discurso hacia un nivel lógico superior.

2.1.4. Constructivismo

Humberto Maturana, neurobiólogo chileno, realiza investigaciones que lo llevan a retomar ideas desde antes generadas con la cibernética del segundo orden en la que considera la inclusión del observador y la **subjetividad de los fenómenos observados considerando al sistema nervioso** y los procesos de percepción en la que destaca el papel del lenguaje concluyendo que toda expresión es expresión de un observador. No existe entonces un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva por lo que la cibernética de segundo orden y el constructivismo se convierten en sinónimos para los terapeutas de familia (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*).

Efran y Lukens (1993) enuncian **seis postulados de la teoría de Maturana** que son:

1. Los sistemas vivos están “estructuralmente determinados”, su operación es una función de cómo están contruidos, ordenados y unidos.
2. Los sistemas vivos son “**sistemas de información cerrados**”, sus organizaciones autónomas no pueden ser descritas como simplemente “causadas” o directamente “instruidas” por fuerzas externas.

3. **Los organismos sobreviven acoplándose** entre sí y con otros aspectos del medio circundante. Cuando el acoplamiento del organismo y su medio es insuficiente, hay desintegración y/o muerte.
4. El curso de un sistema vivo consiste íntegramente en una “deriva” **sin propósito determinado en un medio**. Existen continuos cambios en respuesta tanto a modificaciones del medio externo como a perturbaciones internas, hasta llegar al punto de desintegración.
5. Los seres **humanos son sistemas observadores**, que describen, distinguen y diseñan en palabras y símbolos (lenguajes). “Sin el observador nada existe”.
6. **No percibimos un universo objetivo**. Los objetos que pensamos, vemos y estudiamos son producto de nuestro propio sistema nervioso.

El constructivismo apoya que la mente y la realidad construida residen en el sujeto, el saber es una construcción de la mente por lo tanto el conocimiento no es la realidad independiente de nosotros. Bertrando y Toffanetti (*op. cit.*) identifican diferentes constructivismos de acuerdo a la relevancia de las variables individuales y sociales:

- **Constructivismo radical:** Subraya que la mente individual construye la denominada realidad, tiene sus raíces en la filosofía racionalista
- **Constructivismo:** Versión moderada en que la mente construye la realidad, pero dentro de una relación más sistemática con el mundo externo.
- **Constructivismo social:** considera que la mente construye la realidad en su relación con el mundo, siendo el proceso mental significativamente informado por las relaciones sociales.

2.1.5. Construccinismo Social

Es común que haya **confusiones entre las teorías** del constructivismo y construccionismo social. Existe un terreno común porque ambas se oponen a la idea modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Sin embargo, las creencias representadas por el constructivismo promueven al observador y sus constructos mentales. Según esta idea, las percepciones y los constructos toman forma a medida que el organismo se golpea frente a su entorno. Los teóricos de la construcción social por el contrario, ponen el **acento en la idea de la relación**; creen que las ideas los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje.

Para Gergen y Warhus (2001), con el pensamiento construccionista han emergido **cuatro enfoques terapéuticos** que aparecen en la práctica y la teoría de la Terapia Familiar: la flexibilidad entre el punto de vista versus el fundamentalismo, conciencia de que los mundos se construyen versus esencialismo, postura colaborativa versus postura de experto y una postura que privilegia los valores versus la que privilegia la neutralidad. También consideran **cinco formas de hacer terapia** que se basan en el construccionismo: las que enfatizan el discurso en lugar de los mundos mentales, la relación en lugar del individuo, la polivocalidad en lugar de la persona como unidad, las posibilidades positivas en lugar de los problemas y la acción en lugar del *insight*.

Las terapias posmodernas coinciden con el punto de vista construccionista donde la experiencia de la realidad o el significado que les damos a **nuestras vivencias se construyen a través de las interacciones** con otras personas, privilegiando éstas sobre cuestiones individuales, se otorga mucha importancia a los factores sociales que posibilitan y/o limitan nuestras formas de entender lo que experimentamos debido a que el mismo evento puede ser vivido de diferentes maneras en distintos contextos culturales, relacionales y lingüísticos (Tarragona, 2006).

Las líneas de pensamiento revisadas en este apartado, como se ha mencionado, fundamentan la Terapia Familiar Sistémica y posmoderna. Es posible rastrear como estas teorías se informaron, en el caso de las que sustentan el pensamiento sistémico, en las ciencias duras (matemática, física, biología) y se fueron acercando al reconocimiento sobre todo del pensamiento filosófico para desarrollar los enfoques posmodernos de hacer terapia. A continuación se muestra cómo se incorporaron éstos fundamentos en los modelos terapéuticos y en sus técnicas.

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

2.2.1. Modelo Estructural

Introducción

El modelo estructural es uno de los primeros que logró plantear formas novedosas para el tratamiento de los problemas de salud mental a partir del contacto con las propuestas sistémicas desarrolladas, prestando atención sobre todo a las **estructuras sociológicas de los problemas familiares y las jerarquías** (Bradford, 2007). Este modelo comprende a la familia como un sistema que tiende a la defensa de su estabilidad, ante los cambios de condiciones e influencias internas y externas, lo que suele favorecer la disfuncionalidad mediante mecanismos de manutención del sufrimiento de la familia o de alguno de sus miembros. Esta concepción dio por tanto, un giro a la definición y tratamiento de los problemas en cuanto a la **inclusión de contextos** y a la atribución de **responsabilidad compartida** de los miembros de la familia en el desarrollo del síntoma en uno de sus integrantes. Las técnicas terapéuticas desarrolladas pretenden **cuestionar** la naturaleza del síntoma presentado, de la organización familiar y de la cosmovisión de la familia para el restablecimiento de jerarquías, la formulación de límites claros, la definición de roles y funciones, así como la disolución de alianzas o triángulos.

Antecedentes

La orientación psicodinámica que predominaba en el tratamiento de la salud mental fue el punto de partida de diversos terapeutas que precedieron la Terapia Familiar. Las ideas desarrolladas en campos multidisciplinares desde una perspectiva sistémica influyeron a **Sullivan** quien desarrolla una teoría psiquiátrica que situaba el «*evento interaccional*» como eje y que serviría para la formación de terapeutas siendo directamente Minuchin uno de ellos (Vargas, 2004).

En su práctica clínica con poblaciones en las áreas marginadas de E.U.A y su labor en la *Child Guidance Clinic* de Filadelfia, Salvador Minuchin comienza a aplicar técnicas propias de la terapia estructural a partir de diversas de ideas y estudios que conceptualizaban al **hombre como parte de su medio**, las cuales se manifestaron en áreas diversas: desde la *filosofía*, la *ciencia biológica* y en conceptos de la *Cibernética*; hasta las formas más positivistas con experimentos en neurología (Minuchin, 1979). Minuchin desarrolla programas de entrenamiento para terapeutas y para personas no profesionales que trabajaban con poblaciones de comunidades marginadas, hasta que en continuando con la investigación y el tratamiento de las familias.

Representantes del Modelo

Salvador Minuchin, nació en Argentina en 1921. Creció en una familia de inmigrantes judíos-rusos y se graduó en 1946 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Córdoba para trasladarse a los E.U.A. en 1950 con el objetivo de especializarse en psiquiatría. Durante su estancia en la *Child Guidance Clinic*, Minuchin trabajó inicialmente con **Jay Haley** quien más tarde desarrolla su propio modelo y es considerado para algunos una figura de transición entre las posiciones estratégica y estructural (Galicia, 2004). **Charles Fishman** también colaboró con Minuchin en la publicación de las Técnicas del Modelo Estructural y después organizó las propuestas trabajadas en conjunto para denominar una variación original como *Terapia Estructural Intensiva* en 1984. Se identifican además como representantes del modelo a **Braulio Montalvo, Jorge Colapinto, Harry Aponte y Bernice Roseman**.

Supuestos teóricos

Minuchin (*op. cit.*) distingue que las teorías y técnicas en esta terapia estudian al individuo en su **contexto social** e intentan **modificar la organización** de la familia y con ello **las experiencias de cada uno** de los individuos basándose en el hecho de que el hombre **no es un ser aislado** sino alguien *activo y reactivo* de grupos sociales. *Difiere de la teoría psicodinámica* que se concentra en la *vida intrapsíquica* del individuo y de forma *aislada de su contexto*.

La terapia estructural puede **asentar la patología** en el *interior* del paciente, en su *contexto social* o en el *feedback entre ambos* y es **basada en tres axiomas**: **primero**, que la vida psíquica de un individuo *no es exclusivamente un proceso interno*; **segundo**, que las *modificaciones* en una estructura familiar contribuyen a la producción de *cambios en la conducta* y los *procesos psíquicos internos* de los miembros de ese sistema y **tercero**, que los terapeutas y la familia forman en conjunto *un nuevo sistema*.

La terapia estructural de familia es una **terapia de acción**, se enfoca en **modificar el presente**, las intervenciones tendrán de **objetivo el sistema familiar** para reparar o **modificar su funcionamiento**, *transformando su estructura* que permitirá al menos **una posibilidad de cambio** y debido a que el sistema de la familia tiene **propiedades de autoperpetuación**, una vez que se ha producido un cambio la familia lo preservará. La terapia estructural de familia **debe partir de un modelo de normalidad** que le permita medir las anormalidades.

Para Minuchin (*op. cit.*) **la familia es una unidad de desarrollo social** que provee a sus miembros de un sentido de “identidad independiente”, es decir, se diferencian dos elementos: de **identidad**, que está influido por un sentido de pertenencia a una familia específica; y el de **separación**, que se logra por el contacto con diferentes subsistemas, contextos familiares y la participación en los grupos extrafamiliares. Aunque **la familia es la matriz** del desarrollo psico-

social de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad en movimiento y garantizar continuidad a su cultura; así cumple adicionalmente dos objetivos: el *interno*, que implica la protección psicosocial a sus miembros; y el *externo*, que refiere la acomodación a una cultura y transmisión de ésta.

Un sistema familiar que opera dentro de contextos sociales específicos tiene tres **componentes** que son: la *estructura* de un sistema sociocultural abierto, un *desarrollo* a través de etapas que exigen reestructuraciones y una *adaptación* a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene su continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

La estructura familiar es definida como “*el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia*” (Minuchin, *op.cit.*, p. 86). Presentará *pautas transaccionales* o de interacción para responder a los requerimientos habituales y además la capacidad para movilizar *pautas alternativas* cuando las condiciones externas lo exigen. Si una familia responde con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales que pueden desencadenar un síntoma. La búsqueda de la conexión entre el síntoma y el sistema nos lleva a observar la estructura familiar y **evaluarla** es posible mediante la observación de sus componentes: *subsistemas, límites, jerarquías, alianzas, coaliciones y triangulaciones*.

Conceptos generales del Modelo

- **El subsistema** es una unidad operacional de la familia que se forma por las distinciones de: generación, género, intereses, funciones entre otras (ej. parental, conyugal y fraterno). Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que se tiene distintos niveles de poder y en los que se aprenden habilidades diferenciales.
- **Los límites** son constituidos por las reglas que definen quiénes participan, protegen la diferenciación del sistema o subsistema, deben ser claros y permitir permeabilidad. En *aglutinamiento*, se vuelven difusos, la distancia de los miembros disminuye, se incrementa la comunicación y preocupación de forma excesiva; en el *desligamiento* la comunicación es difícil y las funciones protectoras de la familia se ven perjudicadas.
- **La alianza** designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema. “Se refiere a la percepción o experiencia de dos o más personas unidas en una empresa, interés, actitud o conjunto de valores común” (Simon et al. en Desatnik, 2004, p.58).
- **La coalición** designa una alianza que se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero. La oposición contra un tercero puede expresarse por medio del conflicto y de la exclusión, entre otras formas.
- **Holón** es un término acuñado por Arthur Koestler y usado en terapia familiar. Son entidades que son en sí mismas, un todo y simultáneamente son una parte de un todo supraordinado. Para el terapeuta familiar la unidad de intervención es siempre un holón.

- **La triangulación** se refiere a una relación diádica, agobiada de conflictos, con el fin de incluir a un tercero, lo cual da por resultado el encubrimiento o la desactivación del conflicto (Simon et al. en Desatnik, 2004).
- **El diagnóstico estructural** implica plantear hipótesis de la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros (Minuchin, *op. cit.*). Se representa de manera visual con unos **mapas** que consisten en esquemas organizativos, los cuales representan diferentes momentos de la estructura familiar.

Tipos de Problemas desde el Modelo

De acuerdo a la observación de los elementos de la estructura pueden determinarse las áreas que necesitarán intervención terapéutica: los **límites en subsistemas** que son inadecuadamente rígidos o débiles y la conducta, estorba el intercambio adaptativo de informaciones; **las alianzas** que se manifiestan en *desviación de conflictos* o designación de un "chivo emisario" y *coaliciones intergeneracionales inadecuadas*; las **triangulaciones** entendidas como coaliciones desviadoras entre generaciones, comúnmente inestables y que a la larga producen síntomas; y de problemas de **jerarquía** donde las responsabilidades, las funciones o roles no pertenecen al ciclo de desarrollo común del miembro de la familia y resultan una fuente principal de perturbaciones.

Proceso terapéutico

Para Minuchin y Fishman (1984) **la Evaluación e Intervención** representan dos procesos que en la terapia estructural no se identifican por separado y consideran además, una continua influencia entre el terapeuta y la familia. Describen tres **estrategias principales** de la terapia estructural:

Cuestionamiento de síntoma.- Considerando que el problema no reside en el paciente individualizado sino en ciertas pautas de la organización de la familia, el terapeuta cuestiona la definición que la familia da del problema, así como la índole de respuesta. El cuestionamiento puede ser *directo* o *indirecto*, *explícito* o *implícito*, *ir derecho* o *paradójicamente*. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta diferentes.

Cuestionamiento de la estructura familiar.- Los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa. Por ello la terapia es un proceso en que se verifica la *proximidad* y la *distancia*. Por cuestionamiento de *las reglas* que limitan la experiencia de las personas, el terapeuta actualiza aspectos soterrados de su repertorio. Como consecuencia los miembros de la familia se perciben a sí mismo y a los demás obrando de diferente modo. La modificación del contexto produce un cambio en la experiencia.

Cuestionamiento de la realidad familiar.- La terapia de la familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivenciada y contienen esta modalidad de experiencia. Entonces, para modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia, es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos.

Técnicas de formación del Sistema Terapéutico

La Unión y Acomodamiento junto con **tomar el liderazgo** son base en la terapia, en términos generales involucran otras técnicas que tienen el objetivo de facilitar una relación entre el terapeuta y los miembros de la familia (formar el sistema terapéutico). El término de «unión» se utiliza cuando se pone el acento sobre las acciones del terapeuta *tendientes a relacionarse* con el sistema familiar y el «acomodamiento» cuando se pone en las *tendientes a lograr alianza*. **El mantenimiento** consiste en operaciones de confirmación activa y apoyo de los subsistemas familiares donde el terapeuta ratifica y apoya el potencial y la fuerza del individuo. **El rastreo** involucra seguir el contenido de las comunicaciones y conducta, alentando para su continuación, no cuestionando lo que se le dice y mostrando interés. **El mimetismo** por su parte consiste en adoptar el ritmo familiar de comunicación y sus modalidades afectivas, se plantean situaciones en experiencias comunes con carácter implícito y espontáneo.

Minuchin y Fishman (*op. cit*) organizan tres estrategias principales de la terapia estructural de familia constituyendo técnicas específicas en tres categorías:

- **Técnicas de Reencuadre:**

La Escenificación implica poner en escena *interacciones familiares: secuencias espontáneas, provocar interacciones y promover interacciones alternativas*.

El Enfoque pone en relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera que sea acorde con las estrategias y objetivos.

La Intensidad consiste en intervenir de forma que la familia registre el mensaje, que sea reconocido en su importancia e incluye: *la repetición del mensaje, repetición de las interacciones isomórficas (cambio de tiempo, de distancia y resistencia a la presión familiar)*.

- **Técnicas de Reestructuración:**

La **Fijación de fronteras** intenta modificar la participación de miembros en distintos «holones», regula la permeabilidad de las fronteras: *distancia psicológica, ordenamiento del espacio, atención selectiva, encontrar indicadores de proximidad, distancia, alianzas, subsistema y pautas que expresan estructura*.

El *Desequilibrio* consiste en modificar las jerarquías dentro de un holón: se identifican como técnicas *cambiar vínculos, jerarquías entre los miembros. Aliarse, ignorar o entrar en coalición.*

La *Complementariedad* cuestiona la idea de jerarquía lineal: *concepto del yo como unidad y como parte de un todo, cuestionar el problema y la certidumbre del paciente individual; cuestionamiento del control lineal, del modo de recortar los sucesos; introducir concepto de reciprocidad y de tiempo ampliado; encuadrar conductas individuales como parte del contexto.*

- **Técnicas de construcción de realidad:**

Constructos cognitivos.- Dar una visión más flexible y plural.

Símbolos universales.- Aludir a valores o premisas válidas socioculturalmente.

Verdades familiares.- Usar la definición de la familia para extender su modalidad de funcionamientos.

Consejo profesional.- Presentar una explicación distinta de la realidad y basarla en su experiencia o conocimiento.

Búsqueda de lados fuertes.- Resaltar los recursos y logros de la familia o de alguno de sus miembros.

Paradoja.- Intervención que tiene como consecuencia lo opuesto de lo que se pretende.

Reflexiones

El Modelo Estructural presenta concepciones y técnicas que pueden percibirse de gran utilidad aún con el desarrollo de modelos que pueden cuestionar su visión y de los que su mismo creador: Salvador Minuchin, reconoce su influencia al considerarse así mismo como un “terapeuta estructural-estratégico-narrativo” según refiere Desatnik (2004); advierte así mismo, que en México el Modelo Estructural ha tenido un impacto significativo para el desarrollo de la Terapia Familiar.

Los orígenes latinos de Minuchin y sus experiencias con poblaciones marginadas se conjuntaron para producir una postura terapéutica adecuada a una gran parte de las familias mexicanas, donde las condiciones económicas ya descritas, han producido históricamente “familias multi-problemáticas” donde existe una falta del proceso de individuación de los miembros de la familia nuclear, reuniendo a varias generaciones en un solo hogar, a lo que se agregan idiosincrasias culturales para resaltar el valor de la unión familiar y favorece un terreno donde se cultivan los problemas definidos por Minuchin. Se ha observado en la experiencia personal la mayor utilidad del Modelo en este tipo de poblaciones.

2.2.2. Modelo Estratégico

Introducción

La propuesta del Modelo Estratégico de Jay Haley se desarrolla históricamente con influencias de la Teoría de la Comunicación Humana de Bateson, el trabajo de Milton Erickson y del Modelo Estructural de Salvador Minuchin, personajes con los cuales colaboró. Haley matiza estas experiencias para imprimir un sello característico de terapia donde el terapeuta se responsabiliza del proceso y concibe que los problemas familiares son resultado de gestiones del poder y jerarquía cuya cristalización genera un síntoma que es metáfora del problema. Entre las valiosas aportaciones concibe un ciclo vital de la familia y un abordaje terapéutico por etapas definidas junto con técnicas acordes a la epistemología de su modelo.

Antecedentes

Entre las primeras experiencias que delinearon la orientación de Jay Haley se encuentra la invitación de **Gregory Bateson** en 1952 para iniciar una investigación sobre la comunicación humana que ponía *énfasis en las paradojas* (Wittezaele y García, 1994). La influencia de la colaboración con Bateson puede observarse en la publicación en 1963 del libro *Strategies of Psychotherapy*, obra en la que describen diferentes estrategias que emplean los terapeutas para cambiar a los pacientes y es donde concede especial importancia a la paradoja terapéutica.

Haley y Weakland comenzaron a visitar a **Milton H. Erickson** de manera regular a partir de 1953 para estudiar las técnicas hipnóticas que empleaba, en función de su marco teórico en comunicación. Haley comenzó a interesarse especialmente en aquellos momentos en los que Erickson no utilizaba la hipnosis de manera formal para provocar el cambio en sus pacientes y asumiría sus principios considerándolo el maestro del enfoque estratégico en terapia y reproduciendo especialmente su estilo directivo para influir en la gente (González, 2004).

Además de estas fuertes influencias citadas, Haley consideraba necesario incluir nuevos elementos en su modelo que estuvieran en consonancia con su bagaje teórico en comunicación humana y acuña por primera vez el término de Terapia Estratégica, distinguiendo una relación terapéutica donde el clínico determina lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema (Haley, 1989). En este periodo formula *la idea del poder*, que caracterizaría su trabajo ulterior, al considerar que las relaciones humanas son una lucha incesante por decidir quién dicta las reglas.

En 1962, al finalizar el proyecto que lideraba Bateson, Haley continuó sus trabajos de investigación con familias en el seno del *Mental Research Institute*, aportando sus ideas, que contribuyeron a la forma de trabajo de esta institución con una metodología breve y una visión estratégica (Wittezaele y García, *op. cit.*). En 1967 se marcha a trabajar en compañía de Salvador

Minuchin y Braulio Montalvo en la *Philadelphia Child Guidance Clinic*, donde adoptaría una postura claramente orientada hacia la estructura familiar, específicamente en lo relacionado con **las jerarquías** en el interior de la familia publicando como resultado en 1976 una de sus obras más representativas titulada *Problem-Solving Therapy*. Debido a este contacto, Hoffman (1987) señala que debe considerarse a Haley como una figura de transición entre las posturas estratégicas y estructurales.

Representantes del Modelo

En 1974, Jay Haley creó y dirigió en colaboración con Cloé Madanes, psicoterapeuta argentina a quién se unió en la profesión y en la vida, el *Family Therapy Institute* en la ciudad de Washington, cuya labor primordial fue la creación e implementación de programas de formación para terapeutas, así como la formulación de algunas ideas adicionales a la terapia estratégica.

El enfoque estratégico tiene como **sus principales representantes** a esta díada formada por **Jay Haley y Cloé Madanes**, que si en esencia parten de los mismos puntos, tienen diferencias técnicas y cada uno su estilo terapéutico particular.

Madanes (1982) enfatiza la idea de que se debe realizar una evaluación e intervención a niveles superiores, es decir, en la **red social**. Ejemplos de esta necesidad se ven claramente en casos que refiere en algunos de sus libros, donde el problema radicaba en el nivel de las instituciones y no en el cliente mismo. Esto se fundamenta en que el síntoma puede considerarse como una conducta adaptativa del individuo a la situación social en que se encuentre.

Madanes añade una variedad de nuevos e inusuales procedimientos de intervención a la propuesta de Haley; uno de los más interesantes es el uso de **técnicas de imaginación** que pertenecen a la categoría de intervenciones paradójicas, pero a diferencia de éstas no se basan en una confrontación ni en una respuesta de rebeldía, sino en características lúdicas que pueden ser novedosas y generar alternativas válidas (Haley, 1982).

De acuerdo a Minuchin (1982) “Uno de los aspectos más nítidos de la labor de Madanes es su capacidad para transformar creativamente las actividades habituales y rutinarias de la vida en nuevos caminos donde la gente encuentra formas poco comunes de ser” (p.16).

Supuestos Teóricos

En términos generales se asume que la terapia estratégica es aquella donde **el terapeuta toma la responsabilidad** de influir directamente en los pacientes. Es éste quien desde un inicio toma el control del proceso terapéutico, identificando problemas susceptibles de cambio, diseñando e implementando intervenciones para alcanzar las metas establecidas, tomando en cuenta las

respuestas que recibe del paciente para corregir su enfoque, así como para evaluar el resultado de la terapia y ver si ésta ha sido eficaz (Haley, 1989).

En el modelo de Haley **los problemas** están determinados sobre todo por la incongruencia jerárquica en el seno de una familia y por las consecuentes alianzas y juegos de poder. El síntoma se considera una metáfora del problema y la terapia se centra en la gestión del poder y la reorganización de las jerarquías dentro del sistema familiar (Bertrando y Toffanetti, 2004). Se asume que incluso los síntomas psiquiátricos son maniobras de poder dentro de una relación, donde el terapeuta debe lograr resolver esas luchas, venciendo y manteniendo por todos los medios su propia posición de poder (Madanes, *op. cit.*).

Haley (1983) señala que un problema es la **cristalización** de una serie de comportamientos repetitivos (pauta) realizados entre varias personas, donde la labor del terapeuta estratégico consiste en identificar dicho patrón de comportamiento e introducir cambios para modificarlo.

Acorde con el enfoque sistémico, la terapia estratégica de Haley considera que la **unidad de análisis** terapéutico debe desplazarse del individuo a unidades más amplias que incluyan otras personas significativas. La labor del terapeuta se centra en descifrar de qué manera otras personas o instituciones, están participando en el síntoma manifestado por la persona en terapia, ya que se considera que los problemas humanos son el resultado de las interacciones que establecen las personas que conforman un sistema (Madanes, *op. cit.*).

Haley (1988) comenta que **los síntomas** aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia se interrumpe o altera. Se parte de la idea de que el síntoma manifestado por un individuo es una señal de que la familia afronta problemas, por lo que los objetivos de la terapia estratégica se centran en ayudar a las personas a superar las crisis en cada una de las etapas del **ciclo vital de la familia**, que son según Haley (1983) seis estadios sucesivos: 1) *Periodo de noviazgo*, 2) *Periodo inicial del matrimonio*, 3) *Nacimiento y relación con el hijo*, 4) *Periodo intermedio del matrimonio*, 5) *Separación de los padres respecto de los hijos*, y 6) *Jubilación y vejez*. Así, todas las categorías diagnósticas tradicionales se pueden redefinir en términos de las dificultades que se encuentran en el paso de una fase a otra del ciclo vital (Madanes, *op. cit.*).

Proceso Terapéutico

Haley considera que la terapia es exitosa cuando soluciona la queja o el problema del cliente y para lograrlo **lo más importante es saber cuál es el problema**, poder definirlo (Galicía, 2004). Haley proporciona sugerencias explícitas de qué hacer en una primera entrevista y sobre todo las etapas que deben de cumplirse al finalizarla; entre las sugerencias destacadas de cómo conducirla, se indica que no existe tiempo límite y puede entrevistarse a una sola persona, aunque se prefiere la presencia de todos los miembros posibles. Las variables principales a evaluar son: tiempo, lugar, honorarios, número de personas involucradas y directivas especiales para el tratamiento.

Las cuatro etapas de la **primera entrevista** son:

- **Etapa Social.** El terapeuta interactúa con la familia comportándose como un anfitrión con la intención de que se sientan cómodos. Evalúa y observa cómo son las interacciones entre los miembros de la familia y el tipo de organización que tienen.
- **Planteamiento del problema.** En esta etapa los objetivos son conocer cuál es el problema, qué piensa del mismo cada uno de los elementos de la familia y evaluar su grado de participación. Revisar el contexto, la situación personal, cuándo, dónde se da y con quién. Se debe evitar emitir juicios y opiniones de lo observado.
- **La interacción.** Se pide a los miembros de la familia que conversen entre sí. El terapeuta establece una hipótesis sobre la posible función del síntoma, identificará la secuencia sintomática y diferenciará cómo está organizada la jerarquía familiar.
- **El establecimiento de metas.** Se define lo que la familia quiere obtener del proceso terapéutico, los cambios deseados, aunque esto lleva implícita la meta del terapeuta de reorganizar la jerarquía familiar del modo más congruente.

Aunque Haley (1989) consideró tiempo después que **la evaluación se efectúa simultáneamente a la intervención**, en un inicio contempló que una vez definido el problema era posible proceder propiamente de intervención con el empleo de directivas y, de manera más específica, la asignación de tareas. La finalidad de las directivas consiste en que el paciente se comporte de manera diferente para que tenga experiencias subjetivas distintas, se intensifique la relación entre clientes y terapeuta y se obtenga información adicional (Haley, 1988).

Las **directivas** por su naturaleza y objetivos pueden ser clasificadas en dos tipos, *directas e indirectas o paradójicas*, las cuales pueden involucrar a una o más personas, pero siempre repercutiendo en todo el sistema familiar.

Las **instrucciones directas** se formulan diciéndoles a las personas qué es lo que deben hacer, con la intención de que lo cumplan, estas pueden adoptar dos modalidades: *a) pedirle a una persona que deje de hacer algo, o b) pedirle a esa persona que haga algo diferente.*

La técnica de **ordalía** propuesta por Haley, resulta un buen ejemplo de tareas donde se le pide al paciente que haga algo diferente: cada vez que se manifieste su síntoma, debe llevar a cabo una tarea complicada, del tal manera que el paciente opte por abandonar su comportamiento problemático (Haley, 1985). En ambos casos, el terapeuta debe persuadir a la familia de que obtendrá beneficios si llevan a cabo las tareas señaladas.

Una vez motivada la familia, deben impartírsele tareas precisas que involucren a todos los miembros que acudieron a la sesión; en algunos casos el terapeuta puede excluir a un miembro de manera propositiva, pero nunca por accidente; el terapeuta debe ser lo más claro y concreto posible para que las tareas surtan el efecto deseado (Haley, 1988).

Las **directivas indirectas** o paradójicas se implementan con la intención de que los pacientes no cumplan la indicación y así logren cambiar por vía de la resistencia, en éstas, se parte de la idea

de que ciertas familias buscan ayuda profesional para resolver un problema, pero al mismo tiempo se resisten al cambio, en consecuencia el terapeuta procurará provocar la resistencia de los miembros de la familia para que puedan cambiar a través de la rebelión al no cumplir con la tarea (Madanes, *op. cit.*). Una manera de impartir las DI es a través del uso de metáforas, los cuentos y anécdotas que se implementan en situaciones donde el terapeuta considera que las personas son más susceptibles de implementar nuevos comportamientos.

Técnicas

Las técnicas utilizadas en el enfoque estratégico tienen como objetivo lograr un cambio en las interacciones familiares y en la estructura de la familia para lograr con ello que desaparezca la conducta sintomática del paciente identificado. Las técnicas son las siguientes:

- ***Redefinición del problema y connotación positiva.*** Tienen como propósito cambiar el modo en que la familia ve el problema, esto significa, la utilización de la connotación positiva intentando despatologizar.
- ***Las tareas directas.*** Son acciones específicas para hacer dentro o fuera de la sesión, para lo cual es necesario motivar (sugestionar) a la familia para su realización.
- ***Tareas indirectas o paradójicas.*** Son útiles cuando las familias piden ayuda y rechazan la misma, llevan dos mensajes contradictorios “cambien pero no cambien”. Se da una explicación lógica a la familia pero ésta no debe saber cuál es la intención real de la tarea.
- ***Prescripción.*** Esta técnica se basa en pedirle a la familia que siga haciendo lo mismo. Para esta maniobra es indispensable que el terapeuta tenga muy claro y entendido el ciclo repetitivo disfuncional que la familia ha creado.
- ***Directivas de simulación.*** Consisten en la simulación o representación del síntoma insertando algunos cambios en la secuencia sintomática. Madanes (*op. cit.*) propone diferenciaciones de la técnica de prescripción del síntoma, entre ellas destaca que la simulación espera que el paciente coopere en lugar de que se resista.
- ***Cambio de la acción metafórica.*** Se reemplaza el síntoma por otra acción que cumpla una función positiva sin las consecuencias infortunadas del comportamiento sintomático.
- ***Suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso.*** Se acredita por adelantado la mejoría y se define antes de que suceda.
- ***Cambio de la solución metafórica.*** Se cambian las consecuencias de la conducta sintomática convirtiéndola en un sacrificio o situación desagradable para la familia.

Reflexiones

El modelo estratégico se suma a las herramientas de intervención a las que un terapeuta familiar puede recurrir. Ha sido posible observar que su empleo es de gran utilidad cuando se desean cambios evidentes a corto plazo, advirtiendo así la razón por la que su creador Jay Haley tuvo una gran influencia en el desarrollo del modelo considerado con este enfoque breve en el MRI.

El modelo se presenta entonces como un puente entre las influencias que lo inspiraron y las que pudo inspirar, mostrando concepciones compartidas con los modelos Ericksoniano y Estructural por lo cual se advierte enriquecido; a la vez, con sus concepciones del estudio de la comunicación en el grupo Batesoniano y la implementación directa de la comunicación paradójica le permite tener un sello personal al modelo.

El enfoque en el poder y jerarquía ha llegado a ser controversial desde el punto de vista de modelos posmodernos de terapia familiar, pero se advierte de gran utilidad en contextos donde la evidencia de estos conceptos forman parte de la cotidianidad de los clientes. El papel del terapeuta directivo se identifica como necesario para agilizar el proceso terapéutico con familias que tienden a no cuestionar o desafiar las instituciones y cuando la terapia debe incluir información psicoeducativa.

Parece interesante que Jay Haley y Cloé Madanes, principales representantes del modelo, hayan desarrollado y compartido profesional y afectivamente sus pasos. ¿Hasta qué punto Cloé Madanes habría generado contribuciones al modelo estratégico o desarrollado uno nuevo sin esta unión afectiva? ¿Sus técnicas de “imaginación” y ludismo son asimismo una versión del modelo estratégico con mayor sensibilidad propia del estereotipo femenino?

Las diferentes técnicas estratégicas de estos representantes parecen adecuarse para generar cambios no importando la concepción teórica del problema, por lo que, aunque no se compartan conceptualizaciones generales del modelo, pueden ser una herramienta de utilidad para los terapeutas y ser adecuada su inclusión en la formación de profesionales dedicados a la intervención psicológica familiar e individual.

2.2.3. Modelo de Terapia Breve Orientado al Problema del MRI

Introducción

En este apartado se aborda la terapia del *Mental Research Institute* (MRI) en la cual se aprecian las contribuciones a la teoría comunicacional e interaccional y la aplicación de estas en la generación de la Terapia Familiar y Terapia Breve. Los trabajos del Centro de Terapia Breve (CTB) en los que participaron investigadores como Richard Fish, John Weakland y Paul Watzlawick propusieron un enfoque interaccional, no normativo y no patologizante que representó un parteaguas en la visión de proponer soluciones a los pacientes.

El “**Modelo de Palo alto**” se caracteriza por intervenir en las respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar su situación sintomática (intentos de solución) y que no han tenido el resultado esperado; proponen para ello una “terapia breve” que no sobrepase las **diez sesiones** con estrategias que evitan los factores mantenedores del problema de consulta.

Antecedentes

El grupo que trabaja en el MRI tiene en parte sus raíces en el trabajo de Milton Erickson y en trabajos anteriores en los que conceptualizaron a la familia y la terapia a través de la paradoja de Russell (De Shazer, 1989). El enfoque de terapia breve se crea en el año 1968 después de la muerte de Don D. Jackson quien fundó el grupo del MRI. Entre los colaboradores se encuentran: Watzlawick, Weakland, Fish y Bodin que integraron el *Brief Therapy Center* de Palo Alto.

Gregory Bateson introduce las ideas de sus investigaciones antropológicas y de la cibernética al campo de la psicoterapia. Realizó entrevistas y observaciones etnográficas para identificar detalles sobre el intercambio de mensajes en psicoterapias eficientes. Posteriormente en el Hospital de Veteranos de Palo Alto en 1952, Bateson inicia investigaciones sobre los procesos de comunicación de mensajes y como pueden dar lugar a las paradojas.

Las ideas principales eran: el énfasis en la interacción hombre-entorno y el paso de la información; que todo sistema se organiza alrededor de la comunicación y que *todo suceso es un mensaje* y lo que cuenta es que *tipo de transmisión de información* se está llevando a cabo. Así es como ocurren y establecen los *Niveles jerárquicos de mensaje*: contenido y significado.

En 1952 se lleva a cabo un proyecto de investigación sobre la clasificación de los mensajes y la forma en que pueden dar lugar a las paradojas. En 1956 se llega a la deducción que la conducta del esquizofrénico se debía a una incapacidad para codificar mensajes pautados tradicionalmente, no hacían una diferencia entre fantasía y realidad.

Se consideró que la Esquizofrenia podía ser considerada como un fenómeno comunicativo: producto de las relaciones familiares por lo que la enfermedad mental comenzó a considerarse dentro de la interacción. Ocurre una emancipación del psicoanálisis, se considera que no hay fenómenos intrapsíquicos y se prioriza la interacción.

Al sintetizar el trabajo de Gregory Bateson sobre los procesos de comunicación de mensajes y como pueden dar lugar a las paradojas, Watzlawick, Beavin y Jackson se convierten en los padres fundadores de la primera teoría terapéutica de orientación sistémica publicando la Teoría de la Comunicación Humana, pero es hasta 1974, el momento en que publican "*Brief Therapy: Focused Problems Resolutions*", cuando el modelo se hace universalmente conocido como Modelo de Palo Alto (Bertrando y Toffanetti, 2004). También se aborda la forma de trabajo en las publicaciones "Cambio" (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1985) y "La táctica del cambio" (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Proceso terapéutico y Principios

El MRI contaba con un grupo amplio que conceptualizaba a la familia como un sistema de interacción social y se encarga de la formación de terapeutas, la investigación que se centra en el desarrollo de la Terapia Familiar. No había hipótesis, teorías o concepciones del hombre y su existencia, se enfocaron en que el paciente concentrara lo más rápido posible una solución y focalización de la meta. De acuerdo a De Shazer (*op.cit.*, p.56), el MRI es un enfoque "explícitamente pragmático y adopta un abordaje práctico de la resolución de los problemas humanos, que procura ser lo más simple y económico posible".

Existe una **fase de evaluación** en la cual se pretende obtener una **definición del problema y las soluciones intentadas** traduciéndolas a **conductas concretas**. Existe un síntoma que origina un cambio en la vida del paciente, ligados a un **ciclo vital** y que es denominado **dificultad**. Una dificultad puede convertirse en un **problema** al intensificar **la solución ineficaz**. No interesa conocer el origen de los problemas, solo los intentos bienintencionados por corregirlo que lo agravan y **mantienen** el problema, generando **pautas** que imposibilitan los **cambios de organización o de reglas necesarios** para solventarlo.

Se presupone que **alterando las soluciones intentadas** se puede romper la secuencia sintomática consiguiendo un **cambio terapéutico** distinguiendo entre **Cambio 1** que comprende cambios dentro de la **misma clase** de soluciones intentadas y el **Cambio 2** que supone la creación de una **nueva clase** de intentos de solución que **reduce o hace desaparecer el síntoma**. Los síntomas pueden no aparecer como acostumbran por lo que se indagan las **excepciones al problema** para diseñar **soluciones eficaces** que no son advertidas.

Técnicas de intervención

La intervención se realiza al final de la entrevista y consta fundamentalmente de una redefinición y tareas para llevar a cabo en casa. De acuerdo a Fisch, Weakland y Segal (1994), en el MRI se diseñaron **cinco intervenciones específicas** de acuerdo a los tipos de soluciones intentadas:

1. *Forzar algo que solo puede ocurrir espontáneamente.*- Se pide al paciente que fracase en su intento de superar el problema para que lo pueda observar.
2. *Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.*- Exponer al cliente al acontecimiento impidiéndole acabar la tarea con éxito.
3. *Llegar a un acuerdo mediante coacción.*- Que los padres adopten una postura de inferioridad (sabotaje benévolo) volviéndose “impredecibles” como el hijo.
4. *Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.*- Hacer peticiones directas en lugar de pedir una respuesta espontánea que coincida con los propios deseos.
5. *Confirmar las sospechas del acusador mediante la autodefensa.*- Interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones que involucran simulación.

Las **intervenciones generales** son de tipo estratégico y se utilizan cuando las específicas no han logrado el resultado esperado (Fisch, Weakland y Segal, *op. cit.*):

1. *No apresurarse.*- Que se aplica en tres situaciones: demasiado esfuerzo por superar el problema, con pacientes pasivos que necesiten movilización y cuando se presentan cambios súbitos.
2. *Peligros de la mejoría.*- Se utiliza cuando se identifica una postura de oposición al terapeuta y pretende reducir la expectativa sobre los beneficios de la mejora.
3. *Un cambio de dirección.*- Adoptar una posición inferior de equivocación y atribuirle el conocimiento a un experto externo y al cliente.
4. *Cómo empeorar el problema.*- Cuando en las últimas entrevistas aún no hay cambios. Declarar que no se sabe cómo mejorar pero sí como empeorar.

Entre los recursos para promover el cambio se distinguen:

- **Redefiniciones.**- técnicas cognitivas que evitan “etiquetas” que dificultan el cambio.
- **Tareas directas.**- intervención conductual para cambiar algo de la familia que se relaciona con el síntoma.
- **Tareas paradójicas.**- se prescribe la conducta sintomática con una pequeña modificación y son precedidas por una redefinición del síntoma para lo cual se involucra la persuasión.
- **Persuasión.**- uso de técnicas que justifiquen la prescripción.
- **Metáforas.**- intervenciones cognitivas para transmitir un mensaje de forma indirecta a través de la analogía.
- **Ordalías.**-Propone una tarea cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para los clientes. Es solo aplicable cuando existe una buena alianza terapéutica.
- **Técnicas Hipnóticas.**- pueden formar parte de intervenciones metafóricas y ser de utilidad para diseminar un mensaje.

Reflexiones

La creación del modelo terapéutico del MRI se presentó casi como ningún otro como derivado de diversas investigaciones de corte científico multidisciplinario. Presenta una gran relevancia en los programas de Terapia Familiar debido a que puso en práctica por primera vez las teorías y la epistemología en la cual se sustentó, siendo su trabajo base para otros modelos terapéuticos importantes.

Bertrando y Toffanetti (*op. cit.*) consideraron que el modelo de terapia breve del MRI era tan elegante y completo en sí mismo que a sus creadores les pareció imposible perfeccionarlo, pero diversos autores han encontrado ideas que los han llevado a desarrollar una propia visión, como ejemplo se encuentra De Shazer (*op. cit.*) quien concibió que “la mayor virtud del modelo de terapia breve del MRI, su carácter pragmático y orientado hacia metas, es también su principal debilidad” (p. 57) advirtiendo que no existe un abordaje para cuando se tratan metas mutuamente excluyentes o vagas e imprecisas.

Actualmente sigue considerándose una herramienta de trabajo importante cuando se precisan intervenciones de tipo breve en las que las interacciones se advierten como la principal causa de los malestares o síntomas de los pacientes.

2.2.4. Modelo de Soluciones

Introducción

Este modelo pone atención en los **recursos y posibilidades** de las personas más que en la patología o problemas, contemplándose históricamente como innovador hasta parecer bastante radical respecto a otros planteamientos terapéuticos preexistentes (Espinosa, 2004). Se identifican dos vertientes en esta línea de pensamiento, generadas por **Steve de Shazer** y **William O'Hanlon**, que involucran métodos particulares pero comparten interés por explorar las soluciones, las capacidades y las excepciones.

La terapia centrada en soluciones de Steve de Shazer, “deriva por **filiación directa del Modelo del MRI**, lleva al extremo la importancia concedida a los recursos de los clientes y el interés por el lenguaje, manteniendo la practicidad, simplicidad y brevedad” (Bertrando y Toffanetti, 2004, p.304). Atravesando en su desarrollo las tendencias de pensamiento del constructivismo al construccionismo social (Walter & Peller, 1996), la terapia de soluciones es considerada **una terapia posmoderna**; ya que entiende las dificultades de los clientes como construidas en el lenguaje, pero esto no quiere decir que solo trate el lenguaje sin implicar la acción (Tarragona, 2006).

Milton Erickson, que ya había tenido influencia para la Terapia del MRI, vuelve a centrar la atención de De Shazer (1989) quien reconoce que la terapia familiar breve tenía una deuda con los métodos de éste; **O' Hanlon (1990) por su parte**, consideró que el proyecto del terapia breve del MRI adoptaba **una postura pesimista ante la posibilidad, deseabilidad y rapidez del cambio** mostrando una contradicción en sus propios resultados, retoma entonces el trabajo directamente de Erickson y de De Shazer para desarrollar su propia *Terapia Orientada a Soluciones* (O'Hanlon, 1989), punto de partida para posteriores concepciones, plasmadas en sus llamadas *Terapia de Posibilidades* (O'Hanlon, 1999) y *Terapia Inclusiva* (Green y Flemons, 2004).

Antecedentes del Modelo

Milton H. Erickson desarrolló un método terapéutico muy distinto del predominante psicoanálisis instalado en la primera mitad del siglo XX. Su trabajo se caracterizaba por un gran **pragmatismo**, se centraba donde creía el cambio posible y lograba obtener resultados en un tiempo breve; esto impulsó a diferentes investigadores y terapeutas a observar su trabajo y tratar de identificar los principios en su proceder; entre ellos, John Weakland, quien encabezaría el grupo del MRI (De Shazer, *op.cit.*).

Erickson **no se interesó en la didáctica** o esquematización de un Modelo, de acuerdo a De Shazer (1989, p. 54) comentó: “sé lo que hago, pero me resulta mucho más difícil explicar cómo lo hago”. Se han asociado para describir su método las palabras de: **naturalista, indirecto, directivo y de utilización**; que se agregan a los **supuestos básicos** expresados explícitamente por él: **sensibilidad, actividad del paciente, centrarse en el presente, la buena salud natural y la flexibilidad** (O’Hanlon, 1990). Erickson creyó en los recursos de las personas, usó la pseudo-orientación en el tiempo y dio relevancia a la comunicación terapéutica; ideas presentes en la terapia de soluciones.

La Terapia Breve desarrollada en el **Mental Research Institute (MRI)** tiene antecedentes en el trabajo de **Gregory Bateson** y el **pensamiento constructivista**, además del de Erickson. Conocida también como *Terapia enfocada a los problemas*, abandona el punto de vista de la causalidad lineal y deja de **lado el problema de la verdad**, centrándose en el significado que se atribuye a través del lenguaje, “**aquí y ahora**” (Espinosa, *op. cit.*). El grupo del MRI propone realizar la terapia en un **tiempo breve** (10 sesiones), al dejar a un lado los intentos de buscar patologías o promover el *insight* y en su lugar **aliviar las quejas específicas** (*centrarse en los problemas*) que los clientes llevan a terapia.

Este grupo considera que **los problemas son de naturaleza interaccional** y no algo que surge en el interior de los individuos: las dificultades cotidianas podían percibirse como “problemas” que eran empeorados o mantenidos por las personas en sus intentos para resolverlos. Este patrón ineficaz de **intentos de solución** (*más de lo mismo*) es el objetivo principal de la intervención terapéutica dirigida a la interrupción de dichos intentos (O’Hanlon, 1990).

El grupo del MRI con su enfoque de breve y pragmático sirvió de base del modelo de terapia breve centrada en soluciones que, junto con la inclusión de los principios retomados de Milton Erickson, configuraron nuevas concepciones y técnicas sobre el manejo de la terapia.

Representantes

Steve De Shazer, al momento de incorporarse en el grupo del MRI presentaba un alto bagaje teórico pero práctica clínica limitada. Identifica en el trabajo de Erickson algo radicalmente distinto de lo aplicado en el MRI: la idea de **introducir deliberadamente confusión, en vez de claridad**, poniendo en duda la predisposición a buscar una claridad terapéutica y el forzar a que el paciente también lo haga. A partir de estas ideas, se traslada a Milwaukee en 1982, donde constituye el **Brief Family Therapy Center (BFTC)** y reúne a un grupo formado por: **Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, John Walter y Michelle Weiner-Davis** (Espinosa, *op. cit.*). Destacaron además el metodólogo **Wally Gingerich**; el sociólogo con intereses antropológicos **Alex Molnar**; e **Insoo Kim Berg**, la terapeuta que inspiraría gran parte de las técnicas del centro (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*).

De Shazer llega a una **idea fundamental**: el proceso terapéutico no es diagnóstico sino puramente curativo. **No es importante identificar problemas sino sencillamente encontrar soluciones**, acuñando por primera vez a este tipo de trabajo como *Terapia Breve Centrada en Soluciones* (O'Hanlon, 1990). De Shazer asume que las soluciones, pueden ser identificadas desde antes de acudir a una sesión de terapia, al indagar los eventos positivos de la vida de los clientes, puede descubrirse que *ya están haciendo algo positivo* y deseable.

El Grupo del BFTC abandona progresivamente las tendencias manipuladoras de las terapias estratégicas heredadas del MRI, con la idea de que **“los clientes saben más”**; así mismo renuncia a la idea de elaborar una hipótesis acerca de lo que sucede y llegan a una **sencilla observación**. Se alejan de los principios que sustentan la resistencia, declarándola «muerta» (De Shazer, 1984) y pensando en su lugar en **“cooperancia”** (De Shazer, 1984; Walter & Peller, 1996). Se identifican como aportaciones técnicas, entre las más representativas: *el árbol de decisiones, las tareas fórmula, las tareas de primera sesión, la pregunta del milagro y la pregunta de la excepción* (De Shazer, 1985).

Bill O'Hanlon quien se reconoce a si mismo de gran sensibilidad, se empieza a interesar por las ideas existencialistas de **Albert Ellis** y la **Gestalt de Ram Dass** sobre la felicidad y el trabajo de **Bandler** y **Grinder** antes de la PNL donde aprecia características de **acción, flexibilidad y observación** que más tarde incorporaría a sus propuestas terapéuticas (O'Hanlon, 1999). Se interesa por estudiar los trabajos de M. Erickson convirtiéndose directamente en su discípulo y parte de la perspectiva de De Shazer para desarrollar la *terapia orientada hacia las soluciones* con adecuaciones teóricas progresivas en las que han originado la *terapia de posibilidades* y más recientemente la *terapia inclusiva* a partir de las cuales ha generado aplicaciones cotidianas para **lecturas de divulgación** (O'Hanlon, 1995, 2004).

Principios

Entre los principios compartidos por el enfoque de soluciones se identifica el *rechazo a la utilidad de la resistencia*, la atención es dirigida entonces a *identificar las excepciones temporales o circunstanciales*: los momentos en que el problema no está presente o es menos frecuente o menos intenso (Tarragona, 2006; Espinoza, 2004). Berg y Miller (1992) mencionan como premisas del Modelo Centrado en Soluciones: *énfasis en la salud mental, utilización, visión no normativa, simplificación (parquedad), concepción de cambio inevitable, cooperación y orientación al presente y futuro*. O'Hanlon (1989) amplía la lista estos conceptos en la orientación a las soluciones (véase tabla 1).

Tabla 1. Premisas de la Terapia Orientada a las Soluciones

- **Los clientes tienen recursos y fuerzas** (capacidades y actitudes) para resolver sus quejas, en ocasiones sólo hay que «recordárselas».
- **El cambio es constante e inevitable.** Las personas cambian, sólo la forma de ver las cosas puede quedarse estancada.
- **El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.** A través del lenguaje se crea una realidad alentadora que debe centrarse en el cliente.
- **Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.** El interés recae en lo que funciona.
- **No es necesario conocer la causa o función de una queja para resolverla.**
- **Sólo es necesario un pequeño cambio;** un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. El cambio es contagioso.
- **Los clientes definen los objetivos.** No hay una manera “correcta” o “válida” de vivir la vida. Exceptuando objetivos ilegales.
- **El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.** Los cambios pueden ser significativos y duraderos en menos de 10 sesiones.
- **No hay una única forma “correcta” de ver las cosas.** No existen puntos de vista “incorrectos” o “correctos”, sino más útiles o menos útiles.
- **Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse.** Centrarse en la situación que parece más susceptible al cambio: no es posible cambiar una estructura de personalidad pero sí ayudar a ser más funcional en la vida.

Posteriormente O’Hanlon (2001) considera agregar los **elementos de acción y énfasis en lo positivo** a los supuestos de las terapias orientadas a las soluciones, además de distinguir la necesidad de centrarse en la solución y las capacidades que en la patología: “lograr que el cliente haga algo” y “encontrar una tendencia hacia el cambio positivo y estimularla” (p.105).

Técnicas

Existe una **gran cantidad de técnicas** desarrolladas en el enfoque de soluciones que sustentan su carácter pragmático. Entre las técnicas propuestas por la Escuela de Milwaukee (De Shazer, 1985, 1994) se encuentran:

- **Uso del árbol de decisiones.-** Marca caminos para decisiones terapéuticas en la primera sesión y subsecuentes. Implica la identificación de relación terapéutica, construcción de un problema, búsqueda de excepciones, determinación de objetivos, deconstrucción, etc.

- **Identificar modelos de relación terapeuta-cliente.-** Identifica tres tipos: *visitantes*, personas sin motivo de consulta; *demandantes*, desean una solución; y *compradores*, desean una solución y quieren participar para llegar a ella.
- **Establecimiento de objetivos.-** Identificar una meta clara y definida para medir el progreso.
- **Describir cómo se ha resuelto el problema.-** Define lo deseable en acciones, situaciones, sentimientos, etc., aclarando las metas de la terapia.
- **Pregunta milagro.-** Se invita al cliente a imaginar qué sería diferente si el problema que le preocupa se solucionara a partir de un supuesto mágico.
- **Uso de escalas.-** Escala subjetiva con la que el cliente puede evaluar: la intensidad del problema, esperanza, satisfacción, éxito, confianza, etc.
- **Buscar excepciones / Pregunta de la excepción.-** Identificar lo que es, ha sido o podría ser de utilidad. Estimula la conversación para el cambio.

Entre las técnicas propuestas por O' Hanlon (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Cade y O'Hanlon, 1993) en sus obras se encuentran:

La sesión como intervención.

- **Unión.-** Ayudar a que los clientes se sientan cómodos evitando la confrontación.
- **Breve descripción del problema.-** Para iniciar la búsqueda de excepciones.
- **Normalizar y despatologizar.-** Se tiende a ver como dificultades ordinarias de la vida.
- **Definición de objetivos.-** Pequeños, alcanzables y concretos.
- **Uso de elogios.-** Se localizan y destacan tendencias positivas.
- **Preguntas de avance rápido o a futuro.-** Imaginar el panorama futuro sin el problema.
- **Preguntar sobre el problema.-** Si no puede describir excepciones se detalla el problema.
- **Buscar recursos y soluciones.-** Se intenta evitar “más de lo mismo” que no funciona.

Técnicas Orientadas a Soluciones

- **Cambiar la forma de actuar, ver y evocar un recurso.-** Se intentan alterar los procesos estimulando acciones atípicas, marcos de referencia y evidenciando las fuerzas y capacidades de los clientes en la búsqueda de soluciones.
- **Intervención sobre el patrón de la queja.-** La queja es lo que suele llamarse el “síntoma” (palabra evitada en soluciones) y se pretende introducir una modificación pequeña en: la frecuencia o tasa, el tiempo de ejecución, la duración, el lugar donde se produce, añadiendo un elemento nuevo (al menos), cambiando la secuencia, descomponiendo en piezas y uniendo la queja a una actividad gravosa.
- **Intervención sobre el contexto y pautas personales e interpersonales.-** El terapeuta pide descripciones de acciones o interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarlas habitualmente.

- **Tareas fórmula de primera sesión, sorpresa, y genéricas.**- En la primera sesión dejar observar que les gustaría que siguiera sucediendo; realizar algo diferente y que los demás adivinen qué es, introduce el azar en las pautas de relaciones, tiene un carácter lúdico; en las genéricas se pide observar los cambios por un tiempo en función de la demanda.
- **Hipnosis de ilusión de alternativas.**- despertar capacidades que el cliente ya tiene y no ha empleado en el problema o recordar experiencias para desarrollar habilidades necesarias de forma inconsciente.
- **Ampliar y mantener el cambio.**- Identificar entre la primera y segunda sesión a que grupo pertenecen los clientes: “del milagro” que hay una “cura en una sesión”; grupo “así así” que ha tenido mejoras pero aún no hay una resolución y necesita dirección y el grupo “igual o peor” en los que no existe cambio o empeoran.

Reflexiones

El Modelo de Soluciones se presenta como el producto de una **evolución**, donde el **horizonte temporal futuro** en que *se fija la mirada* ha tomado un papel determinante. Desde el surgimiento del **arquetípico psicoanálisis** orientado hacia la búsqueda en el pasado de los síntomas actuales, que fue rechazado a partir de los años 60’s con la aparición de diferentes terapias enfocadas en el “**aquí y ahora**”; se llegó a una orientación **hacia el futuro**, a la que no le interesa cómo surgieron los problemas o incluso cómo se mantienen, sino el cómo se resolverán (O’Hanlon, 1989).

Las diferencias entre las terapias de De Shazer y O’Hanlon pueden parecer sutiles y discutibles; entre ellas es posible observar que el método de O’Hanlon es **flexible a diferencia del más estructurado** de De Shazer, en el que se sugiere realizar **invariablemente ciertas preguntas**, siguiendo una secuencia más rígida, además de tablas de procedimientos para las diversas respuestas de los clientes. Aunque este sea un buen método didáctico para los terapeutas, con la repetición de las intervenciones se observan limitaciones en el enfoque de De Shazer, que trata de **forzar conversaciones sobre las soluciones**, al considerarlo benéfico para la “construcción de una realidad” más favorecedora, deja de lado la validación de emociones y no considera el contexto sociocultural del consultante, excluye: temas de género, historia, política, entre otros; mientras que el enfoque de O’Hanlon se ha encargado no solo de incorporar estas ideas sino de enfatizarlas para ayudar al proceso terapéutico.

La Terapia de Posibilidades añade un elemento de “reconocimiento”: validar e incluir la experiencia del cliente para **abrir nuevas posibilidades y direcciones**, no niega o minimiza los aspectos deplorables con un optimismo “irreal”, entendiendo la realidad desde el constructivismo social (O’Hanlon, 2001). En la idea de la pseudo-orientación temporal de Erickson, se ha vislumbrado el futuro de la terapia enfocada en soluciones (Trepper, Dolan, McCollum & Nelson, 2006) y O’Hanlon ha asumido esos principios aunque ha dejado de enfatizar las “soluciones” y en su lugar destaca ahora los términos de posibilidad e inclusión.

2.2.5. Modelo de Milán

Introducción

Es posible apreciar diferentes momentos evolutivos del modelo de Milán. Reséndiz (2010) concibe que antes de ser un modelo de terapia es una epistemología y distingue diferentes fases a lo largo de 40 años: la psicoanalítica, la estratégico-sistémica, la batesoniana, la constructivista, la posmoderna o constructorista social y la dialógica.

En este trabajo se abordan las premisas que se desarrollaron y que caracterizan actualmente el Modelo de Milán y se describe a profundidad la investigación e ideas que fueron el punto de partida para el modelo; prestando atención en la conflictiva familiar inconsciente, su **correlato en la herencia psicoanalítica, la transmisión intergeneracional** y la metáfora caracterizada por el “**debate o juegos**”.

Antecedentes

Mara Selvini Palazzoli asiste a un congreso de Filadelfia en 1967 invitada por James Franco, tenía entonces una **práctica psicoanalítica prolongada** y reconocimiento en Europa en el **tratamiento de jóvenes con anorexia**; tras regresar a Italia funda el Centro para el estudio de la familia, un centro privado en que desarrolla terapias con orientación psicoanalítica pero no se encuentra satisfecha con los resultados obtenidos y forma un grupo donde integrarían las posibilidades que le ofrece la Terapia Familiar Sistémica, el grupo pide a Paul Watzlawick que los supervise incorporando ideas de la terapia breve del MRI y posteriormente con las ideas de Bateson superan la visión estratégica desarrollando el “purísimo sistémico”, el interés se desplaza a crear contextos de deutoaprendizaje donde los clientes encuentren soluciones por sí mismos (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Representantes del Modelo

Mara Selvini Palazzoli con Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin forman en un inicio el grupo. Se dividen por motivos teóricos Boscolo y Cecchin que dan al modelo un estatus epistemológico continuando con la reflexión en esta línea: Laura Fruggeri, Valeria Ugazio, Maurizio Viaro y Marco Bianciardi. Palazzoli integra las aportaciones de Stefano Cirillo, su hijo Mateo Selvini y Anna Maria Sorrentino quienes formulan el concepto del embrollo familiar (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*).

Supuestos Teóricos

La terapia familiar propuesta por Mara Selvini y su equipo trabajaron con familias que tenían ciertas características y transacciones específicas, siendo denominadas *familias con transacción esquizofrénica* quienes **evitan definir la relación y la rechazan** cuando esta se llega a dar, la familia se considera un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorriga a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error (Rodríguez, 2004).

La búsqueda de *homologías estructurales* que permitieran que el fenómeno observado fuese explicado evidenciando no un haz de causas internas (familia), ni externas (circunstancias históricas y sociales), sino un paralelismo entre las dos estructuras: por un lado, el comportamiento del individuo dentro de su particular historia afectivo relacional y del proceso evolutivo familiar, por el otro, las coincidencias histórico sociales. El escenario delineado a través de éstas investigaciones fue el **alcance trigeneracional**, donde la transmisión intergeneracional del trauma (o carencia) resultaba el cofactor etiopatogénico de mayor relieve en las familias de funcionamiento poco prometedor (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999).

Método paradójal

En los años 70 el equipo de Milán seguía un modelo sistémico basado en la utilización del nombrado Método Paradójico que pretendía romper el juego familiar disfuncional y llevar a la familia a otro tipo de interacción en el que no fueran necesarios los síntomas. Selvini Palazzoli no privilegia la emancipación del individuo: trata no tanto de “*salvar*” al portador del problema, sino de **corregir la complejidad de la situación relacional**, de tal manera que la totalidad del sistema encuentre una coherencia sin necesitar un síntoma. Selvini (1988) consideró que se obtuvieron algunos resultados asombrosos pero que tampoco faltaron fracasos.

Insatisfechos con el enfoque paradójal, poco interesados en la pura técnica terapéutica; el interés de Mara Selvini Palazzoli se centra ahora en el pasado de la familia, en los patrones transmitidos de generación en generación que crean síntomas fuertes y congruentes con la situación familiar.

Método de la serie invariable de prescripciones

En esos tiempos de búsqueda de nuevas formas de trabajo, atienden a una familia dónde la terapeutas Palazzoli y Prata se encuentran a sí mismas incapaces de construir una hipótesis clara del juego familiar a excepción de identificar que el **subsistema filial** se encontraba *inmiscuido* de forma “violenta y absurda” dentro del subsistema paterno. Idean entonces el método de la prescripción invariable” que se propone como una manera drástica ayudar a la familia a crear límites, para lograr que los padres concedan a los hijos y a ellos mismos **un espacio privado**.

Es catalogada como un medio no sólo para tratar a las familias, sino también para entenderlas. La prescripción, proporciona una constante contra la que cada miembro de la familia reacciona de forma levemente diferente y permite a las terapeutas prestar atención a cada individuo y evaluar su contribución a lo que empieza a ser definido como “*juego familiar*” (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*). El uso regular de éste método permitió la **detección de disfunciones importantes** en las familias que denominaron **embrollo** de los afectos e **instigación** y la construcción de un modelo histórico en seis estadios (Cirillo *et al, op. cit.*).

Juegos Psicóticos (familiares)

La **metáfora del “juego”** alude al proceso en el que intervienen varios participantes (jugadores) que compiten entre sí; se siguen reglas (ocultas y negadas), siendo la principal que el juego continúe a cómo de lugar. Se establecen equipos (alianzas) y se busca no perder a toda costa. En este plan todo es válido, incluso el desarrollar alguna enfermedad mental con tal de ganar u obtener ventajas sobre el contrincante. De Shazer (1989, p. 58) refiere que la terapia para el grupo de Milán “es similar a un juego de ajedrez, en el cual poco o nada se conoce acerca del contrincante, salvo su manera de jugar.”

El *juego familiar*, se utiliza como una **hipótesis operativa**, es decir, como un diagnóstico sobre el que basar una intervención. El estudio y la terapia de una familia parten de la elaboración de una hipótesis sobre el tipo especial del juego en curso. Sobre la base de esa hipótesis se orienta la entrevista para tratar de obtener toda la información posible que permita verificarla o desmentirla. Una hipótesis de juego relacional pasa por la identificación de la estrategia de cada uno de los actores: finalidades, pensamientos y sentimientos en base a los cuales ellos organizan su accionar recíproco.

Juegos Sucios (embrollo e instigación)

Selvini (*op. cit.*) hace hincapié en el juego familiar describiendo varios tipos de “juegos sucios” en los que la pareja implica a un hijo en su pelea recurriendo a maniobras desleales y enmascaradas. Los juegos sucios entonces, son aquellos que se ponen en manifiesto cuando se emplean artimañas sutiles, mentiras desfachatadas, falsedad, manipulaciones, seducciones, promesas y engaños donde ***el verdadero propósito esta enmascarado o escondido*** y en ningún caso se lo admite, aun cuando se consigue se lo niega. La hipótesis es que la conducta psicótica del paciente está íntimamente ligada al juego sucio. En el **embrollo**: el comportamiento sintomático aparece cuando el hijo se siente traicionado por el padre con el que parece tener una relación privilegiada de punto de vista afectivo, pero en realidad no es auténtica y el hijo es usado como herramienta contra el otro cónyuge. La **instigación** envuelve entonces una serie de actos, un nivel triádico y un camino tácito al drama.

De analizar este juego nacen los **seis estadios** del juego psicótico en la familia:

a. Crisis en la pareja de cónyuges

El embrollo comienza con un *impasse* o “**estancamiento conyugal**”. Esta situación desune a la pareja de esposos pero no se asume ni se trata abiertamente; atemoriza a la pareja, no se toca y se niega. La tensión puede derivar hacia discusiones y peleas de impacto limitado que no amenacen abiertamente la subsistencia de la pareja y de la familia en sí.

b. Involucramiento del hijo en el juego de la pareja

El hijo decide ingresar en el juego tomando partido por el progenitor “débil” contra el progenitor “fuerte”. Escucha, por ejemplo, a la madre llorar, quejarse, se convierte en su confidente, ve las “injusticias” de las que es objeto y decide equilibrar la balanza de la pugna parental. Este hijo (futuro paciente identificado) lleno de amor e indignación comienza a embrollarse.

c. Comportamiento inusitado en el juego de la pareja

Surge una conducta inusitada en el hijo involucrado. La conducta negativa, busca provocar al supuesto ganador, retar su autoridad, su fuerza y “enseñar” al padre perdedor a defenderse. El padre perdedor mira lo que ocurre y se muestra incapaz de apoyar a su cónyuge con respecto al hijo (a veces hasta lo contradice abiertamente) o lo hace de manera ineficaz.

d. Cambio de posición del padre considerado como aliado (paso al padre)

El problema se va agudizando, el hijo colma la paciencia de ambos padres; el padre coludido con el hijo reconoce que éste se ha sobrepasado y opta por darle la espalda. Recién allí le da la razón a su pareja y apoya sus medidas. El hijo involucrado ve este viraje del presunto aliado como traición, pero lejos de retirarse redobla sus provocaciones y cae en una patología ya sin control.

e. Explosión de la psicosis

Eclosiona una patología de acuerdo a las características del hijo: anorexia, bulimia, psicosis, intentos de suicidio, consumo de drogas, etc. Se tiene así al aprendiz de héroe embrollado, involucrado y enredado en una situación de la que ya no sabe cómo salir. Quiso ayudar y empeoró la situación.

f. Estrategias basadas en el síntoma

La sexta fase, estrategias de los progenitores en torno al síntoma, suele consistir en que los padres conflictuados utilizan la enfermedad del hijo como arma para agredirse mutuamente. Sin solución a la vista para el *impasse*, se dedican a recriminarse y a echarse la culpa por lo que pasó.

La transmisión Intergeneracional de la carencia

En la revisión de los casos tratados, se suscitaron dudas que superaban los límites del “estilo de asistencia” y del “modelo relacional de la pareja” empujando al conocimiento de las vicisitudes relacionales pasadas (en las familias de origen) que desencadenaban en madres *incompetentes* y padres *ausentes*. El resultado fue retroceder un peldaño en la pauta estadal poniendo en primer puesto ya no la crisis de la pareja sino la relación de los padres con las respectivas familias de origen. Existía un *vínculo de las dificultades vividas por los padres desde su infancia*, la repercusión de estas vivencias en la formación de las parejas y en el posterior estilo asistencial a la sintomatología del hijo. Existe un mecanismo dominante que interviene en la comunicación familiar: *la minimización*, que no consiste en negar o esconder los acontecimientos reales, sino en amortiguar la relevancia emocional que los acompaña principalmente en eventos traumáticos. Los padres transmiten *intergeneracionalmente* una cultura afectiva y relacional adquirida en la relación con los respectivos padres cargada de *vicisitudes carenciales* y traumáticas, pero impensables como tales, no elaboradas e inexpressadas (Cirillo *et al, op.cit.*).

Método de la revelación del juego familiar

La serie invariable de prescripciones se abandonó por tres razones: no funcionaba con familias hostiles, cuando la paciente no vive con sus padres o es uniparental y porque a veces no se seguía la prescripción. Se pensó entonces en conectar el sufrimiento de la paciente con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres (Selvini, 1998).

Técnicas

Las **intervenciones terapéuticas** incluían:

- **La connotación positiva.** Aprueba de manera explícita la tendencia homeostática de la familia tranquilizándola y estimulando paradójicamente su capacidad de cambio. Evita trazar demarcaciones moralistas y subjetivas entre buenos y malos, sanos y enfermos.
- **La reformulación paradójica.** Un tipo de connotación positiva en la que los terapeutas se ponen a favor del “no cambio” prescribiendo a cada miembro de la familia que persistiera en su comportamiento por el bien ajeno.
- **Los rituales familiares.** Consisten en una serie de acciones que tácitamente sustitúan las habituales reglas de relación por otras nuevas, sin recurrir ni explicaciones ni a críticas.
- **El largo intervalo entre las sesiones** fue producto de una constatación experimental: las intervenciones terapéuticas requerían tiempo para que sus efectos sobre la organización de las familias se hicieran visibles

Hipótesis, Circularidad y Neutralidad

Con la publicación del artículo que abordaba los postulados de “Hipótesis, Neutralidad y Circularidad”, Milán abandona el envío de una prescripción y se introduce una forma de conocer e investigar más el juego en curso y *el interrogatorio circular* se ve como un instrumento no solo para detectar el juego familiar sino para modificarlo definiendo una forma de trabajo en donde: la *Hipótesis* conecta las conductas de la familia con su significado; la *Circularidad* es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio de una forma triádica; la *Neutralidad* se logra cuando el terapeuta se mantiene con todos a la vez, no juzga ni critica evitando alianzas o falta de involucramiento (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980).

Boscolo y Cecchin se separan del grupo original, aunque siguen algunos lineamientos de la escuela de Milán, incorporan la *perspectiva del tiempo* distinguiendo una amplia subjetividad en su percepción se influyen del constructivismo y evolucionan hacia la complejidad (Boscolo y Bertrando, 1996). La terapia se convierte en una *cocreación* de terapeutas/clientes y se buscan pautas pero ya no las observables en la interacción, sino *las premisas epistemológicas*, los significados, los sistemas emotivos y las historias de los clientes siendo el punto central de interés las premisas de los miembros del sistema incluyendo a los terapeutas evidenciando así la *cibernética del segundo orden* (Cecchin en Cambell & Draper, 1985)

Ante diversas novedades en las líneas de pensamiento, Cecchin (1987) reformula la neutralidad como un estado de *curiosidad*, se pasa del constructivismo al *construccionismo social* (Fruggeri, 1998) y aunque con diferencias, el dialogo en el equipo pone en relación los variados puntos de vista y “la resultante colectiva termina siendo batesoniana *la pauta que conecta*” (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*, p. 258).

Reflexiones

La evolución del modelo de Milán integra una serie de concepciones y técnicas que en la práctica clínica se reconocen valiosas, sin embargo, comprender todas las líneas de pensamiento dentro de una categoría: Modelo de Milán, puede resultar una tarea compleja debido a las posiciones no solo diferentes sino algunas opuestas a lo largo de su evolución, como pasar de la creencia en la existencia de un síntoma correspondiente invariablemente a una configuración familiar y solo a esta, de la posición estratégica inspirada del MRI, al estado de curiosidad y la posición autoreflexiva del terapeuta al incluirse en el sistema Me pregunto ¿cuáles son los motivos para actualmente conservar una denominación que se dista de una concepción original? ¿Habrá sido con una intención de conservar la fama y el sello distintivo que originalmente le dio al modelo el trabajo de Selvini?

2.2.6. Modelos derivados del Posmodernismo

Introducción

Como se ha mencionado en páginas anteriores, la Psicología como cualquier otro producto humano en mayor o menor medida presenta características propias del contexto social donde se genera. Los periodos en la historia de la humanidad denominados como Modernidad y Posmodernidad nutren las nociones de diferentes los modelos que se han desarrollado en el ámbito terapéutico. De acuerdo al creador del término François Lyotard (citado en Bertrando y Toffanetti, 2004, p. 292) “La posmodernidad es un profundo escepticismo sobre la validez universal de los componentes narrativos singulares o versiones teóricas de cada situación humana”.

Existe un consenso en los estudiosos en considerar el surgimiento de una época posmoderna a partir de la década de los 70's a partir de los movimientos estudiantiles originados que se replicaron alrededor de diferentes partes del mundo con características comunes (Roa, 1991). La queja compartida a los gobiernos y las instituciones surgía de una experiencia general de malestar y falta de oportunidades, lo que generó una crítica en diversos ámbitos de pensamiento principalmente del positivismo que caracterizaba a la Modernidad.

La propuesta posmoderna sobre el conocimiento postula que éste está construido socialmente a través del lenguaje. Supone que no podemos tener una representación directa del mundo, sólo podemos conocerlo a través de nuestra experiencia del mismo y el lenguaje ocupa un lugar central en esta experiencia. Se había considerado que el pensamiento aparecía primero y era transmitido a través de la palabra, pero el posmodernismo propone que el lenguaje más que representar la realidad, “la constituye”. Es decir, que las palabras que utilizamos no «reflejan» o expresan lo que pensamos o sentimos, sino que le dan forma a nuestras ideas y al significado de nuestras experiencias por lo que Andersen (1995) consideró que “el lenguaje no es inocente”.

Los Modelos Posmodernos entienden la terapia como un proceso conversacional en el que los clientes y terapeutas co-construyen nuevos significados, historias alternativas, posibilidades y soluciones. La crítica posmoderna ha tenido un gran impacto en las disciplinas sociales, en la psicología y en la psicoterapia. Ha invitado a reconsiderar muchas de las premisas tradicionales sobre la naturaleza de las personas, de los problemas y de la relación terapéutica (Tarragona, 1999). Se han entonces desarrollado modelos terapéuticos que comparten características.

Características comunes de las terapias posmodernas

De acuerdo a Tarragona (2006) las terapias constructivas o posmodernas tienen enfoques diferentes que se pueden diferenciar claramente en sus prácticas, pero comparten ciertos conceptos básicos, un conjunto de ideas teóricas y una postura o forma de relacionarse con los clientes que son:

- ***Inspiración interdisciplinaria.*** Muchos de los fundamentos teóricos de estas terapias están inspirados por disciplinas distintas de la psicología con ideas de filósofos, antropólogos, historiadores, lingüistas y críticos literarios. Entre ellos Bateson, Berger y Luckman, Geertz, Turner, Wittgenstein, Gadamer, Derrida, Ricoeur, Foucault, Lyotard, Shotter, Anderson y Rorty. Dentro de la psicología han sido especialmente importantes las ideas de Gergen, Vigotsky, Bruner y James, entre otros.
- ***Una visión social/interpersonal del conocimiento y la identidad.*** La Terapia Narrativa y la Colaborativa coinciden en que la experiencia de la realidad o el significado que le damos a nuestras vivencias se construye a través de interacciones con otras personas y que no dependen sólo de cuestiones individuales. Estos enfoques terapéuticos le dan mucha importancia a los factores sociales que posibilitan y/o limitan nuestras formas de entender lo que experimentamos en; los contextos culturales, relacionales y lingüísticos.
- ***Atención al contexto.*** Aunque no se basan en la analogía cibernética que frecuentemente se asocia con el término «sistémico» y en la actualidad se utilizan tanto para el trabajo con familias como con parejas e individuos, de diferentes edades. Se pueden entender como «sistémicas» en el sentido más amplio del término: el de pensar en la gente siempre en contexto, bien sea el contexto cultural, en el contexto de sus interacciones con otras personas o en el de los «sistemas conversacionales» en los que participa.
- ***El lenguaje como eje central de la terapia.*** La terapia es vista como un proceso conversacional y se piensa que el diálogo y la conversación son generadores de significados. La forma en la que pensamos y hablamos de nuestros problemas o dificultades puede contribuir a que nos hundamos más en ellos o podamos contemplar nuevas formas de verlos, de solucionarlos o transformarlos.
- ***La terapia como colaboración o «sociedad».*** Se ve el proceso terapéutico como una actividad en la que participan conjuntamente clientes y terapeutas. Los clientes y los terapeutas son compañeros o socios en la conversación, la construcción de soluciones o el desarrollo de nuevas historias e identidades.
- ***La multiplicidad de perspectivas o «voces».*** Una idea recurrente dentro de la crítica posmoderna es que existen muchas «voces» o realidades humanas. La pluralidad o «polifonía» también se logra al incorporar en las sesiones equipos de más de un terapeuta. Por ejemplo, el trabajo con equipos reflexivos, los equipos «como si», los «testigos externos» y las «ceremonias de definición».

- **Valorar el «conocimiento local».** Se cuestionan los «discursos universalizadores», es decir, las explicaciones que pretenden ser aplicables a todos los seres humanos y se centra más en la visión que el cliente tiene de las cosas y las nuevas ideas que se van generando en las conversaciones terapéuticas. Esto lleva a los terapeutas a adoptar una postura de curiosidad y promueve una relación de respeto y colaboración.
- **El cliente como estrella.** El cliente es visto como el experto en su propia vida y se parte de la definición que él tiene de su problema. Asimismo, el cliente es quien define el objetivo de la terapia y cuándo éste se ha alcanzado. En estos enfoques, el terapeuta no asume un papel de experto. Esto no quiere decir que el terapeuta sea ignorante o que no sepa nada sino que será un experto en el proceso conversacional que produce.
- **Ser «públicos» o «transparentes».** Los terapeutas no somos observadores objetivos, se procura lo posible por estar libre de prejuicios con los clientes; pero como no es posible no tener valores personales, opiniones o preferencias, es importante que el terapeuta sea abierto respecto a éstos. En la terapia Narrativa a esto se le llama «transparencia» y en la Colaborativa se habla de «ser públicos».
- **Interés por lo que sí funciona.** Una de las características que distingue a estos abordajes terapéuticos de las terapias tradicionales es su énfasis en lo que va bien en la vida de las personas y en lo que éstas consideran importante y valioso. Al centrarse en las excepciones a los problemas, en las historias alternativas o en los recursos y la creatividad de los clientes.
- **La agencia personal.** Se refiere a la posibilidad de tomar e implementar decisiones que nos acerquen a lo que queremos lograr en la vida, a lo que preferiríamos hacer y cómo nos gustaría ser.
- **Flexibilidad en la duración de la terapia:** Las terapias Colaborativa y Narrativa también pueden ser breves, pero son muy flexibles en este aspecto. Generalmente el cliente decide si y cuándo quiere volver a ver al terapeuta y quién sería deseable que asistiera a la siguiente sesión. Las terapias pueden ser largas si los clientes lo desean, por ejemplo, pueden ver al terapeuta esporádicamente durante años.

2.2.6.1. Terapia Narrativa

La narrativa es un concepto cada vez más popularizado en la década de los 90's junto con el posmodernismo y el construccionismo social; es utilizado en el desarrollo de las ciencias sociales, la antropología, la psicología y el psicoanálisis; sin embargo en Terapia Familiar “el modelo más coherente y completo de terapia narrativa no procede de clínicos conocidos, sino de la periférica y marginal Oceanía” (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*, p. 314). A Michael White, quien inicia su carrera como trabajador social en Adelaida, Australia del Sur, y David Epston de origen canadiense residente en Nueva Zelanda, son los creadores (Castillo, 2004).

Antecedentes

Michael White se interesa inicialmente por la aproximación sistémica y por los modelos del MRI pero conoce a Karl Tomm y se interesa en la semántica de la comunicación y la construcción de significados; en la década de los 80's estudia las ideas Michael Foucault, Erving Goffman y Jacques Derrida que le permiten la reflexión sobre los procesos de desinstitucionalización del conocimiento y del poder del conocimiento experto; en la década de los 90's estudia el construccionismo social en trabajos de Gergen y Davis y la narrativa de Bruner. White pone sus ideas en práctica trabajando con niños que padecen encopresis, comúnmente estigmatizados hasta por sus propios padres y empieza a separar la persona del problema publicando sus primeras contribuciones a la teoría y práctica de la terapia a finales de la década de los 80's en colaboración con **David Epston** cuya contribución más importante se identifica en el uso de medios literarios con fines terapéuticos (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*).

Premisas

White y Epston (1993) refieren su preferencia por **la analogía con el texto** para incluir en la terapia ya que “para entender nuestras vidas y expresarnos a nosotros mismos, la experiencia debe **«relatarse»** y es precisamente el hecho de relatar lo que determina el significado que se le atribuirá a la experiencia” (p. 27). Una **historia densa, rica o gruesa** está ampliamente detallada, presente en muchas situaciones, áreas y proviene de las personas para quienes esa historia es relevante. Una **historia frágil, simple o delgada** generalmente proviene de observadores de fuera, no de las personas que la están viviendo. Cuanto más «densa» sea una historia, más posibilidades abrirá para la persona que la vive. White y Epston creen que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive con **«historias dominantes»** que están **«saturadas de problemas»** por lo que es importante **«deconstruirlas»**. “A través del proceso deconstructivo la persona contempla su experiencia con mayor perspectiva, escribe una historia más rica y sienta las bases del cambio futuro” (Payne, 2002, p. 31).

Técnicas

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo claro que consta de diferentes prácticas o tipos de conversación entre clientes y terapeutas. Entre las principales técnicas del modelo narrativo de White y Epston se han identificado las siguientes (Payne, 2002; Tarragona, 2006):

- **Las conversaciones exteriorizadas.** Estas pretenden separar los problemas de la identidad del cliente considerándolos externos a él o ella, esto puede ayudar a ponerlos en perspectiva, sentirse menos culpables, y recuperar confianza en que pueden hacer algo para solucionarlos. Los pasos incluyen **nombrar al problema** con palabras exactas del cliente o metáforas propuestas por el terapeuta; **explorar los efectos del problema** en la vida de la persona para entenderlo mejor y explorar historias alternativas; y entonces **deconstruir el problema** abordando ideas sobre el contexto y su influencia en sus concepciones para que se tome una postura al respecto.
- **Identificación de «acontecimientos excepcionales».** Se trata de encontrar evidencias de otras historias o narrativas sobre su identidad, épocas o eventos que contradigan la historia dominante que le afecta y proceder a **Engrosar la trama**, es decir, fortalecer esas historias frágiles para que adquieran mayor significancia y peso para los clientes.
- **Las conversaciones de reautoría.** Se trata de reescribir las historias que constituyen la identidad con el uso de preguntas que se categorizan en el «**Panorama de la Acción**» que comprende hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas específicas; y el «**Panorama de la conciencia**» que es constituido por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y las del lector.
- **Documentos terapéuticos.** Entre estos se encuentran **diplomas, certificados o diferentes cartas**: de recomendación, de predicción, declaraciones, entre otros que fortalecen las historias alternativas y que pueden en ocasiones servir como contra-documentos que contienen descripciones negativas como son expedientes o reportes psicológicos.
- **Equipos de «Testigos Externos».** Se trata de una variante de los equipos reflexivos. Son prácticas concebidas como “ceremonias de definición” que contribuyen a validar y fortalecer las historias de clientes. Los testigos pueden ser terapeutas, familiares o amigos del cliente, generalmente con experiencias similares a las que este está viviendo.
- **Re-membrar.** Se invita metafóricamente a involucrar personas que contribuyan a proporcionar una visión enriquecedora de los consultantes: pueden incluirse individuos que se han perdido, gente famosa o cualquiera que se desee ingresar al “club de la vida”.

Reflexiones

La metáfora narrativa se ha popularizado recientemente, tanto que vemos que algunos de los personajes y modelos pioneros de la Terapia Familiar, la han incorporado a sus propias formas de hacer su trabajo terapéutico. Munuchin, uno de los primeros representantes de la terapia sistémica ha llegado a autodenominarse “terapeuta estructural-estratégico-narrativo” según Desatnik (2004) y el Modelo de Milán ha llegado a incorporar numerosas ideas de ésta forma de trabajo que se identifican dentro de su fase posmoderna (Reséndiz, 2010).

Considero que en lo personal que entre lo valioso de concebir “historias” es conseguir un sentido de continuidad en la vida de la persona y no de ruptura. La “atención y cuidado en el lenguaje”, en lo que es evocado en las narraciones y con qué palabras tuvo una sintonía con la forma de trabajo personal. El abordar que lo que nos decimos a nosotros mismos es construido socialmente y que el medio para ello es el lenguaje, me hizo pensar en cómo con éste se construyen realidades. Como dice Anderson (2006) “el lenguaje hablado o no, es el vehículo principal a través del cual le damos sentido a nuestro mundo”.

2.2.6.2. Terapia Colaborativa

Los terapeutas narrativos ven a la terapia como una tarea de colaboración entre cliente y terapeuta pero la aproximación colaborativa se basa en un aspecto fundamental que es la posición heterárquica, que el cliente y el terapeuta ostentan la misma dignidad por lo que se enfatiza la importancia de realizar conversaciones abiertas; presentan entonces diferentes objetivos estos enfoques: en el conversacional es cuanto menos incierto, mientras que en el narrativo, la reautoría (*re-authoring*) es el fin y la conversación el medio (Bertrando y Toffanetti, *op. cit.*; Beltrán, 2004, Anderson, 2003).

Antecedentes

Este abordaje terapéutico tiene su **origen en los años 70 en Galveston, Texas (EUA)** con un equipo interdisciplinario dirigido por el **Dr. Harry Goolishian** quien reconoce influencias de Bion, Winnicott y Rogers. De acuerdo a Tarragona (2006) el equipo de Galveston llegaba a enfrascarse en lo que los clientes les contaban y los terapeutas olvidaban planear una intervención; con tiempo se dieron cuenta de que la conversación misma tenía un impacto en los clientes aun cuando no existiese alguna intervención previamente diseñada y de ahí surgió una forma de trabajar que **concibe a la terapia como un proceso conversacional y dialógico**.

Harlene Anderson, quien se reconoce como la más fiel colaboradora de Harold Goolishian, toma la dirección del Galveston Family Institute al morir su maestro. En el artículo “*The Client is the expert: A not Knowing approach to Therapy*”, publicado en 1992 (después de la muerte de Gooloshian), Anderson y Goolishian dan un vuelco a la concepción sistémica que consideraba que el sistema disfuncional crea el problema y que tal problema puede ser modificado operando en el contexto pero la perspectiva de estos autores propone que “los sistemas no crean problemas sino que el uso del lenguaje referido a los problemas es lo que constituye a los sistemas” (Bertrando y Tofanetti, *op. cit.* p. 325).

Premisas

Los conceptos centrales son **el lenguaje** como conversación y **la colaboración** como una actitud terapéutica por la que se definen las relaciones, las identidades de los participantes y la terapia misma. Se incluye y se valida **el saber cotidiano** y la experiencia del paciente, evitando imponer una comprensión superior, lo que permite que emerjan soluciones decididas con mutualidad. **Los problemas** no son resueltos sino disueltos a partir de una nueva percepción del cliente a través del cambio que es consecuencia natural del diálogo y la novedad que se genera en la conversación con el terapeuta que crea significados únicos junto con el cliente. (Beltrán, 2004).

Tarragona (2006) a través del estudio de las obras de Harlene Anderson expone que la terapia colaborativa **no tiene una serie de técnicas específicas** o ciertos pasos a seguir y que se enfatiza que se trata más bien de una filosofía o postura respecto a la gente y cómo nos relacionamos con ellos. El terapeuta que cree y puede transmitir al cliente que lo vemos como un ser humano único que *vale la pena escuchar lo que tiene que decir*, se conectará de forma auténtica con el otro y podrá colaborar y construir con él en un **proceso terapéutico participativo, colaborativo y poco jerárquico**.

Entre las ideas que se traducen en una práctica terapéutica se encuentran:

- **Las sociedades conversacionales** en las que el foco de atención es el cliente y lo que tiene que decir.
- **La terapia como investigación** compartida en la que se pretende clarificar, ampliar y transformar con interés en el “conocimiento local”, es decir, lo que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación más que por una teoría que la explique.
- **El cliente es el experto** de su propia vida y se respeta la historia del cliente y se toma en serio los que éste tiene que decir y la manera que lo expresa.

- **La postura del “no saber” del terapeuta** indica que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada o total del cliente pero no significa que no sea experto nada, lo es en procesos conversacionales donde es responsable de crear un espacio que invite al diálogo, a la exploración conjunta y a la colaboración al definir y disolver los problemas,
- **La incertidumbre** de dónde nos va a llevar una conversación y la transformación (en lugar del termino cambio) que se presentará.
- **Ser público** que se refiere a la apertura del terapeuta a compartir la conversación interna en lugar de mantenerla oculta o velada.
- **La terapia como vida cotidiana** debido a que lo que sucede en terapia es muy similar a lo que pasa fuera de ella por lo que permite el lenguaje coloquial en lugar del “profesional.
- **La multiplicidad de perspectivas** se refiere a valorar la pluralidad y complejidad de distintas voces. En el equipo “como si” los participantes escuchan la sesión y comparten sus reacciones hablando “como si” fueran las personas que han escuchado.

Reflexiones

La Terapia Colaborativa, como su nombre lo indica, pone su atención en la relación terapéutica y considera que no es necesario realizar alguna intervención prediseñada, sino que el proceso dialógico producirá un bienestar en la persona. Concebir que los problemas no se “resuelven” sino se “disuelven” me parece una de las ideas más ricas de éste modelo.

Dentro de los modelos posmodernos, ésta terapia enfatiza como ninguna la idea de que el terapeuta no posee una comprensión superior de la de sus clientes, en la práctica sin embargo, se ha revisado que generalmente quien acude a un proceso terapéutico tiene una idea diferente que solo “conversar” y puede frustrarse si el terapeuta se dirige de ésta forma considerando previamente que existe una sintonía de expectativas.

Al utilizar este enfoque parece necesario compartir con los clientes muchas de las visiones de la forma de hacer esta terapia, cuando se comparte de forma previa las características de la terapia, los consultantes pueden decidir si les interesa o convence el procedimiento para alcanzar sus objetivos. Otra forma que considero adecuada de proceder es compartir con los clientes gradualmente lo que parece funcionarles al conversar y sustentarlo con los fundamentos teóricos de esta terapia; pensar en una postura de “no saber” radical, como la que se considera teóricamente que funciona terapéuticamente, se ha alejado de la personal experiencia práctica.

2.2.6.3. Equipos reflexivos

Tom Andersen es a quién se le atribuye el paternaje del equipo reflexivo, quién lo denomina así en 1985, cuando después de trabajar con equipos terapéuticos inspirados en las ideas del modelo de Milán, comienza a sentir incomodidad al asumirse como un terapeuta experto y al tratar de decidir cuáles de las ideas parecían “mejores” para proporcionarlas a los pacientes. Concibe entonces que podían abrirse todos los comentarios de los terapeutas a los pacientes y permitir que ellos encontraran sus propias respuestas y lo que consideraran de utilidad (Andersen, 1991).

La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a los otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son **fenómenos interaccionales creados** y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros (Anderson, 1997). De acuerdo a esta premisa epistemológica, el multiverso presentado a los pacientes, lo cotidiano de escuchar de los propios terapeutas sus visiones y la libertad para que ellos decidan lo que es de utilidad resulta relevante del trabajo clínico.

Los miembros del equipo reflexivo desarrollan sus actividades en contextos diferentes y tienen agendas personales y funciones diferentes. Todo esto influye en el proceso de aprendizaje, ya que cada miembro es un agente activo de su aprendizaje personal, interpersonal y grupal a través del intercambio de experiencias y de la conversación continua entre ellos mismos. De esta manera, se forma un contexto de colaboración y un clima de apertura, intercambio, colaboración y flexibilidad.

A través de la conversación generativa, surge el **proceso de co-exploración** en donde todos los participantes intervienen para aportar su opinión acerca de los problemas y de sus posibles soluciones. El foco de atención reside en el **proceso del diálogo** más bien que en el contenido. Al mismo tiempo, a través de la metodología reflexiva, los responsables de la estructura institucional abren un proceso de reorientación del proyecto inicial y emprender la acción en los niveles correspondientes.

Procedimiento y lineamientos principales del equipo reflexivo

Los representantes de esta aproximación señalan que no hay formatos preestablecidos para desarrollar la terapia, pero es posible distinguir líneas generales o lo más usual en los trabajos reportados (Beltrán, 2004).

- Presencia de personas relacionadas con la situación que presentan los clientes.
- Preguntar a los clientes si están de acuerdo con esta modalidad.

- El uso o no de una sala de observación varía, preguntar de qué lado desea que se encuentre el equipo si es que existe un espejo.
- Una actitud de "no-saber" para facilitar que el otro nos informe.
- Una actitud de curiosidad para preguntar al otro que nos dé su versión del problema.
- Una disposición a escuchar atentamente al otro.
- La habilidad de establecer un diálogo interno para estar sensitivo a lo nuevo que el otro nos aporta.

Las recomendaciones pueden ser las siguientes:

- Preguntar o proponer desde una posición tentativa.
- No detenerse demasiado en un tema sino mostrar curiosidad por varios.
- Pensar que lo que se quiere decir puede ser entendido por el cliente.
- Hacer preguntas que amplíen posibilidades de narrar las historias.
- La novedad se logra hablando de lo familiar en un modo no familiar.
- El cliente tiene la última palabra de lo que se debe hablar y en qué modo.
- Los planteamientos deben hacerse con un matiz de duda, sin aseveraciones.
- Dar lugar a las preguntas y planteamientos hipotéticos.
- El equipo puede emplear términos como: no sé, tal vez, podría ser, se me ocurre que...
- El equipo solo entre éste y no establece contacto visual con los usuarios.
- El equipo no interrumpirá al terapeuta para dar consejos o preguntas.

Reflexiones

El Equipo reflexivo puede enriquecer el proceso terapéutico debido a la cantidad de visiones compartidas, aumentando la posibilidad que alguna de ellas o su combinación produzca un impacto benéfico en la construcción de la realidad de los consultantes. Sin embargo, esta modalidad de terapia se puede imaginar posible solo en contextos académicos o de formación profesional dentro de instituciones, limitando su implementación en los espacios privados donde puede parecer poco viable ésta opción.

De esta forma se puede enriquecer el terapeuta durante su formación y de alguna forma continuar con las voces escuchadas aun cuando funja como terapeuta único.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

“El amor no encuentra su sentido en el ansia de cosas ya hechas, completas y terminadas, sino en el impulso a participar en la construcción de esas cosas”

Zygmunt Bauman.

En el desarrollo del presente capítulo se pretende reflejar la adquisición de competencias profesionales en diversos escenarios. En la primera parte se aborda la aplicación de las habilidades clínicas, de detección, evaluación y tratamiento con quienes demandan el servicio. Se integran los expedientes de trabajo clínico de dos familias en las que se participó como terapeuta y coterapeuta respectivamente, con el análisis teórico metodológico de las intervenciones clínicas y en relación a los casos expuestos: se revisan los aspectos teóricos sobre la estabilidad y la satisfacción de pareja para favorecer problemáticas familiares. El segundo punto comprende las habilidades de investigación con el desarrollo de un instrumento de medición válido y confiable, así como las investigaciones con la aplicación de metodologías cuantitativa y cualitativa realizadas durante la formación académica. Las habilidades de enseñanza y prevención se contemplan en el tercer apartado con el diseño de productos tecnológicos, un programa de intervención comunitaria y la participación en foros académicos de los cuales se exponen las reseñas correspondientes. En la cuarta parte se discuten e integran las consideraciones éticas que emergieron a lo largo de la formación como terapeutas familiares.

3.1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico

Cabe indicar que los nombres de las familias analizadas en el presente reporte han sido modificados para mantener el anonimato y la confidencialidad del trabajo clínico. Se emplea un formato de tipo sistémico utilizado durante la asignatura de supervisión de Terapia Breve para estructurar la información y mostrar el enriquecimiento que el enfoque permite; aunque los modelos narrativos aplicados en ambos casos no necesariamente organizan o destacan de esta forma la información, se consideró adecuado para uniformar la presentación de los datos e integrar en los análisis visiones que ayudan a la ampliación de alternativas terapéuticas y que no se contraponen como podrá observarse en el desarrollo de las intervenciones. Los análisis de los casos exponen la visión y experiencias personales integradas a partir de las discusiones con coterapeutas, supervisores y equipos terapéuticos involucrados pero la responsabilidad de las observaciones y concepciones generadas en este reporte corresponden a una agencia personal.

3.1.1.1 Familia M: «Presos de la desconfianza»

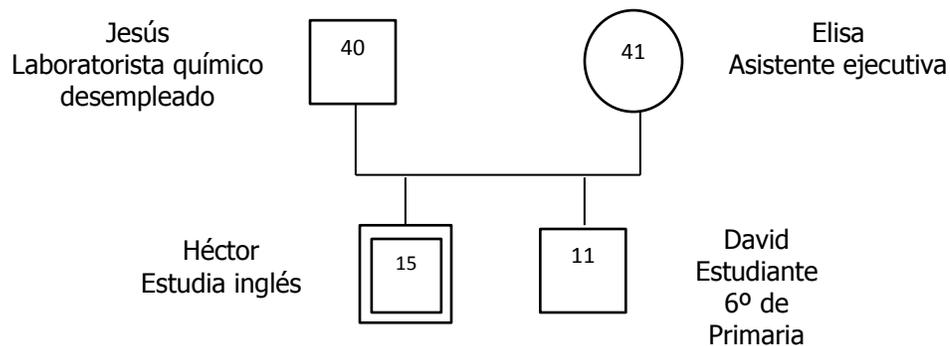
a) Antecedentes del proceso terapéutico

La Familia M acudió al Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología de la UNAM. Después de cumplir con los requisitos de admisión para ser atendidos, la familia fue contactada telefónicamente aceptando el horario disponible para la cita y acudiendo a terapia en el marco de la asignatura de supervisión de Terapia Narrativa. Se trabajó en salas con espejo unidireccional para permitir la observación del equipo terapéutico formado por los miembros de la décima generación de terapia familiar y de la supervisora Nora Rentería Cobos. De acuerdo al interés de los miembros de la generación, se integraron sus participaciones en la modalidad de equipo reflexivo. Debido a la simultaneidad de la revisión teórica del modelo junto con su práctica, fueron aceptadas intervenciones que facilitarían la fluidez del terapeuta sobre la aplicación rígida de los conceptos o modalidades de intervención que correspondieran exclusivamente a la Terapia Narrativa, adoptando diversas técnicas de las terapias posmodernas.

b) Ficha de Identificación de la Familia, problema y sistema terapéutico

Nombre de la Familia:	M
Motivo de consulta:	Problemas conductuales del adolescente de la familia.
Fuente de referencia:	Comunicación personal de trabajador de la UNAM conocido por el padre.
Paciente identificado:	Héctor.
Subsistema parental:	Elisa y Jesús.
Subsistema fraterno:	Héctor y David.
Sistema terapéutico:	Terapeuta - Abraham Islas García. Supervisora - Nora Rentería Cobos. Equipo reflexivo – Oscar Arvizu López, Mariana Cervantes Centurión, Joan Le Turq Segovia, Laura Mancera Gutiérrez, Jessica Ivonne Mendoza Jiménez, Giovanni Martínez Ortega, Lucelena Nava Martínez, Mariana Ortiz Quesada, Raúl Reducindo Vázquez y Gabriela Sandoval Miranda.
Sesiones reportadas:	5 sesiones de 1 hora 15 minutos de duración (aproximada).
Modulación de sesión:	Presesión (ocasional). Desarrollo de sesión. Pausa (Considerar devolución o participantes del equipo reflexivo). Participación del equipo reflexivo. Cierre de sesión con la integración de las visiones del equipo.

c) Familiograma



d) Cronología o Historia Familiar

La Familia M reconoció que había presentado dificultades en la pareja antes de los problemas familiares percibidos. Héctor se había mordido las uñas desde los diez años pero no se identificaba la razón por la que siempre había sido muy nervioso. El padre sufrió una denuncia de acoso sexual por parte de dos menores de edad: de quince y once años que les ayudaban en el hogar. Aunque las acusaciones fueron negadas y de acuerdo a las palabras de Jesús: la denuncia fue generada por tener una mala relación con la tía de las menores, permaneció del año 2004 al 2006 en un reclusorio. Pareció impreciso el proceso en el que indicaron sentenciarlo a 6 años de prisión pero después de ello, piden diez mil pesos las supuestas afectadas y recupera la libertad. Durante el periodo en que estuvo preso su esposo, Elisa atendía su trabajo, el hogar y las cuestiones relacionadas con el proceso legal.

Al salir del reclusorio, Jesús quiso recuperar su empleo de laboratorista en la UNAM pero indicó que ante los problemas inició un juicio laboral que limitó su ingreso a ser empleado nuevamente durante cinco años. Jesús realizó ocasionalmente actividades laborales informales como cuidar niños o trabajar en la construcción. Elisa al momento de asistir a terapia indica que se ha desesperado de llevar la responsabilidad económica de la familia y ha buscado alternativas para disminuir el estrés como asistir a un gimnasio o acudir a reuniones sociales pero Jesús está inconforme con estas actividades considerándolas motivos para desencadenar discusiones.

Héctor no logró entrar al bachillerato y se limita a estudiar inglés por lo que pasa más tiempo en casa, se interesa por actividades con sus pares lo cual no es bienvenido por los padres a quienes les produce malestar que él no cumpla con los límites de horarios indicados para encontrarse fuera de casa o las peticiones de ayuda en el hogar siendo éste el malestar principal que refirieron los padres al momento de encontrarse en terapia. Jesús indica que en éstas situaciones “explota” y ha llegado a utilizar la violencia física. David el hijo menor se encuentra cursando la primaria y se ubica ajeno a las situaciones conflictivas al momento de iniciar las sesiones terapéuticas.

e) Contexto social

Existe un interés creciente de Héctor en pasar tiempo con amigos. Para Elisa es importante la convivencia social pero Jesús no se encuentra interesado en las reuniones ni en las amistades de Elisa por lo que han tenido discusiones por esta situación. Jesús supone que se burlan de él y por eso se aleja socialmente y cree que “es importante cuidar la apariencia”. Jesús menciona que por parte de sus amistades ha podido tener actividad laboral pero parece que solo ha recurrido al aspecto pragmático de las relaciones sobre considerarlas un recurso emocional.

f) Contexto familiar amplio (familia extensa)

Se encuentran cercanos de la familia extensa de Elisa debido a que su vivienda fue construida en un terreno seccionado perteneciente a ésta. A Jesús le incomoda la idea de pensar que la familia política habla de él, no es de su agrado asistir a las reuniones familiares por lo que han ido disminuyendo este tipo de convivencia y le molesta que su esposa hable demasiado con ellos.

g) Descripción del problema y motivo de consulta

La familia se interesa por la rebeldía de Héctor al no cumplir con los límites de horarios indicados para encontrarse fuera de casa o las peticiones de ayuda en el hogar y secundariamente indican una mala relación de pareja que presentan los padres en la convivencia cotidiana.

h) Evolución del motivo de consulta

El tema de la relación de pareja tomó un papel principal en el interés de los padres, Héctor se descentralizó como causante de los problemas familiares y David comenzó a manifestar conductas de rebeldía y enojo que comenzaron a preocupar a los padres.

i) Intentos de solución

Se ha recurrido constantemente al uso de tono de voz elevado y la violencia física (en situaciones aisladas de acuerdo a los padres) sobre los hijos para hacer cumplir reglas. También se había deseado y expresado que cada uno de los cónyuges cambiase de actividades para evitar el malestar que les producía la conducta de la pareja pero al no sentirse escuchados, cada uno empezó a limitar la comunicación de sus inquietudes salvo en los momentos en que se sentían más alterados.

j) Pautas de interacción sistémica

Héctor manifiesta una alianza itinerante adecuada a sus intereses. Con su madre Elisa se refugia cuando Jesús “explota” ante el incumplimiento de su hijo en los horarios límites para permanecer fuera de casa y con su padre se alía para expresar el malestar por atender las labores del hogar que consideran corresponden a la madre. Ambos padres se sienten sobrepasados por la falta de atención, consideración y apoyo de su cónyuge por lo que pretenden encontrar un punto de estabilidad y compensación con su hijo mayor.

k) Estilo predominante de comunicación familiar

Existe un tipo de comunicación agresiva y autoritaria (dominante, impositiva) por parte de Jesús que se caracteriza por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales, obviando o incluso despreciando los de los demás, los demás miembros de la familia se muestran pasivos y moderan sus propias opiniones por temor al conflicto, dañar o ser castigados por padre.

l) Temáticas relevantes

La rebeldía de Héctor se presentó como el tema principal cuya inquietud compartían ambos padres. La madre Elisa también consideró importante hablar del “nerviosismo” constante de su hijo Héctor. Se abordaron las peleas constantes entre la pareja y su manejo frente a los hijos así como las repercusiones que han tenido las situaciones legales del padre en el ámbito laboral, económico, social y en su interacción con los familiares. En la dimensión pragmática se abordó la división de actividades del hogar al identificarse como un área que implicaba el malestar de todos los miembros de la familia.

m) Experiencias terapéuticas anteriores

La familia M no había experimentado tratamientos anteriores.

n) Expectativas del servicio

La familia M se presenta con expectativas y esperanzas de que el proceso terapéutico ayudara a que Héctor fuese más disciplinado, respetuoso y acatará los mandatos de los padres. Deseaban el bienestar familiar integral confiando en la calidad y profesionalismo del servicio que reciben al ser atendidos en la UNAM.

o) Principales recursos familiares

A pesar de presentar creencias rígidas sobre los roles de género, se identificó que podían flexibilizarse para asumir actividades que no necesariamente correspondían a estas creencias. Así Jesús se encontró cuidando niños para obtener un ingreso económico o dedicándose a actividades del hogar junto con su hijo Héctor. Elisa aunque se encargaba del sustento económico de su familia y se sentía agobiada, estaba dispuesta a asumir la responsabilidad si era apoyada por su pareja e hijos en el hogar. Ambos padres se encontraban interesados por el bienestar de sus hijos y consideraron su propia estabilidad emocional como un medio para lograr el bienestar familiar.

p) Principales limitaciones familiares

Existía una visión aislada de las problemáticas con tendencia a la crítica exclusiva de los demás sin abordar la interacción personal. Héctor no se encontraba estudiando por lo que la falta de estructura en las actividades podía dificultar la disciplina deseada por los padres y su sentir respecto a sus competencias (autoestima) y actividades sociales. La situación legal de Jesús tenía repercusiones sociales en las que el margen de maniobra directo era limitado.

q) Hipótesis sistémica

Héctor se encontraba triangulado por sus padres. La situación laboral, económica y social que se había complicado con el proceso legal y la reclusión que experimentó Jesús, intensificó las diferencias de los padres y puso en relieve las insatisfacciones que experimentaba la pareja. La comunicación agresiva con tendencia a la crítica y descalificación era manifestada por ambos miembros de la pareja en diferente medida de acuerdo a los temas y contribuía a la tensión emocional experimentada que a falta de encontrar escape o disolución dentro del subsistema conyugal se descargaba en la atención dirigida a Héctor. Los intereses y conductas manifestadas por Héctor propios del ciclo vital de la adolescencia eran percibidos de manera desmesurada.

r) Plan terapéutico general

Establecer una relación terapéutica respetuosa y comprometida para buscar conjuntamente con los consultantes la desconstrucción de las “verdades” de las historias dominantes saturadas de problemas transitando por los niveles cognitivo, afectivo y social. Se pretendió a partir de la visión narrativa, generar diferenciaciones entre el problema y la persona, así como encontrar acontecimientos extraordinarios e invitar a la familia a atribuirles un significado y organizar las narraciones en relatos alternativos con posibilidad de liberar conocimientos desestimados.

s) Cronograma de las sesiones realizadas y miembros de la familia que asistieron

<i>No. de sesión y fecha de 2011</i>	<i>Miembros que participaron</i>
1. 29 de agosto	Toda la familia
2. 12 de septiembre	Padres y Héctor
3. 26 de septiembre	Padres
4. 14 de noviembre	Toda la familia
5. 28 de noviembre	Padres y Héctor

t) Modelo terapéutico utilizado

Modelos Posmodernos

Para el presente caso se consideró emplear la visión de los modelos de terapia posmodernos con las modalidades de trabajo propuestas de la Narrativa de Michael White y David Epston y el trabajo con Equipos Reflexivos de Tom Andersen. Se emplearon también técnicas del modelo Centrado en Soluciones como herramientas adicionales.

Terapia Narrativa

White y Epston (1993) consideran que la gente se enfrenta a dificultades cuando vive « historias dominantes» que están saturadas de problemas, el problema se centra en que estas historias restringen y no abarcan partes importantes de las personas o llevan a conclusiones negativas sobre su identidad, por lo que es necesario hacer una distinción: la persona es la persona y el problema es el problema. El problema es algo externo a la persona que está afectando su vida.

El cambio puede entenderse en la metáfora narrativa, cuando las descripciones frágiles, simples o delgadas pueden «engrosarse», pues cuando las historias son más «densas», más posibilidades abrirán para la persona que la vive. Cuando las personas pueden proporcionar una narración diferente, relatos alternativos de sus experiencias y de sí misma, refleja que se ha producido un cambio en su visión del mundo y en el problema “ha escrito una nueva historia”. La analogía con el texto que hace la terapia narrativa, se convierte en un abordaje que posibilita conocer las diferencias entre relatos dominantes y alternativos; y a la vez sitúa los eventos en el tiempo para mirar los relatos en su contexto sociopolítico.

La terapia narrativa comparte ideas de la postura posmoderna en la que se entiende a la terapia como un proceso conversacional en la que los clientes y terapeutas co-construyen historias alternativas, sin embargo la persona es la protagonista de su historia, es la experta en su vida, por

lo que se exploraban lo que los clientes saben de sí mismos, de sus propias experiencias, enfocándose en no negar lo que experimentan.

La perspectiva posmoderna con tintes construccionistas que comparte la narrativa: concibe una realidad construida socialmente, mantiene una postura empática y respetuosa, se aleja de distinciones jerárquicas hacia una oferta de ideas, negocia y co-construye objetivos terapéuticos, evita vocabulario de déficit o disfunción y es optimista respecto al cambio.

La terapia narrativa ha desarrollado un estilo de trabajo que incluyen conversaciones externalizantes, la identificación de acontecimientos excepcionales, el uso de preguntas del panorama de la acción y del panorama de la identidad, el trabajo con equipos de testigos externos y el uso de documentos terapéuticos.

El equipo reflexivo

Las ideas de Tom Andersen sobre el equipo reflexivo contemplan que el multiverso presentado a los pacientes, lo cotidiano de escuchar de los propios terapeutas sus visiones y la libertad para que ellos decidan lo que es de utilidad, forman un contexto de colaboración y un clima de apertura, intercambio y flexibilidad.

A través de la conversación generativa, surge el proceso de co-exploración en donde todos los participantes intervienen para aportar su opinión acerca de los problemas y de sus posibles soluciones. El foco de atención reside más bien en el proceso del diálogo que en el contenido, se pretende al trabajar con el equipo: una actitud de «*no-saber*» y de *curiosidad* para facilitar que el otro nos informe; establecer un diálogo interno para estar sensitivo a lo nuevo que el otro nos aporta; preguntar o proponer desde una posición tentativa, no detenerse demasiado en un tema sino mostrar curiosidad por varios; pensar que lo que se quiere decir puede ser entendido por el cliente y hacer preguntas que amplíen posibilidades de narrar las historias. La novedad se logra hablando de lo familiar en un modo no familiar y el cliente tiene la última palabra de lo que se debe hablar y en qué modo.

Modelo de soluciones

A partir de este modelo se considera que los clientes tienen recursos para resolver sus quejas; se incorpora una orientación temporal a futuro y la identificación de soluciones en el ámbito pragmático que generen pequeños cambios. El empleo de técnicas propias de este modelo fue frecuente como: el uso de escalas, la proyección a futuro, uso de elogios, buscar excepciones y cambiar la forma de ver un recurso. Entre los principios concebidos para la terapia se consideró que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.

u) Resumen de las sesiones

1ª Sesión

Se realizan las presentaciones, se expone el encuadre de las sesiones y se inicia el acercamiento a la familia con una actitud de «curiosidad». Los padres indican que han tenido problemas familiares donde la principal preocupación es Héctor por su rebeldía y su nerviosismo reflejado al morderse los nudillos de las manos. El lenguaje corporal se percibe como tenso (brazos cruzados y actitud solemne). Se comparten en la primera sesión las actividades y preocupaciones de cada uno de los miembros de la familia. Héctor se encuentra en clases de inglés porque sus papeles de secundaria tuvieron problemas y no fue posible ingresar al bachillerato, para Héctor el problema es que su padre “explota” mucho y que hacen una diferencia en el trato a su hermano. El padre manifiesta sentirse culpable por recurrir a la violencia física para corregir. La madre se reconoce como “muy gritona y conflictiva”. Los padres manifiestan que no tienen una buena relación de pareja indicando que se pelean y gritan frente a los hijos por temas económicos y porque Jesús no está de acuerdo con las actividades de Elisa. La estancia de Jesús en un reclusorio es indicada como un evento determinante en su dinámica familiar actual aunque reconocen que presentan problemas desde momentos previos. Se devuelve al final de la sesión un reconocimiento por cada situación difícil que han atravesado y se alienta la esperanza de mejora con la atención terapéutica y su participación.

2ª Sesión

Se plantea en la pre sesión que las inconformidades de cada miembro les están impidiendo un espacio para el diálogo y que los hijos se encuentran muy triangulados en las peleas de los padres. En la sesión se considera cuestionar la polaridad semántica “siempre” al preguntar sobre eventos excepcionales y así engrosar historias alternativas. Cada miembro de la familia presenta diferentes posiciones en su propia vida que son “naturales” pero que convierten en problemas ante la mirada de los demás, se considera compartir esta mirada. En esta sesión se integra la participación de miembros de la generación en la modalidad de equipo reflexivo. Se disminuye el tiempo de la pausa para que se compartan las opiniones de los terapeutas frente a la familia en lugar de que lo hagan tras del espejo y el efecto que parece tener la inclusión del equipo es reflejar con mayor intensidad que se había escuchado a cada uno de los miembros de la familia. Se propone en el cierre de la sesión que ante el conocimiento de las visiones de cada miembro tal vez fuera adecuado empezar a explorar los cambios posibles a través de significados o acciones que sean útiles para la familia y parece que coinciden en que el malestar de los padres afecta a todos los miembros. Los padres se encuentran de acuerdo en asistir la próxima sesión sin los hijos para tratar sus inquietudes de pareja. Durante esta sesión aún permanece sin explorar el periodo que el padre se encuentra recluido por ser acusado de acoso sexual pues aunque parece relevante para el equipo, la familia no ahondó en los detalles de este evento espontáneamente.

3ª Sesión

Los padres llegan media hora con retrasado. Considero la posibilidad de deserción a la terapia por descentralizar al paciente identificado y ampliar el foco de atención a la pareja. Cuando se presentan tengo en mente que cada sesión puede ser la última así que abordo lo que creo conveniente y participo con un ritmo diferente al de la familia, pregunto las dudas y comparto lo que siento evitando imposiciones. Los padres comienzan a compartir quejas de los días anteriores a la sesión, cada uno culpa y mira de manera aislada los eventos, independientes de su participación. Comentan que Héctor quiere llamar la atención y el padre lo atribuye a que su esposa les quiere contar todo a sus hijos: “como somos familia debemos enterarnos de todo” dice Elisa. Jesús menciona que le da la confianza a su esposa pero que ella abusa, siente que no lo apoya y lo humilla “me hace sentir muy poca cosa”; Elisa refiere que Jesús duda si ella tiene un amante: “él piensa que voy a otros lados y no al zumba”. Elisa narra “soy muy grosera y cuando estoy enojada lo digo” pero reconoce los momentos en los que lo ha apoyado “si eso no es ser compañera en la vida, entonces ¿qué es?”. Comienzan a conectar sus propias conductas con las de sus hijos: “entonces el problema somos nosotros” comenta la madre. Se invita a compartir el tema del reclusorio indicando que parece un evento que tuvo muchas implicaciones y que nos interesaría conocerlo. Se pregunta si ella “confió en su esposo” cuando lo acusaron respondiendo que dudó pero al final le creyó. El equipo destaca la imagen de Elisa como una compañera con fortaleza, fiel y con una imagen de amor a su esposo y a veces no se siente reconocida por él.

4ª sesión

Los miembros de la familia coinciden en que se han encontrado mejor en el hogar. Se indaga a qué le atribuyen su bienestar mencionando los padres que se han quedado pensando en el daño que le hacen a sus hijos y se han decidido “por el lado de la confianza” para estar mejor. Jesús manifiesta que “le dio su libertad” a Elisa: la madre tenía un evento social y no fue desmotivada por parte de su esposo para asistir como en otras ocasiones pero ella prefirió pasar ese tiempo con su familia. Como pareja refieren que se han sentido más apoyados. El padre inició un negocio de distribución de alimentos en el que colabora Héctor, ambos se encuentran satisfechos con la actividad y no reportan problemas en su relación. Las implicaciones económicas de la nueva actividad parecen aliviar las quejas que consideraba la familia en ésta área y se encuentran esperanzados. Los hijos refieren que notan la mejoría de sus padres. Explorando otras posibles áreas de mejora familiar, los miembros comunican que hay otras situaciones que han producido discordia entre ellos, refiriéndose a la división de tareas en el hogar. Se propicia una búsqueda de alternativas a nivel práctico que les parezca adecuada además de incluir visiones de significado distintas: David y Héctor destacan molestos que su madre es desordenada debido a que antes de trabajar se cambia varias ocasiones y no guarda su ropa. Se pregunta si les gusta la imagen cuidada de su madre por lo que reflexionan y reconocen que prefieren verla arreglada aunque deban corregir su desorden. El problema parece diluirse y ríen todos los miembros.

5ª Sesión

La familia mantiene la visión de mejora en sus relaciones. Se tratan de escuchar las diferentes versiones de las historias tratando de narrar una historia en común, compartida por todos los integrantes desde una visión positiva. Los miembros de la familia se muestran más espontáneos para indicar sus puntos de vista. Se usa escala de satisfacción en la que Jesús califica en 7, Elisa en 9, Héctor en 9 y David en 10 su bienestar en el hogar, esta última calificación sorprende a los padres quienes indicaban que habían notado a David más rebelde y molesto los últimos días. Se exploran los intereses académicos de Héctor a futuro y refiere que ha pensado estudiar Psicología. Los padres indican que podrían subir en la escala si Héctor cambiara su forma de vestir pues no les gusta que use pantalones “pegados”, lo comparan con David que no protesta por lo que se abordó la reflexión sobre si deberían de tratar a los hijos de la misma manera puesto que se encontraban en distintas fases de desarrollo. Se refuerza idea de normalidad de las actitudes del adolescente, sin embargo, Héctor tampoco está de acuerdo en las diferencias de responsabilidades con su hermano, desea igualdad y David como solución se mostró dispuesto a asumir nuevas tareas. Se distingue que los padres aún hacen equipos diferentes para abordar los temas familiares y que deben ser expertos en estar de acuerdo. Se presenta al compañero que continuaría el seguimiento a su caso y la familia se muestra agradecida por la atención.

w) Intervenciones realizadas

Se reconocieron las siguientes intervenciones dentro de las sesiones terapéuticas:

- Deconstrucción de relatos dominantes.
 - Inclusión de conversaciones externalizantes del problema.
 - Cuestionamiento de las polaridades semánticas “siempre” y “nunca”.
 - Inclusión de matices.
 - Normalización de situaciones percibidas como graves.
 - Identificación de contrapartes positivas de los eventos reconocidos como problemas.
- Engrosamiento de relatos alternativos.
 - Búsqueda de acontecimientos excepcionales.
 - Compartir visión positiva de los recursos y cualidades de los miembros de la familia.
 - Co-construcción de realidades alternativas con el multiverso del equipo reflexivo.
 - Incluir en el horizonte temporal de la familia las posibilidades a futuro.
- Clarificación de los aspectos a nivel pragmático.
 - Moderación de negociaciones de actividades sociales y las labores del hogar.
 - Diferenciar estado de satisfacción con el uso de escalas.
 - Facilitar la cooperación al considerarla una forma de transmitir afecto.

Estas intervenciones se desarrollaron a través de la siguiente metodología y técnicas terapéuticas:

- Exploración de las problemáticas a partir de una postura de respeto, curiosidad y «no saber», con disposición a escuchar atentamente a cada uno de los integrantes alejado de distinciones jerárquicas para facilitar que todos los miembros de la familia compartieran sus visiones.
- Inclusión de devoluciones, parafraseo, preguntas y propuestas desde una posición tentativa para procurar que cada miembro se sintiera escuchado y reconocido.
- Participación del equipo reflexivo como testigos externos que validan las historias e identidades de los clientes y comparten nuevas visiones.
- A partir de la interpretación de historias dominantes: Un padre “enojón”, una madre “intolerante” y un hijo “rebelde”; se procuró la utilización de lenguaje externalizante en las conversaciones de las sesiones. Se empieza a hablar de cómo el enojo a veces “atrapaba”.
- Se implementa la deconstrucción de historias dominantes compartiendo diferentes visiones: con la saturación de trabajo de la madre parecía que el estrés del trabajo y la falta de tiempo la llevaba a tener conductas alteradas o desordenadas y Héctor no era rebelde sino un adolescente con intereses y cuestionamientos adecuados a su ciclo vital.
- Se exploraron los aspectos positivos poco reconocidos de los integrantes para el engrosamiento de las historias alternativas con la deconstrucción de las polaridades semánticas: el papá no “siempre” estaba enojado, sino que el enojo a veces lo atrapaba, la madre era también comprensiva y Héctor también era cooperador.
- El abordaje e integración de la historia de la reclusión del padre que era poco retomada evidenció también aspectos de los miembros de la familia que debilitaban las historias dominantes. Elisa había “dudado” pero al final confiado en su pareja y apoyado para continuar juntos. Ahora Jesús “duda” pero también puede decidir confiar en ella.

x) Resultados obtenidos durante las sesiones

Durante el tiempo en que transcurrieron las sesiones terapéuticas, Héctor participó más en las labores de la casa con una actitud más cooperadora, alejada del rechazo que manifestaba al inicio del tratamiento y no existieron quejas en que excediera los límites en los horarios fuera de casa. Los padres Jesús y Elisa reconocieron que las dificultades experimentadas a nivel de pareja tenían una repercusión importante en sus hijos y en su propio bienestar que superaba la de los problemas instrumentales en el área económica y el reparto de las labores del hogar en los que enfocaban sus quejas. Jesús disminuyó la hipervigilancia y el sobreinvolucramiento en las actividades de los demás así como los reproches celotípicos hacia Elisa, respetando sus actividades sociales y se mostró menos aprensivo con las actividades y horarios de Héctor. Jesús comenzó con un negocio de distribución de alimentos en el cual Héctor también apoyaba. Elisa

comentó sentir mayor tranquilidad y sus deseos de salir de casa para actividades sociales disminuyeron reconociendo que ya se sentía cómoda en casa. Respecto a David, mencionaron que se encontraba malhumorado y les preocupaba esta actitud a los padres, situación que se trató de normalizar indicando que la dinámica familiar en la que se encontraban comunicándose y relacionándose mejor podía representar una pérdida de atención o reconocimiento a él pero podía transmitirse el afecto y la atención que necesitara para que no lo identificara como una pérdida.

y) Consideraciones finales

El cierre realizado en la quinta sesión se debió al inicio del periodo vacacional e intersemestral de la universidad. Se reconoció que eran necesarias sesiones de seguimiento con el fin de reforzar las visiones recién adoptadas de los miembros de la familia, sin embargo, el seguimiento fue realizado por otro compañero del programa de maestría debido a la estancia académica en el extranjero prevista para el cuarto semestre de la residencia.

z) Reflexiones sobre el caso

Fue enriquecedora una experiencia con tantas visiones compartidas de manera directa que proporcionó el equipo reflexivo. La oportunidad de poner en práctica las ideas del modelo narrativo no resultó una labor sencilla pues al recién iniciar su estudio, implicaba romper con paradigmas utilizados no solo por un largo periodo, sino que podían confrontar con modelos sistémicos recién conocidos y considerados útiles, congruentes y novedosos; las visiones desde otros modelos parecían tan válidas para integrarse a la gama de alternativas para ser compartidas a los miembros de la familia considerando que esa apertura de sus visiones y los caminos posibles podrían desarrollar la percepción de mejora por lo que no fueron excluidas en el manejo del presente caso y en general en el estilo terapéutico personal. Es por ello que pueden verse la integración de diferentes técnicas pertenecientes a otros modelos, principalmente la visión positiva, los cambios pequeños y abrir el panorama a futuro que se identifican dentro del modelo de Soluciones, sin embargo se privilegia la postura posmoderna del modelo narrativo de respeto y la metáfora de engrosar historias alternativas. Abandonando una posición normativa facilitó el escuchar las posturas de los miembros de la familia que podrían parecer criticables, principalmente la posición del padre la cual fue percibida por el equipo como «machista» cuando aún no compartían sus opiniones frente a la familias; fue posible así, que se lograra un ambiente de equidistancia que proporcionó una alternativa diferente a las alianzas o coaliciones ya experimentadas por los miembros, facilitando la apertura a nuevas visiones. Se consideró que existieron varios elementos que favorecieron un cambio en los integrantes: la participación del equipo reflexivo, la actividad laboral iniciada por el padre que zanjó en ese momento las discusiones sobre la economía pero puede destacarse que al momento de abordar las diferencias de la pareja se evidenció un cambio en la percepción de bienestar de toda la familia.

3.1.1.2 Familia E: «Viviendo siempre con angustia»

a) Antecedentes del proceso terapéutico

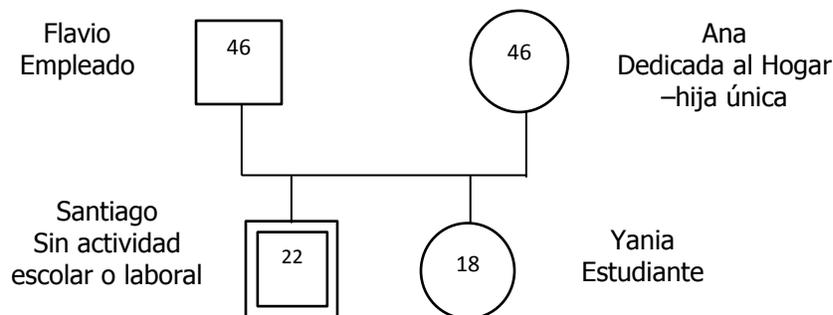
En el presente caso clínico me integré como coterapeuta después de una consulta previa como observador con Iolanda D'Ascenzo, Psiquiatra, Psicoterapeuta y docente de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de San Pablo en Barcelona, lugar donde se realizaron las consultas dentro de la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría. La titular ha realizado investigaciones del trastorno límite de la personalidad y considera para su atención un diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica (Campo y Ascenzo, 2010).

La familia E había asistido a terapia con consultas infrecuentes alrededor de un año y en las cuales la ausencia del padre, atribuida al horario de trabajo, así como diversas cancelaciones habían imposibilitado un plan de trabajo estructurado. Es en la primera sesión cuando me integro como observador, donde coincide la presencia del padre y es posible que la terapeuta realice una fuerte alianza cuando la familia reconoce que ante la falta de avances en su bienestar, es oportuno que hagan un esfuerzo para asistir a las sesiones familiares de acuerdo a lo solicitado.

b) Ficha de Identificación de la Familia, problema y sistema terapéutico

Nombre de la Familia:	E
Motivo de consulta:	Problemas conductuales de un miembro de la familia diagnosticado con Trastorno Límite de Personalidad.
Fuente de referencia:	Hospital de día, Unidad Psiquiátrica del Hospital San Pablo.
Paciente Identificado:	Santiago.
Subsistema parental:	Ana y Flavio.
Subsistema fraterno:	Yania y Santiago.
Sistema terapéutico:	Iolanda D' Ascenzo (terapeuta titular)/Abraham Islas (coterapeuta).
Sesiones reportadas:	7 sesiones con duración aproximada de 1 hora y 40 minutos.

c) Familiograma



d) Cronología o Historia Familiar

Los padres, recién iniciado el matrimonio a los veinticuatro años, conciben a Santiago de forma no planeada pero deseada. Fue un embarazo con amenaza de parto prematuro a partir del quinto mes que obligó a permanecer en cama a la madre durante los siguientes meses de gestación con dolores descritos como intensos. En este periodo Ana experimentó la ausencia de su pareja quien se repartía entre el trabajo y el jugar futbol en su tiempo libre mientras ella era cuidada por sus padres. La madre desde entonces refirió vivir “muchísima angustia” que no mejoró con el nacimiento de Santiago en el octavo mes, pues recuerdan llanto incesante durante los tres primeros años.

Lo consideraron un niño “muy ansioso” desde el inicio de su vida porque de acuerdo a su madre, llegó a romperle los pezones, razón por la que le quitó el pecho a los cuarenta días. En cada área contemplada por los padres, predominan desavenencias que relacionan la identidad de Santiago como “el malo”: sus hábitos en general, sus actitudes y sus relaciones son descritas negativamente. La madre manifiesta que era un “niño malo para comer, malo para dormir, su comportamiento malo, en la guardería, en el cole... las profesoras no lo podían controlar”.

No deseaban otro hijo a partir de su primera experiencia como padres y al darse cuenta que la madre estaba nuevamente embarazada experimentaron temor. Sin embargo describen la experiencia diametralmente diferente con el nacimiento de Yania, indicando la madre que: “fue un embarazo perfecto... ella era todo lo contrario... en el colegio era muy buena estudiante, buena en los deportes, en baile, en todo... siempre le pasaban muchos celos a Santiago y claro, eso les ha marcado la infancia y todo”.

Los padres refieren que Santiago presentaba “muchas manías” intolerancia a los ruidos, terrores nocturnos, se mordía los labios y se autoagredía. Comentan dificultad para establecer límites (hasta el presente) para que durmiera en su cama y para que Santiago se adaptara a los cambios indicando que el biberón lo dejó hasta los siete años. Le diagnosticaron hiperactividad antes de los tres años: “ya estábamos en tratamiento con psicólogos porque ya en la guardería notaban”. En el colegio recibieron apoyo de la psicóloga de la institución a los siete años de Santiago, posteriormente iniciaron tratamiento privado. Santiago a los 11 años comenzó tratamiento hospitalario psiquiátrico y le prescribieron desde entonces medicación.

Del inicio de la adolescencia hasta la fecha, Santiago había pasado su vida entre la casa de su familia y los hospitales, con periodos similares de permanencia en el hogar o internado. Las preocupaciones de los padres al momento de iniciar la terapia se desplazaban a la violencia generada por Santiago y a notar afectadas sus propias vidas con la enfermedad de éste.

En el momento de iniciar la terapia familiar: Santiago no estudia ni tiene alguna actividad de interés. Su hermana Yania, se encuentra terminando el nivel de bachillerato y se encierra en su cuarto para no convivir con la familia. Los padres, Ana y Flavio continúan con la división de tareas en las cuales Ana se dedica al hogar y Flavio se encarga de trabajar para obtener ingresos.

e) Contexto social

Los padres refieren una historia de marginación desde que Santiago comenzó a presentar problemas de conducta que prevalece en el momento de la consulta. El contexto social se presenta empobrecido para los padres. Yania cuenta con una amiga muy cercana que se incorpora frecuentemente en las actividades familiares, las amistades han sido un recurso utilizado por ella según la madre, en cambio, Santiago solo convive con otros en el hospital.

f) Contexto familiar amplio (familia extensa)

Las referencias de convivencia con los abuelos (*yayos*) son ocasionales. Los abuelos paternos se encuentran en Granada y existe disposición para recibir a sus nietos por estadias largas mientras que Santiago visita a los *yayos* maternos cuando aburre. No se incluyen eventos de convivencia con otros familiares en el discurso de los miembros durante las sesiones presenciadas.

g) Descripción del problema y motivo de consulta

Los padres indican problemas por la agresividad física de Santiago hacia los demás miembros de la familia al momento de iniciar la observación de las consultas. Se sienten “sobrepasados” y desesperanzados de que la ayuda institucional y la recibida en terapia puedan generar mejoras.

h) Evolución del motivo de consulta

En la primera consulta con Santiago se le percibe con mayor control personal sin eventos de crisis, la relación de la madre y la hija parece entonces detonar con eventos de agresividad física que fueron agravando a lo largo de las sesiones y complicando: el área académica, el éxito en aprobar actividades de interés (carnet de manejo) y el deseo de permanecer en casa de la hija.

i) Intentos de solución

Apoyos terapéuticos y médicos. Incrementar la violencia verbal y física. Aislamiento social.

j) Pautas de interacción sistémica

En momentos de ansiedad por el comportamiento de Santiago, los demás miembros de la familia no ofrecen contención sino que incrementan la tensión sumando críticas y descalificaciones.

k) Estilo predominante de comunicación familiar

Se presenta un discurso espontáneo, abundante y acelerado por parte de los hijos y la madre, superponiéndose constantemente con resultado caótico. El contenido afectivo se distingue ansioso. El padre alterna participaciones breves con aislamiento afectivo. Todos los miembros de la familia incluyen cadenas de quejas, recriminaciones y descalificaciones cuando se encuentran alterados pero también se presentó dicho patrón en momentos en los que se encuentran relajados y con buen ánimo. También se presentan constantes comunicaciones poco claras e indirectas.

l) Temáticas relevantes

La violencia y falta de cumplimiento en los límites por parte de los hijos se abordó en cada sesión presenciada. Se incluyen además temas que contemplan el futuro académico, laboral y de pareja de los hijos, así como el tema de la marginación social como familia y la experiencia de vergüenza ante considerar este tipo de problemas como tratables solo dentro del ámbito familiar.

m) Experiencias terapéuticas anteriores

Indicaron tratamiento a partir de los tres años por un diagnóstico de hiperactividad. En la etapa escolar refirieron asesoramiento por parte de psicólogos para la instalación de límites donde los padres admiten su inconstancia para adoptar las recomendaciones psicoeducativas. Refieren también un tratamiento privado donde alternaban sesiones familiares. Los padres identifican que no existía hace veinte años la consciencia y el apoyo que proporcionan actualmente en las escuelas con los niños que presentan dificultades por lo que llegaron a la atención médica psiquiátrica y hospitalaria al inicio de la adolescencia de Santiago.

n) Expectativas del servicio

Bajas expectativas e incredulidad en inicio de que la terapia familiar representara una alternativa para mejorar y se cuestionan su participación en las sesiones sin que sus hijos sean citados. A lo largo de las sesiones fueron incrementando su compromiso y sus expectativas en la terapia.

o) Principales recursos familiares

La relación de pareja no presenta fracturas o desavenencias irreconciliables, tal vez por la atención dirigida a los hijos durante la mayor parte de su historia de pareja. Yania por su parte, ha tenido episodios donde ha tratado de entender a su hermano y le quita la etiqueta de enfermo.

p) Principales limitaciones familiares

Se advirtieron limitaciones determinadas por una visión monocular de alternativas, la falta de red social familiar y de actividades fuera del hogar o del hospital por parte de Santiago.

q) Hipótesis sistémica

De acuerdo a lo observado con la familia y a las investigaciones previas sobre este tipo de casos de Campo y D'Ascenzo (2010), se integró la siguiente hipótesis relacional sobre el caso clínico:

La experiencia de Flavio y Ana con una historia de paternidad saturada por sentimientos de miedo y ansiedad ha contribuido para el desarrollo y la falta de contención de los síntomas presentados en un inicio por Santiago y posteriormente con las dificultades con Yania. Se presentan mecanismos disfuncionales donde su sentir como padres, cuando se presentan los problemas, se descarga con la valoración negativa de sus hijos, comprometiendo la vinculación afectiva y la socialización de éstos, mellando su confianza, dificultando su proceso de individuación y generando una carencia emocional paralela a la expectativa de ser queridos incondicionalmente. En esta situación los hijos pueden forzar situaciones de inadecuación para comprobar el afecto que tienen sus padres hacia ellos provocando una recursividad creciente de manifestaciones familiares insatisfactorias.

r) Plan terapéutico general

Construir un contexto relacional favorable para que los cambios positivos conseguidos de manera individual con el paciente identificado puedan reforzarse y consolidarse en el sistema.

s) Cronograma de las sesiones realizadas y miembros de la familia que asistieron

<i>No. de sesión y fecha de 2012</i>	<i>Miembros que participaron</i>
1. 12 de febrero	Toda la familia y Nadia (amiga de Yania)
2. 29 de febrero	Toda la familia
3. 07 de marzo	Padres y Santiago
4. 21 de marzo	Padres y Yania (Santiago ingresado)
5. 02 de mayo	Padres, Yania y Nadia (amiga de Yania)
6. 23 de mayo	Padres, Santiago y Mara (novia de Santiago)
7. 13 de junio	Padres

t) Modelo terapéutico utilizado

La forma de trabajo en la unidad de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau está definida por las experiencias de la clínica psiquiátrica y la enseñanza universitaria de posgrado de cada uno de los docentes, que a la par de proporcionar la atención al sector público se han interesado por la investigación y el desarrollo de modelos originales para el contexto hospitalario en el que se encuentran. Así se han desarrollado postulados teóricos que deben colaborar con la atención multidisciplinaria del hospital donde el diagnóstico, la atención y medicación psiquiátrica presentan un papel importante en el sistema de salud.

El modelo propio de Juan Luis Linares es retomado frecuentemente por los miembros de la escuela de Barcelona para la exploración de las bases relacionales de los trastornos mentales. El modelo parte de fundamentos estructurales y comunicacionales de la Terapia Familiar Sistémica incorporando elementos narrativos. Se tiene la convicción de que en la exploración de las bases relacionales de los trastornos tipificados es posible abordar su deconstrucción como mecanismo clasificatorio de la conducta desviada (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Entre los conceptos base, Linares (1996) aborda la identidad concibiéndola como el reconocimiento del individuo a sí mismo y considera que cuanto más grave es la patología, más está implicada la identidad y más pobre resulta la correspondiente narrativa. La nutrición emocional es otro concepto ampliamente utilizado en este modelo que contempla el reconocimiento, la valoración y el afecto; la considera responsable de la distribución de identidad y narrativa. Las experiencias de amor y desamor determinan la nutrición relacional. Linares propone un diagnóstico relacional de la parentalidad y la conyugalidad que reconoce como cualidades de la pareja parental que encuadran y definen la experiencia de amor y desamor que es decisiva para la configuración de la personalidad. La personalidad se reconoce como “la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, a través de un diálogo constante entre el pasado y presente” (Linares, 2006).

Entre las concepciones de Linares retomadas por Campo y Ascenzo (*op.cit.*) se considera que en el TLP se presentan dos situaciones típicas: “las triangulaciones equívocas” donde se da una parentalidad primariamente conservada que se ve deteriorada por una parentalidad disarmónica y la “deprivación” que se caracteriza por una parentalidad primariamente deteriorada y una conyugalidad armoniosa. Las autoras concluyen que dos patrones relacionales son mezclados en estos casos: la hiperinvolucración afectiva y la negligencia; que generan confusión en el hijo sobre el hecho y forma de ser amado, que percibe solo ser querido si responde a las expectativas de los padres por lo que se encuentra supeditado a las necesidades de éstos y las dinámicas de poder entre la pareja, sin embargo, los problemas son atribuidos a la personalidad del hijo y los aspectos relacionales no son reconocidos. Por lo anterior proponen un procedimiento terapéutico que incluye intervenciones individuales y familiares para construir un contexto relacional favorable para que los cambios positivos individuales puedan consolidarse en el sistema familiar.

u) Resumen de las sesiones

1ª Sesión

Se reconoce la disposición de la familia para retomar el proceso terapéutico. El padre menciona que Santiago lleva dos semanas con mejoras y lo atribuyen al cambio de medicación. Identifican que en el fin de año pasaron un periodo difícil que llegó a requerir la intervención policiaca cuando los hijos peleaban. Consideraron la separación conyugal por dudas sobre su paternidad y no por su relación de pareja, sin embargo, la madre refiere que por los problemas no conviven como pareja, se encuentran irritables y no han dormido juntos desde hace un año. El padre reconoce después que no solo es por Santiago. Los chicos mencionan que sus padres no se pelean entre ellos sino solo con los hijos. Se observa que la relación con Yania ha empeorado y se promueve la reflexión de por qué están más tensos y violentos ahora que Santiago está mejorando. Los chicos identifican el actuar de su madre como el problemático y exponen eventos donde refieren sentirse amenazados, no escuchados, ni queridos. Se comparte la idea de responsabilidad compartida para evitar el término “culpa” y cesar la lucha por demostrar quién sufre más o quién tiene la razón. Yania por evitar peleas con Santiago se aisló de la convivencia familiar e identifica como contradictorio que le recriminen que ahora no salga de su cuarto. Su amiga Nadia se involucra al final de la sesión apoyando la expresión del malestar de su amiga.

2ª Sesión

Se refuerza la idea de la responsabilidad compartida para el bienestar del hogar y la posibilidad de conseguirlo haciendo cosas también separados. Yania introduce el tema de inestabilidad de Santiago y dicen los demás sentirse también inestables. Santiago inquieto menciona que se siente inferior, que reconoce su bipolaridad pero ve a todos algo bipolares también. Yania comenta que no es que sea el único que está mal sino que él empieza los problemas en casa. Se menciona a la familia la posibilidad de mesurar ciertos comentarios que detonan un conflicto. Para Santiago la sinceridad es importante y los demás miembros coinciden en que él desea involucrarse y saberlo todo, invadiendo la intimidad e impidiendo a los padres tener actividades propias de pareja. Santiago refiere que en ocasiones ha deseado ingresar al Hospital de día por propia voluntad, mencionando que ahí puede conversar y para evitar el ambiente tenso en casa. Los padres no reconocen tensión entre ellos por lo que se recurre a la sensibilidad de Santiago para detectar la tensión con una metáfora de la inmunodepresión. Yania reconoce que sus padres no se encuentran bien cuando está ingresado Santiago pero este dice no sentirse querido o extrañado sino más bien olvidado. Ana la pasa mal sin o con su hijo, ya que no puede tener vida social y su relación de pareja se ha deteriorado. Se les invita a tener espacios de pareja donde exista un compromiso de todos para que se lleve a cabo (tomar un café), donde los hijos se acompañen tranquilos en casa y los padres puedan salir. Se contempla una cita para la próxima semana.

3ª Sesión

Yania no asiste porque Santiago le dio un puñetazo en la cara; discutían por el lugar para sentarse en el automóvil y él explotó cuando su hermana le llamó enfermo frente a gente del bar donde habían parado minutos antes de la sesión. La madre comenta que Yania sabe que lo que más duele a Santiago es su enfermedad. Flavio está molesto pero Ana se percibe menos alterada que en sesiones anteriores. Se exploran posibilidades de reaccionar de forma diferente y la madre refiere que acompañando a Santiago para escribir lo que sentía tuvo un buen resultado. Santiago continúa excusándose y amenaza: *“Soy un enfermo, entonces ahora les voy a demostrar lo que es un enfermo de verdad”*. Flavio menciona determinante que nunca lo tratan como un enfermo por lo que se les refleja a los padres la ambigüedad de su comunicación, la diferencia entre “desearlo y conseguirlo” y dar un mensaje que indica por una parte “te quiero” y por otra “no te soporto”. Se revisa la tarea dirigida a los padres de salir sin sus hijos y comentan que interrumpieron su cita llamando a los abuelos porque estaban preocupados. Santiago menciona necesitar afecto y reconocimiento. Se plantea la posibilidad a los padres de tratar como un niño pequeño a Santiago porque no ha tenido el cariño necesario con el tiempo pasado en hospitales, medicado y con la confusión familiar; a Santiago le parece buena idea que se considere la edad de 12 años, pues solo recuerda una infancia feliz. Los padres se mostraron reticentes ante la idea y continuaron preocupados por lo que pasaría con sus hijos al regresar a casa después de la pelea.

4ª Sesión

Santiago se encuentra ingresado desde el sábado de la semana en que se efectuó la última sesión a partir del evento de pelea de los hermanos, se reconoce que no cualquier cosa lo descontrola sino que se le llame enfermo: “eso es un puñetazo para él”. El padre piensa que a Santiago el estar aburrido lo pone mal ya que no trabaja ni estudia pero se reconoce que es uno de los mejores momentos en que se encuentra en cuanto a capacidad de expresión y de autocontrol; la madre opina que es producto de la medicación disminuida. Yania cree que los cambios que realiza la familia son improductivos pues cuando regrese su hermano a casa se “desbaratarán”, sin embargo, se distinguen las mejoras adoptadas por cada uno de los miembros de la familia para que eso no necesariamente ocurra: el interés de Yania por su hermano, la confianza otorgada por el padre y la madre quién incrementó la capacidad de escucha y la moderación de conductas que facilitaban agresión. Ana reconoce que existen problemas en casa con su hija al margen de lo relacionado con Santiago. Se expone que Yania falla en demandar el cariño y protección con agresividad y podría ponerlo más fácil y comprensible como lo hizo su amiga en la sesión que acompañó a la familia. Madre e hija discuten y se quejan por la violencia física por parte de ambas, no importando la causa que lo motiva o quién la inicia, se pide compromiso para eliminarla. Yania al final de sesión menciona que a ella le interesa hablar de que no se siente apoyada para presentar su examen de tráfico y que necesita palabras que la alienten así como los medios económicos. Se invita a los padres a reconocer que demuestra claridad con su demanda.

5ª Sesión

Se aclara el motivo de inasistencia a una sesión programada anteriormente. La madre menciona que Yania no quiso asistir y al final hubo una discusión intensa donde se presentan quejas de violencia de física, pero Yania expone que fue por un trabajo que debía terminar del colegio. Se pregunta a Yania cómo le ha ido al tatar de exponer de formas más claras lo que necesitaba y no con “mala leche” pero responde que con buena o mala actitud es igual. La madre comenta que su hija se encuentra resentida porque piensa que ha sido maltratada todo el tiempo. Flavio reconoce un evento en el que aplicó violencia física a Yania cuando tenía ocho años pero se arrepintió y no repitió esta conducta. Yania distingue que ahora se ha reactivado la agresividad, principalmente con su madre, desde que Santiago se encuentra más en casa. Madre e hija consideran que solo responden a la agresión de la otra. Yania reconoce que la agresividad es provocada porque consideran que todo lo que hace es mala idea. Se discute sobre la posibilidad de irse a Ibiza a trabajar para obtener algún dinero e independencia mientras puede ingresar a la universidad, opción que no es aprobada por los padres. Se alienta a reconocer y transmitir que valoran la responsabilidad y la confiabilidad en Yania y que los miedos y preocupaciones deben separarse de este mensaje. Participa en la sesión la amiga de Yania y se consensua que su visión externa le permite ver claro lo que sucede en la familia. Se explica brevemente que Santiago no asistió por encontrarse internado tras haber comenzado y terminado la relación con una chica.

6ª Sesión

Santiago se presenta con Mara (novia) a quien conoció en un ingreso psiquiátrico y comentan haber regresado tras problemas provocados por la duda de Mara de continuar una relación de noviazgo con un exnovio o con Santiago. Ambos se encuentran sedados con antipsicóticos durante la sesión y se les dificulta el habla. Santiago expone que desea que cesen los gritos en su casa ahora que él está mejor, que modulen las comunicaciones que hieren y que le cambien los medicamentos psicóticos que le provocan mucho malestar y mayor ansiedad. A Santiago se le medicó fuertemente por un evento en donde no quería regresar al hospital, deseaba escaparse a Granada con su abuelo y llegó a amenazar con un cuchillo al padre para que le diera 100 euros para el billete de tren. Fueron los policías los que lo detuvieron en la estación y lo llevaron al hospital. Se reconoce que en ese momento de alteración intervinieron varios factores y entre ellos haber terminado la relación con Mara. Santiago ahora considera que se encuentra mejor y tiene el objetivo de realizar un “pre laboral” para obtener un ingreso económico. Se reconoce que ese proyecto es un avance en la mejora pero que hay que intervenir sobre los mecanismos que hacen que fracasen los proyectos un poco antes de lograrse por lo que se distingue en los padres el incrementar la confianza en su hijo cuando les solicita apoyo evitando cuestionar o criticarlo todo y a Santiago el evitar recurrir a amenazas y conductas que provocan miedo hacia él, en lugar del cariño que desea. Yania no asistió por estar realizando trabajos escolares finales.

7ª Sesión

Comentan que las cosas han ido mal en casa y que su preocupación mayor ahora es Yania sobre Santiago pues hay probabilidades de que no presente los exámenes finales y pierda el curso entero pues ya tenía un boleto para irse a Ibiza. Comenta la madre que no le habla pues Yania le dio un empujón violento que le ha dejado moretones y aunque entiende que lo ha pasado difícil el último año con Santiago en casa, piensa que su hija se encuentra resentida porque concluye ser una niña maltratada, a quien sus padres no supieron comprender ni defender y que cariño de verdad no lo ha obtenido. Se revisa la historia de la pareja desde el nacimiento de Santiago. Flavio presenta dificultad en reconocer que existían problemas en la pareja desde entonces. La madre por su parte narra una historia donde predominan los eventos negativos en la crianza con Santiago, distinguiendo que han sido pocos los momentos en los que ha disfrutado con sus hijos y donde la angustia siempre ha estado presente. Comentan que Mara ha dejado otra vez a su hijo, se encuentra muy afectado aunque lo relacionan también con la medicación que recibe y sienten enfado porque los médicos no la cambian al ver que le sienta mal. Reconocen que han ido por caminos diferentes en cuanto a la educación de los hijos y que mientras la madre transmitía sus angustias, el padre las llevaba adentro. Distinguen que ahora las cosas han empezado a cambiar porque antes los dos se quedaban enfadados y ahora empiezan a ponerse de acuerdo entre ellos.

w) Intervenciones realizadas

Dentro de las intervenciones realizadas en el transcurso de las sesiones a través de las conversaciones y las devoluciones terapéuticas que pretenden la clarificación y el diagnóstico relacional de los eventos relatados, se encuentran:

- La construcción de una fuerte alianza terapéutica.
- Incrementar esperanza en la posibilidad de establecer modalidades de relación funcionales.
- Implementación de la visión de responsabilidad compartida sobre el de culpa.
- Quitar la etiqueta de enfermo aislado de Santiago.
- Promover el bienestar de cada uno de los miembros fuera del contexto familiar.
- Validar cada uno de los esfuerzos de los miembros de la familia para mejorar.
- Promoción del manejo adecuado de los sentimientos de ira.
- Disminución de la reactividad emocional excesiva.
- Promoción de comunicación clara y oportuna en cada uno de los miembros.
- Reconocer y validar sentimientos percibidos con connotación negativa (miedo y angustia).
- Connotar positivo las emociones que informan y alertan de la conveniencia de las acciones.
- Transmitir confianza en los recursos y características positivas de Santiago.
- Reconocimiento del funcionamiento adecuado del sistema parental como facilitador para cubrir necesidades afectivas, de protección y guía de los hijos.

x) Resultados obtenidos durante las sesiones

Los miembros de la familia habían podido reconocer que al margen de los problemas con Santiago, cada uno presentaba inquietudes y malestares personales que se manifestaban y retroalimentaban en la dinámica familiar disfuncional; anteriormente solo se atribuía el malestar a los comportamientos del paciente identificado. Fue posible que los miembros se interesaran, a pesar de sus continuas y diversas experiencias terapéuticas anteriores, en el proceso de intervención familiar y descentralizaran la atención dirigida exclusivamente a Santiago, distinguiendo también las complicaciones que empezaban a suscitarse en la relación con la hija Yania y las experimentadas como pareja desde inicios de su rol como padres, prestando atención a los aspectos emocionales y cognitivos de los eventos sobre la observación exclusiva del comportamiento negativo. Santiago logró solicitar ocasionalmente por él mismo, el ingreso al hospital cuando reconoció pertinente poner distancia para evitar que se desbordara el malestar familiar y comenzó a plantearse situaciones de desenvolvimiento laboral y de pareja, intereses asociados a un proceso de maduración más saludable. En el último evento que provocó el internamiento de Santiago, los padres reconocen que Yania reaccionó diferente, más tranquila y trató de apoyar y estabilizar a todos. Los padres identificaron comenzar a ponerse de acuerdo en las decisiones tomadas respecto a sus hijos distinguiendo que no había sido así y la madre refirió sentirse más aliviada y ayudada por su pareja.

y) Consideraciones finales

Las sesiones presenciadas del caso revisado, como pudo observarse, solo constituyen un breve corte en la historia de la familia E. Debido a la complejidad reconocida en la intervención con pacientes diagnosticados con Trastorno límite de la Personalidad, los procesos terapéuticos pueden prolongarse por 2 años para consolidar los cambios. Aunque los conflictos y eventos violentos continuaron al momento de finalizar mi participación como coterapeuta, los miembros de la familia habían comenzado a implementar diferentes formas de afrontar las situaciones críticas.

z) Reflexiones sobre el caso

Fue posible observar la diferencia de atención terapéutica en un contexto cultural extranjero que correspondía tanto al modelo terapéutico utilizado propio de la escuela de *Sant Pau* como a las características de la población atendida. Representó un acercamiento a visiones que aunque parten de la tradición sistémica, presentan sus propios esquemas y puntuaciones. Dentro de las distinciones más importantes de la escuela es no negar paradigmas lineales como son los diagnósticos y dentro de este panorama intervenir proponiendo visiones nuevas. El punto de interés en el papel de la conyugalidad satisfactoria será revisado en el desarrollo de este tema.

3.1.2. Análisis de tema pertinente a los casos reportados. “La pareja estable y satisfactoria: protagonista de soluciones y alternativas familiares”.

Introducción

En el siguiente desarrollo temático se revisan algunas de las propuestas de personajes representativos de la Terapia Familiar que han incluido concepciones sobre la influencia de la relación conyugal en las situaciones familiares disfuncionales. Se reconoce la relevancia atribuida a la satisfacción de los cónyuges para promover las relaciones familiares funcionales, los problemas que se han identificado relacionados y particularmente se propone para el abordaje terapéutico la perspectiva de las terapias posmodernas cuyas premisas se identifican como facilitadoras para intervenir en este subsistema conyugal, devolviendo la mirada a la pareja con el objetivo de incrementar los caminos para una mejora familiar cuando se presentan a terapia por alguna problemática con sus hijos. Se propone entonces la integración de ideas sistémicas elaboradas en el inicio del desarrollo de esta corriente con la forma de hacer y concebir la terapia que ha generado la tendencia del posmodernismo y de ésta forma integrar los conocimientos en lugar de mantener aisladas las ideas sistémicas y las propuestas terapéuticas posmodernas, considerando así que se elevan las herramientas de construcción de alternativas para los terapeutas y las familias.

Justificación

En los casos clínicos elegidos para este reporte de experiencia profesional se consideró que la mejora en la relación de pareja de los padres ofreció movilizaciones importantes en el sistema familiar y las inquietudes focalizadas en sus hijos. Aunque desde los inicios de la Terapia Familiar se ha considerado que el subsistema parental tiene un papel importante en la estabilidad de la dinámica de la familia, se identificó que en la actualidad aún con la información masiva de la conexión propia de las relaciones interpersonales, muchas familias se presentan considerando las problemáticas de los hijos aisladas de la participación parental, lo que reduce sus herramientas, caminos y alternativas para mejorar sus preocupaciones y malestares.

Se ha observado que integrar la visión de responsabilidad compartida de situaciones familiares complicadas o disfuncionales generalmente requiere de un proceso terapéutico cuidadoso donde puede existir reticencia para que los padres asuman que a través del abordaje de sus conflictos de pareja (que comúnmente les parecen irresolubles) se facilita el bienestar familiar. Es frecuente que en la exploración de la relación de pareja o la focalización en ésta, sea percibida como una acción “culpabilizante” que favorece el rechazo del tratamiento o incrementa el malestar de los consultantes por lo que el terapeuta familiar requiere conocimientos que faciliten la integración de ésta alternativa de intervención.

Objetivo

Se pretende con el desarrollo del presente tema, identificar diversas visiones, concepciones y abordajes de la pareja conyugal en el desarrollo de la Terapia Familiar que puedan ser de utilidad a los terapeutas para justificar su intervención en ésta y contribuir en la co-construcción de la satisfacción y estabilidad en la pareja recurriendo a las premisas de los modelos posmodernos que se reconocen como una alternativa facilitadora para la intervención en éste subsistema.

Desarrollo

La relevancia del subsistema conyugal en la terapia familiar.

A pesar de la diversificación en la estructura de la familia que se ha dado en las últimas décadas, principalmente con el aumento de los divorcios y separaciones familiares, se considera que en México existe aún una representación importante de la familia tradicional de acuerdo a las estadísticas que exponen que el 64% de los hogares mexicanos son nucleares, es decir que se conforman de ambos padres con los hijos, un progenitor con hijos o una pareja sin hijos (INEGI, 2010).

En la práctica clínica es común observar que aquellos que solicitan una terapia familiar corresponden principalmente a la configuración nuclear donde la pareja se encuentra manteniendo una relación de convivencia con los hijos, presentando una relación satisfactoria entre ellos o no, pero no es extraordinario presenciar una situación disarmónica entre los cónyuges pues el mantenimiento o estabilidad en una relación requiere desarrollar habilidades que al igual que en otras áreas de la vida se aprenden, sin embargo, los espacios que existen para procurar éstos aprendizajes son limitados y la terapia representa uno de los más importantes.

En principio y fuera de la tradición sistémica, considerar el desarrollo psicológico y ciclo vital de los integrantes de la familia hace notorias las diferencias entre los padres y los hijos, presupone que el desarrollo cognitivo y experiencial correspondiente a la madurez de los padres, les confiere mayores herramientas para identificar soluciones de sus problemas (Wittaker, 1968). El pedir a un niño o adolescente que modifique visiones o pautas de comportamiento puede facilitarse debido a la plasticidad cerebral, sin embargo, el tiempo pasado en los consultorios resulta incomparable con el compartido con los padres en el hogar y en significancia emocional.

Haley (1988) consideró que los clínicos trabajan de alguna u otra forma con matrimonios pero el abordaje sobre la institución conyugal difiere notablemente, ya que para algunos la diada marital es la pieza fundamental de la familia y la entidad más importante; para otros es una de las diversas subunidades que integran la familia. Para este autor el interrogante clínico es cómo concebir la situación marital de modo que resulte más eficaz para generar el cambio.

Macías (2010) destaca que el manejo emocional de los padres es una función básica de éstos dentro de la familia y expone que la hostilidad presentada entre ellos puede afectar a sus hijos y amenazar la integración y la unidad familiar:

“La oscilación dialéctica ente amor y odio está determinada inicial y básicamente por la actitud de ambos padres... La forma en que los cónyuges muestran sus emociones entre ellos y hacia los hijos determina el clima emocional de la familia. La presencia de conflicto puede provocar una situación de tensión y ambiente hostil que, de no resolverse, amenazará la integración y la unidad familiar. Si los padres se aman y pueden expresar afecto, el hijo no tendrá conflicto para expresar que quiere de ambos; sin embargo, cuando existe hostilidad entre los padres, el hijo se ve compelido a establecer alianzas por el temor de perder el afecto o la aceptación del padre de lado opuesto, lo que provoca inhibición emocional, tensión y angustia” (p. 87-88).

Los pioneros de la Terapia Familiar Sistémica incluyeron en sus diferentes producciones teóricas la distinción del subsistema conyugal convenientemente a los fundamentos de ésta disciplina. Es posible observar dentro de la literatura de tema familiar numerosos personajes que destacan en sus obras la influencia de la relación conyugal en la homeostasis familiar.

Satir (1995) afirmó que la relación conyugal es el eje alrededor del cual se configuran todas las relaciones familiares y por lo tanto: “los esposos son los arquitectos de la familia” (p.1). Para la autora, una relación conyugal penosa tiende a producir acciones parentales disfuncionales que recaen en el paciente identificado que es el miembro de la familia a quien más afecta esta relación penosa.

Satir (*op. cit.*) aborda históricamente el interés progresivo en reconocer la naturaleza interpersonal de la enfermedad mental, donde identifica que no fue hecha por los psiquiatras aunque estos estuvieron más cercanos del contacto familiar sino en lugares como las *Child Guidance Clinic* en donde colaboró y en las cuales comenzaron a incluir la consideración de los padres de los pacientes para el diagnóstico y tratamiento, sin embargo, indica que el Movimiento de Orientación Infantil se ocupaba principalmente de los cuidados “maternos” y aunque paulatinamente incrementaron la participación paterna, continuaron enfocando su atención en el esposo y la esposa como padres del niño y no como compañeros. Para enfatizar el papel crítico de la relación conyugal Satir recurre a las siguientes palabras de Bowen (citado en Satir, *op. cit.*):

“El hallazgo más sorprendente fue que cuando los padres estaban cercanos emocionalmente, más atentos uno del otro de lo que cualquiera de los dos estaba del paciente, éste mejoraba. Cuando cualquiera de los dos padres se ocupaba emocionalmente más del paciente que del cónyuge, el paciente automáticamente mostraba regresión. Cuando los padres estaban cercanos emocionalmente, no se equivocaban en su “manejo” del enfermo; éste respondía bien a la firmeza, al consentimiento, a los castigos, a “hablar las cosas” o a cualquier otra forma de manejo. Cuando los padres estaban “emocionalmente divorciados,” cualquier “forma de manejo” que se intentara era igualmente ineficaz.”

La autora concluye que después del primer contacto, el terapeuta puede especular acerca de la relación de pareja y si supone que la presencia de una relación marital disfuncional es lo que primariamente contribuye a los síntomas del hijo, el terapeuta empezará por ocuparse de la relación entre los esposos.

Minuchin (1984) considera útil conceptualizar que la familia comienza en el momento en que dos adultos se unen con el propósito de formarla y desde el inicio de la concepción de su modelo Estructural reconoce la importancia del «holón conyugal», considera que los compañeros portan individualmente valores y expectativas que deben de conciliarse con el paso del tiempo y reordenar una parte de ideas y de preferencias por lo que se pierde individualidad pero se gana pertenencia. Para el autor las pautas de interacción entre los cónyuges se desarrollan paulatinamente, sin ser discernidas con consciencia, forman parte de las premisas de la vida, es decir que se integran como necesarias en la vida pero no son objeto de reflexión y se desarrollan con esfuerzo o sin ninguno. Considera que se ofenderá en el caso que una conducta difiera de lo que se ha convertido en costumbre y la desviación será considerada traición, siendo éste un ejemplo de los puntos de fricción que considera “*siempre existirán*” y el sistema se deberá adaptar para hacer frente a demandas contextuales modificadas.

Respecto a la relevancia del «holón conyugal» dentro de la concepción familiar del modelo Estructural, Minuchin (*op. cit.*, p.31) expone que:

“El subsistema de cónyuges es vital para el crecimiento de los niños. Constituye su modelo de relaciones íntimas, como se manifiestan en las interacciones cotidianas. En el subsistema conyugal, el niño contempla los modos de expresar afecto, de acercarse a un compañero abrumado por dificultades y de afrontar conflictos entre iguales. Lo que presencia se convertirá en parte de sus valores y expectativas cuando entre en contacto con el mundo exterior... si existe una disfunción importante dentro del subsistema de los cónyuges, repercutirá en toda la familia.”

Entre los principales peligros que considera producto de situaciones patógenas es que uno de los hijos se convierta en «chivo emisario», que sea aliado de un cónyuge contra el otro o bien que se involucre en interacciones que corresponden legítimamente a las funciones parentales.

Los representantes del enfoque estratégico realizaron variadas concepciones especiales para manejar las relaciones de pareja dentro y fuera de la familia. Haley (1988) describe que “el enfoque más típico de la terapia familiar es comenzar con el problema del niño y pasar luego a la pugna marital en que aquel está involucrado” (p. 151-152). El autor considera que si bien este enfoque es rutinario, los modos del terapeuta de conducirse con la familia son bastante variados ya que algunos pueden confrontar a la pareja rotulando el problema como verdaderamente conyugal y otros prefieren cambiar la relación marital mientras continúan teniendo como foco al niño problema.

Haley (*op. cit.*) concibe que la terapia con la pareja puede verse como un triángulo porque está definida en función o exclusión de un tercero. Comenta que el matrimonio no existe como entidad independiente pues la descripción debe incluir un observador, terapeuta, amigo, progenitor, hijo u otra tercera persona. Así identifica también cuatro maneras principales en que las parejas llegan a presentar un problema: a través de un síntoma individual, a través de un niño, por una crisis familiar o directamente la relación del matrimonio.

Madanes (1982) retoma los rubros característicos del modelo estratégico (poder y jerarquía) para involucrarlos en la pareja, menciona que “toda pareja se debate con el problema que representa compartir el poder y organizar una jerarquía tal que las esferas de control y responsabilidad estén divididas entre los esposos” (p. 45). La autora aclara que «el poder» no solo se refiere a la dominación del cónyuge sino también a la posibilidad de reconfortar, cuidar, reformar y asumir responsabilidad por él. Comenta que la división de poder se efectúa de muy diversa manera en temas de economía, los hijos y a veces un cónyuge elige un síntoma en lugar de un hijo para equilibrar el poder de la relación como puede ser la depresión, el alcoholismo, temores, ansiedad o afecciones psicósomáticas para cumplir este propósito.

En cuanto al grupo de Milán, en un inicio bajo la dirección de Mara Selvini Palazzoli, con su metáfora de «los juegos familiares», investigaron ampliamente homologías estructurales para el diseño de sus intervenciones terapéuticas en tipos especiales de familia: *las familias en transición esquizofrénica* (Rodríguez, 2004). Junto con algunos de sus colaboradores formularon el concepto de embrollo familiar y propusieron seis etapas en la que éste se desarrolla, siendo invariablemente la primera: la crisis en la pareja de cónyuges; el «embrollo» comienza con un impasse o «estancamiento conyugal» en el que posteriormente se involucra a un hijo en el juego de la pareja quien toma partido por el progenitor “débil” contra el progenitor “fuerte” y decide equilibrar la balanza de la pugna parental, este hijo, futuro paciente identificado, lleno de amor e indignación comienza a embrollarse (Cirillo, 1999).

Linares (1996) considera que fijar el origen o punto de partida de una familia es un ejercicio que admite múltiples interpretaciones pero que no parece descabellado referirlo a la constitución de una pareja parental. El autor reconoce que sus concepciones intentan aportar complejidad a la linealidad pero no la convierten en un despropósito a ésta última, por lo que retoma concepciones que comulgan con diagnósticos utilizados a lo largo de la historia de la psicopatología (psicosis, neurosis, etc.). Concibe entonces un diagnóstico relacional de la psicopatología humana donde destaca dos dimensiones continuas que lo determinan: la conyugalidad y la parentalidad que están en estrecha relación. Este autor concibe sin embargo que algunos trastornos como el *borderline* o las depresiones mayores pueden generarse en un contexto de conyugalidad armónica (con parentalidad deteriorada), representando uno de los pocos que considera que en un contexto de satisfacción de la pareja se presentan también situaciones familiares disfuncionales, sin embargo, en la experiencia profesional personal frente a problemas familiares, la satisfacción de los cónyuges solo se ha identificado como fachada.

Los revisados en las líneas anteriores son ejemplos de cómo diferentes autores han destacado el papel de la pareja para la concepción de sus modelos e intervenciones que consolidaron a la Terapia Familiar Sistémica. Posteriormente, se observa que la tendencia en la producción de conocimiento de modalidades terapéuticas fue evitar la reiteración de ideas expuestas por los pioneros de la Terapia Familiar que ya habían tenido una amplia aceptación, como es la interrelación de los cónyuges y sus hijos.

Existió un interés entonces de ofrecer ideas que resultaran novedosas, centrando la atención en el sustento práctico de las intervenciones sobre las explicaciones teóricas, como lo hicieron el modelo Centrado en Problemas del MRI, el Centrado en Soluciones y aquellos donde la postura epistemológica se distingue como el rubro principal de sus propuestas, como puede considerarse a los modelos posmodernos. Se puede observar que los representantes de modelos posteriores (históricamente hablando) no retoman las aportaciones teóricas desarrolladas desde hace décadas sobre el tema de la participación y la satisfacción de la pareja en las relaciones familiares pero tampoco las han desestimado o contrargumentado.

La satisfacción y estabilidad de la pareja

Los representantes del modelo de Terapia Breve Centrado en los Problemas del *Mental Research Institute* (MRI) se alejaron de la distinción de la pareja en sus propuestas teóricas priorizando el interés en los procesos de cambio y la influencia de la comunicación entre todos los miembros de la familia, sin embargo, su fundador Don D. Jackson participó previamente a la fundación del MRI en el estudio de las parejas junto con William Lederer donde ofrecen una tipología de estas.

Lederer y Jackson (1968) hacen una advertencia introductoria a la tipología expuesta en su obra refiriendo que no se trata de una clasificación científica sino orientadora para la necesidad de aquellos matrimonios que tratan de identificarse. Consideran así mismo que lo funcional no se puede describir en términos objetivos y agregan que «*lo funcional no quiere decir feliz*», debido a que la apariencia en ocasiones es un camuflaje social y es necesario para analizar un matrimonio analizar sus relaciones.

Las categorías formuladas se encuentran ordenadas de acuerdo a la funcionalidad deseada, involucrando las variables de satisfacción y estabilidad con sus opuestos, cada combinación tiene además dos subcategorías. Lederer y Jackson (*op. cit.*) aclaran que su categorización representa segmentos de un continuo que puede presentar cambios o metamorfosis en diferentes tiempos y que ninguna categoría es absoluta. Las categorías se pueden ver en la figura 8.

Fig. 8. Tipologías de las parejas de acuerdo a Lederer y Jackson.

		VARIABLE SATISFACCIÓN	
		SATISFACTORIA	INSATISFACTORIA
VARIABLE ESTABILIDAD	ESTABLE	ESTABLE Y SATISFACTORIA <i>Almas gemelas</i> <i>Colaboradores sagaces</i>	ESTABLE E INSATISFACTORIA <i>Vaqueros desgastados</i> <i>Evasores psicósomáticos</i>
	INESTABLE	SATISFACTORIA E INESTABLE <i>Luchadores por recreación</i> <i>Amos prestamistas</i>	INSATISFACTORIA E INESTABLE <i>Dúos terribles</i> <i>Psicósomáticos nocivos</i>

Se describen a continuación los aspectos relevantes de éstas categorías que los autores concibieron:

- **Satisfactorio-Inestable**

Puede presentarse en parejas con 5 o 10 años de duración en la que demuestran desacuerdos por los cuales surgen resentimientos y explosiones periódicas sutiles o directas con ataques mutuos en las que las heridas tienden a sanar. Los «*luchadores por recreación*» presentan una relación simétrica en la que la competitividad es hostil. Se identifican como los matrimonios comunes con grandes diferencias entre sí y su relación puede estar entre “el cielo y el infierno”. No buscan ayuda profesional pues esperan altas y bajas enfocándose en los hijos, el dinero, la seguridad y estatus. Se acostumbran y parecen satisfechos con los momentos de alegría ocasionales pero el «nido vacío» afecta este tipo de relación. Otra subcategoría es la de «*amos prestamistas*» quienes saben que no están enamorados y uno o ambos reconocen que han limitado esfuerzos para tener la pareja ideal. Brindan como compensación algo muy deseado: sexo, compañía, estatus, etc. y prefieren enfocarse en esa limitada satisfacción. No comunican “no estoy realmente enamorado de ti”, generalmente realizan ajustes no hablados, fingen o disfrazan lo que realmente piensan pero al igual consideran que lo que reciben en el intercambio es justo para aquello que están dando. Un ejemplo representativo es el de joven guapa-viejo rico. Esta relación se encuentra eventualmente condenada sin embargo es satisfactoria para las personas involucradas.

- **Insatisfactorio inestable**

Existe poca atracción en general. Una subcategoría es la de «*vaqueros desganados*» a la que se llega después de años “trotar” y puede desenlazar en suicidio, deserción o divorcio. Los miembros son gente enojada, sin disposición a la introspección o la autocrítica. Encuentran un grado de comodidad ser hostiles entre sí, lo cual puede generar en primera instancia su atracción cuya ganancia es descargar agresión. No reconocen que la agresión les causará daño y su futuro es frágil. No saben cómo detener sus juegos y cada uno está más interesado en ganar. Alguien externo puede quedar asombrado de su relación pues tienden a culparse uno al otro verbalmente y pueden involucrar a los niños, eligiendo coaliciones. Cuando existe el cansancio pueden entrar en la siguiente subcategoría: los «*evasores psicossomáticos*» que tienen peleas de forma encubierta con sarcasmos sutiles, tangencialización o medios no verbales. Llegan a presentar enfermedades como el alcoholismo, la frigidez o diversos síntomas hipocondríacos. Generalmente solo uno busca terapia pero pueden permitirse también un amante, *shopping*, etc. para minimizar su insatisfacción. Existe una progresión geométrica en la cual se mantienen juntos para cobrar lo que piensan que se convertirá en su felicidad creyendo que llegará el momento de ser felices pero antes se encuentran emocional y físicamente separados.

- **Insatisfactorio - Estable**

Aunque es estable es considerado el peor estado ya que sufren más dolor, más odio y más intensamente. Los «*dúos terribles*» envejecerán juntos debido a que ninguno es capaz de reconocer su insatisfacción. Los hijos serán generalmente su chivo expiatorio en los cuales centran su atención o se vuelven adictos a alguna actividad como la religión, el trabajo o el juego. Pueden mostrar una relación de tratos impecables y de gran apoyo a los externos, sin embargo esta fachada se debe a que nunca abordan lo negativo. Se defienden de cualquier intruso que pueda atreverse a criticar o evidenciar la relación. Otra subcategoría es la de los «*psicossomáticos nocivos*», estos se evitan el uno al otro sin ser evidente y tienen una percepción del mundo como hostil coludiéndose para enfrentarlo. Utilizan comportamientos destructivos en los que ninguna información es intercambiada, observándose relaciones separadas, silenciosas y distantes. Los hijos están afectados por este tipo de relación y huyen de casa en cuanto pueden, sin embargo tienden a repetir los patrones en la elección de pareja. Cuando ocurre, la separación es abrupta.

- **Satisfactorio – Estable**

Esta categoría es una construcción hipotética debido a que tal armonía se había visto rara vez dentro de los consultorios. El grado de colaboración es óptimo en estas parejas y la comunicación se presenta sin mensajes ambiguos, se establece la confianza mutua y la aceptación de las diferencias en la que no hay juicios de correcto e incorrecto acerca de la otra persona. Cada miembro proyecta su propia identidad fuera y dentro del entorno marital, se siente reconocido y esta relación se refuerza con los años. Una subcategoría es la de «*almas gemelas*» en la que son comunes los antecedentes, valores, profesiones, ingresos, etc. Puede presentarse en las comunidades de campo siendo actualmente difícil en las condiciones de las ciudades donde existen marcadas diferencias. Los «*colaboradores sagaces*» son parejas sin iguales antecedentes pero con grandes similitudes en las que la flexibilidad es alta. Generalmente estas parejas presentan una capacidad de estar de acuerdo y funcionan como equipo compartiendo las experiencias. El esfuerzo y energía invertido es alto y realizado día a día por años.

Aunque la anterior tipología puede recaer en el etiquetaje y las categorías que implican la tendencia reduccionista y lineal, criticada popularmente en la tradición de la Terapia Familiar, se ha considerado valiosa su aportación al contemplar las variables de estabilidad y satisfacción como alternativas de exploración en las parejas. Cabe hacer notar que la estabilidad se refiere a la permanencia en el contrato de relación o convivencia y no está asociado a un patrón de estabilidad emocional para lo cual se emplea exclusivamente la variable de satisfacción.

Para Campo y Linares (2002) la pareja ha de contar con sólidas bases relacionales para garantizar la estabilidad necesaria que le permita cumplir sus funciones, existiendo aspectos básicos de la relación que conectan con las expectativas que para cada miembro significa ser pareja y afectan al compromiso o contrato implícito que han querido establecer entre sí. Los autores consideran, como otros (Minuchin y Fishman, 1984; Madanés, 1982; Macías 2010), que problemas y dificultades existen invariablemente “sin que pueda cifrarse la bondad de las parejas en un idílica condición de universal armonía, sino en la capacidad de focalizar y abordar los conflictos en forma oportuna” (p. 7) y que estas capacidades se desarrollan como tantas otras con el aprendizaje y la adquisición de recursos y habilidades dirigidas a tal fin.

Las contrapartes de la estabilidad y la satisfacción también pueden ser concebidas como un motor para continuar con aprendizajes y crecimiento personal que de otra forma estaría limitado y con ello el acceso a diferentes experiencias. La frase satirizada en tiempos posmodernos de «*felices por siempre*», a la que nos puede remitir la categoría de pareja estable y satisfactoria puede entonces ser cuestionada como una meta terapéutica válida en la terapia de pareja cuando se entiende como una ausencia total de eventos de desacuerdo, insatisfactorios o problemáticos.

En su trabajo para abordar las creencias disfuncionales de la pareja, Martínez (2006, p. 181) expone que:

“Una persona ha de haber alcanzado un grado alto de insatisfacción antes de plantear cualquier cambio. Los seres humanos nos movemos a lo largo de nuestra vida entre dos parámetros, a modo de paredes movedizas que nos comprimen. Una de ellas es el miedo a la pérdida de la estabilidad y de la seguridad, la cual es la tan mencionada resistencia al cambio. La otra pared la constituyen las insatisfacciones que nos generan ciertas situaciones vitales...”

El mundo de la pareja presidido por la complejidad, como tantas otras áreas, permite diferentes concepciones sobre “lo deseable” para la pareja. Uno de los papeles del terapeuta es reconocer y facilitar la clarificación de las ideas y los patrones propios de sus consultantes. Charles-Torres concibe (2008):

“Nosotros como terapeutas tenemos diversas hipótesis sistémicas acerca de lo que es una relación satisfactoria de pareja, pero la más importante teoría acerca de eso es la que ellos mismos han conformado a través de su propia experiencia, cuando los llevamos a redescubrir sus PIES (Patrón interpersonal Estable Satisfactorio), los estamos guiando a aprovechar su propia experiencia y su única e irrepetible forma de ser feliz en pareja, y esto nos libera del rol diagnosticador y prescriptor de la forma correcta de vivir en pareja...” (p. 292)

La satisfacción de la pareja presenta entonces diversas configuraciones válidas para sus integrantes que pueden permitir su estabilidad como unidad funcional dentro y fuera de la familia. La labor del terapeuta de clarificar estos patrones interpersonales satisfactorios que predicen su estabilidad y la implementación de una visión relacional con el contexto y las personas (principalmente con sus hijos), ha sido una intervención constante en la Terapia Familiar tradicional pero como se ha podido revisar en el apartado correspondiente al análisis teórico metodológico de los modelos terapéuticos, con las megatendencias de las terapias posmodernas que se han distanciado de la visión de las relaciones (pensamiento sistémico), parece que un terapeuta se puede encontrar en la encrucijada de ser totalmente congruente con lo novedoso y caer en paradójicamente en su propia crítica: en posturas radicales que implicarían no considerar los postulados anteriormente desarrollados en la tradición familiar o de otras áreas.

Las propuestas posmodernas como alternativa de abordaje en la pareja

Existen algunos desarrollos teóricos sobre la pareja y la posmodernidad donde se contempla que las nuevas modalidades del vínculo amoroso corresponden al lema «mientras dure» sobre el de «hasta que la muerte nos separe». La posmodernidad ha producido una ética hedonista con un fondo nihilista en la que han desaparecido muchos ideales y valores personales que derrumban la concepción de una pareja estable y satisfactoria. Se ha perdido “la creencia”, derrumbado las viejas certezas, en donde la incertidumbre y la crisis parecen ser el sello de la época actual (Lyotard, 1979).

Velasco (2007) reconoce ciertas ideaciones comunes de la época posmoderna que repercuten en la estabilidad y satisfacción de la pareja:

“La vida vale solo en la razón de su calidad de ser gozada y su finalidad es proporcionar un placer rápido y fácil; la meta no está centrada ya en la búsqueda de realizaciones, sino en dejar que transcurra el tiempo sin mayores preocupaciones...” (p. 94).

Existen entonces propuestas teóricas sobre cómo se manifiesta la pérdida de la vigencia de las ideologías, la tendencia al pragmatismo, a las ilusiones de realidades inciertas de la televisión, el énfasis en la apariencia (lo físico, lo plástico), el consumismo y las relaciones virtuales que son todas características comprendidas en el posmodernismo; se expresa en una forma de concebir las relaciones sociales y la pareja con una fragilidad de los vínculos amorosos que se ha popularizado en la literatura de divulgación con el concepto de “amor líquido” (Bauman, 2005).

La visión de la pareja desde esta perspectiva puede ayudar a comprender algunas manifestaciones problemáticas de las parejas y las familias en la actualidad como el desvinculamiento afectivo, la ausencia de una planeación a futuro, la falta de responsabilidad compartida, la inestabilidad de los compromisos subordinados al placer que abren la puerta a infidelidades o a las rupturas conyugales. Sin embargo, lo que se ha considerado valioso en este reporte, más que identificar como se manifiesta en la pareja la tendencia posmoderna, es el acercamiento terapéutico inspirado en este movimiento.

Si bien es importante reconocer y validar las visiones de una pareja, en la Terapia Familiar Sistémica, una alternativa terapéutica usada comúnmente es que los consultantes se enriquezcan principalmente con pasar de una visión monocular, centrada en el individuo, a una visión binocular, que abarca individuos y sistemas, “con esta nueva visión, el paisaje adquiere relieve y se plantean nuevas interrogantes” (Caillet, 1992, p. 24).

El compartir la visión y movilizar la atención de los consultantes a diferentes enfoques que el terapeuta considere convenientes, requiere de un acercamiento donde se ha reconocido que la perspectiva terapéutica posmoderna facilita su introducción de acuerdo a las características que presenta de respeto a los pacientes: como la visión positiva de los recursos, la co-construcción del proceso terapéutico (entre otras) sobre una forma de proceder directiva y jerárquica de imponer estas visiones.

Beyebach (2006) ha revisado que existe una larga tradición en las terapias sistémicas y estratégicas de considerar a los consultantes como auténticos adversarios en la terapia, las cuales dedican una energía considerable en buscar como “derrotar” a las familias y considera que esta situación puede provocar una profecía autocumplidora en la que la desconfianza a los consultantes terminará provocando una respuesta de oposición.

Un antecedente de la postura posmoderna en la terapia puede reconocerse en el trabajo de De Shazer (1984) quien declara "oficialmente" la muerte de la resistencia, al proponer que cuando una persona no sigue las instrucciones o sugerencias del "experto", no es porque no esté motivado, sino porque el terapeuta no ha sido capaz de reconocer la forma de cooperar que el cliente tiene y se prefiere pensar que cualquier persona con la que trabajamos en terapia colabora de la mejor manera que puede.

Este reconocimiento iniciado fuera de la óptica posmoderna rompió con un paradigma en la forma de hacer la terapia y pronto se empezaron a cuestionar otras áreas. Se empezó a diluir el interés por modelos explicativos, teorías, hipótesis y fórmulas y aunque en la literatura de divulgación personajes como O' Hanlon (1995) se arriesgan a aconsejar (por ejemplo) como "hacer que el amor dure para toda la vida" (p. 141), las producciones de autores de terapias con orientación narrativa poco refieren más elementos que líneas generales de acción terapéutica (Freedman & Combs, 2002).

El posmodernismo que refiere a una crítica, no a una época histórica, ni a un modelo o técnica psicoterapéutica, de acuerdo a Anderson (1997), ha cuestionado las premisas tradicionales del Modernismo sobre la naturaleza de las personas, los problemas y la relación terapéutica, que suponen la idea de un terapeuta como un observador objetivo, poseedor de un conocimiento experto, privilegiado, que lo ubica en una jerarquía mayor respecto al cliente a quien tratarán de "componer" en la terapia como personas defectuosas (Gergen, 1990).

La perspectiva posmoderna que está informada en gran medida por la teoría de la construcción social, postula que no podemos tener una representación directa del mundo sino que sólo podemos conocerlo a través de nuestra experiencia de éste a través de los otros con el lenguaje (Anderson, 1997). El papel del lenguaje desde ésta perspectiva no representa la realidad sino que la constituye, es decir que el lenguaje y la experiencia son simultáneos y la realidad es entonces construida a través de un consenso lingüístico (Walter & Peller, 1996). Compartir en una conversación una visión como posibilidad más que como "verdad" ayuda a su asimilación.

Friedman (citado en Tarragona, 1999) describe características de una terapeuta constructivista las cuales se han considerado adecuadas para el trabajo con las familias y parejas, entre ellas: la co-construcción de significados y objetivos mediante el diálogo o la conversación; negociar la dirección de la terapia; buscar y amplificar las habilidades, fortalezas y recursos; evitar ser un detective de la patología o deificar distinciones diagnósticas rígidas; evitar utilizar un vocabulario de déficit y disfunción, remplazando la jerga de la patología (y la distancia) con el lenguaje cotidiano; estar orientado hacia el futuro y ser optimista respecto al cambio. La terapia narrativa, el equipo reflexivo y el modelo de soluciones, utilizados para la atención de los casos clínicos expuestos en este reporte, implementan en diferente medida las características anteriormente revisadas y cuyas particularidades de trabajo se han expuesto en el apartado correspondiente al capítulo II de este reporte.

Conclusiones

A través de diferentes pioneros y representantes de la terapia familiar sistémica se encuentran diferentes inclusiones en sus modelos que destacan que el «mirar a la pareja» puede representar un punto de partida aceptable para considerar la intervención terapéutica y procurar cambios en la dinámica familiar. Con alguna excepción, existe un consenso de teóricos que indica los problemas del subsistema conyugal como determinante de situaciones disfuncionales familiares en las que se incluyen los hijos de la pareja.

La satisfacción de la pareja toma múltiples formas, aunque existen ciertas etiquetas que envuelven ésta idea, la más importante es la que pueda resonar en las parejas, su propio patrón interpersonal estable y satisfactorio el cual puede ser clarificado dentro de los consultorios a falta de otros espacios en los cuales puedan identificarlo y desarrollar las habilidades necesarias para mantenerlo o renovarlo; acercarse al «felices por siempre» de la pareja estable y satisfactoria no se considera un mito desde una óptica en la que se admiten “roces” en la relación pero que pueden ser enfrentados, solucionados o diluidos si la pareja integra herramientas y visiones alentadoras a lo largo de su convivencia.

De esta forma los hijos se encontrarán en un contexto que evita ansiedad y tensión adicionales a los estresores de la vida, siendo el núcleo familiar un lugar que permita la seguridad y la nutrición emocional necesaria para su desarrollo y donde los modelos que representan las figuras significativas de sus padres puedan ser incorporados sin temor a la recurrencia de patrones disfuncionales.

Bajo éste panorama existen numerosas propuestas de intervención dentro de la producción del pensamiento sistémico pero que en el desarrollo de las herederas propuestas posmodernas han perdido potencia al considerar una epistemología que pretende ser congruente en su totalidad por lo que caen en desuso (o se evitan) gran parte de las ideas sistémicas que la precedieron, sin embargo, se observa que los conocimientos pueden ser integrados en la práctica clínica obteniendo resultados favorables.

La apertura que brindan los modelos posmodernos al concebir el espacio terapéutico como un lugar donde la colaboración, el respeto, el reconocimiento de las cualidades y habilidades de los consultantes son los principales elementos de la terapia junto con una visión positiva de esperanza y confianza en sus recursos, convierte a la terapia en un lugar “amigable” en el cual los procesos de cambio pueden dejar de ser desgastantes, facilitando la apertura emocional necesaria para tratar desde los problemas más profundos que involucran su identidad hasta los problemas instrumentales percibidos en sus relaciones.

3.2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Elaboración de la escala de competencias paternas

La presente escala se desarrolló dentro del marco de la **asignatura de Medición y Evaluación** de la Residencia de Terapia Familiar bajo la dirección de la Dra. Dolores Mercado Corona. El grupo de investigación se formó con las compañeras de maestría: Mariana Cervantes Centurión, Jessica Ivonne Mendoza y Lucelena Nava Martínez.

Resumen

En la Residencia de Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, el interés en conocer interacciones que permiten la funcionalidad del grupo familiar impulsó el desarrollo de un **instrumento válido y confiable que mide las competencias paternas de crianza en padres mexicanos**. Se diseñaron reactivos aplicando los procedimientos y análisis para la construcción de instrumentos de medición y evaluación en el área psicológica: prueba de claridad, jueceo Q-sort, análisis de claridad discriminatoria, validez factorial, consistencia interna, validez de criterio y un ejercicio de estandarización en los datos obtenidos de una **muestra de 276 padres y madres de niños(as) entre 6 y 12 años de edad** pertenecientes a una escuela primaria pública, a dos centros de atención comunitaria y a un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México. El instrumento quedó conformado por **48 reactivos divididos en cuatro escalas: afecto, enseñanza, calidad de tiempo compartido y tipo de interacción; con un alfa de Cronbach total de .941**. Los análisis permitieron demostrar la utilidad del instrumento para distinguir entre niños que presentan problemas de conducta y obtener mediciones confiables en padres de niños en edad escolar respecto a las cuatro dimensiones lo que proporciona información útil para el diseño de programas de prevención e intervención.

Introducción

Detectar tempranamente factores como la competencia parental percibida, ha mostrado su relevancia a la hora de elaborar modelos explicativos de la función parental. Sin embargo, se identificó que la casi totalidad de las investigaciones se centraban en la relación existente entre las prácticas de socialización familiar disfuncionales, tales como disciplina punitiva y el desarrollo de problemas de conducta en niños (Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler 1991; Wahler, Williams y Cerezo, 1990). Eran prácticamente inexistentes las pruebas que miden la competencia parental en situaciones concretas que se realizaran en la población mexicana y los encontrados en las revisiones realizadas presentaban limitaciones, fundamentalmente en su estandarización.

La escala de competencias paternas mide la habilidad de los padres para interactuar de forma sana con sus hijos que se encuentran en un rango de edad entre de 6 a 12 años. Las edades de los padres en los que se llevó a cabo los procesos estadísticos fueron de 22 a 56 años y su nivel mínimo de escolaridad fue de secundaria. Esta escala consta de 48 reactivos, de los cuales 43 son reactivos positivos y 5 negativos distribuidos en cuatro dimensiones: Afecto, Enseñanza, Calidad de tiempo compartido e Interacción negativa.

Los motivos por los que se elaboró la Escala de Competencias Paternas (ECP) fueron: validar una escala de competencia parental respondida por padres y madres, conseguir un mayor conocimiento de los estilos parentales en situaciones concretas, plantear estrategias de intervención de carácter preventivo, así como diseñar líneas futuras de investigación para conocer las funciones parentales adecuadas que determinan un estilo educativo óptimo.

Fundamentos

Los niños desde que nacen están bajo un proceso de construcción social, inmersos en una red de creencias, costumbres, valores y normas establecidas por la sociedad. Este proceso de socialización se da en todos los sistemas donde el sujeto interactúa, en primera instancia la familia, escuela, grupo de pares e incluso los medios de comunicación. Sin embargo, es la familia el sistema en el que comienza la trasmisión de valores que permanecen a lo largo de la vida de los individuos (Arranz, 2004).

Para el Dr. Raymundo Macías (2006), uno de los pioneros de la terapia familiar en México (Eguiluz, 2004, p. 228), la familia es un grupo de convivencia de adscripción natural y/o pertenencia primaria, con o sin lazos de consanguinidad, en el que se comparten la escasez o abundancia de recursos de subsistencia y servicios, generalmente bajo el mismo techo, y que constituye la unidad básica de producción de bienes, incluye miembros de dos o más generaciones quienes permiten la subsistencia de los integrantes de la familia y facilitan o no el desarrollo de sus potencialidades. Los padres, responsables de este grupo social primario de socialización que es la familia, determinan la subsistencia de los hijos y la transmisión de valores a través de la interacción y la crianza de sus hijos.

Para comprender las relaciones entre la interacción familiar y el proceso de desarrollo psicológico, es necesario distinguir conceptualmente dos términos íntimamente relacionados que describen realidades diferentes: la crianza y la interacción familiar (Arranz, 2004). Según el mismo autor, la crianza es el espectro de actividades que los padres practican con sus hijos y la administración de los recursos disponibles, orientada a apoyar el proceso de desarrollo psicológico, lo anterior mediante una orientación educativa. La distinción conceptual clave consiste en clarificar el hecho de que la crianza no es equivalente a la interacción familiar sino que es una parte de ella.

La crianza, abarca el conjunto de actividades que los padres practican con sus hijos, así como la administración de los recursos disponibles orientados a apoyar el proceso de desarrollo psicológico (Arranz, 2004). Se ha encontrado que el estilo de crianza que los padres practican con sus hijos, juega un papel fundamental en la vida de los niños, influye en el desempeño académico, autonomía, autoestima. Es por ello que las competencias paternas son consideradas un factor de riesgo o de protección del niño (Hernández-Guzmán & Sánchez-Sosa, 1999). El concepto de competencias parentales es una forma semántica de referirse a las capacidades prácticas que tienen los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, asegurándoles un desarrollo suficientemente sano (Barudy, 2005).

El estudio de los modelos de crianza se relaciona con el papel de las tradiciones y de la cultura como trasmisora de conocimiento y con el papel que juega en el sujeto en la transformación de toda esa información. La familia es uno de los numerosos pequeños grupos cara a cara, que son denominados grupos primarios, cuya función esencial es la social o socializadora y en especial la del cuidado y crianza de los niños (Becerra, Roldán y Aguirre, 2008).

La crianza implica tres procesos psicosociales: las pautas de crianza, las prácticas de crianza y las creencias acerca de la crianza. Por un lado, las pautas se relacionan con la normatividad que siguen los padres frente al comportamiento de los hijos siendo portadoras de significaciones sociales. Cada cultura provee las pautas de crianza de sus niños. Por otro lado, las prácticas de crianza se ubican en el contexto de las relaciones entre los miembros de la familia donde los padres juegan un papel importante en la educación de sus hijos, son acciones, comportamientos aprendidos de los padres ya sea a raíz de su propia educación como por imitación y se exponen para guiar las conductas de los niños. Finalmente, las creencias se refieren al conocimiento de cómo se debe criar un niño, a las explicaciones que brindan los padres sobre la forma como encausan las acciones de sus hijos (Izzedin y Pachajoa, 2001).

Los estilos de crianza no son estáticos sino ajustables a los principios normativos existentes dentro de distintas sociedades y a diferentes códigos culturales, por lo que se puede observar la emergencia de nuevos arreglos familiares y pautas alternativas de educación, formación y orientación, que tienen la posibilidad de rebasar las limitaciones de los estilos autoritarios o permisivos y de competir con los estilos que limitan las potencialidades de los niños.

Las prácticas de crianza representan el factor más poderoso por medio del cual la familia fomenta y mantiene el ajuste socioemocional de los hijos. Cuando las prácticas de crianza son positivas promueven la salud psicológica infantil, entendida como la utilización de recursos de afrontamiento del estrés orientados hacia la adquisición de habilidades y capacidades de solución de problemas para ajustarse a las demandas sociales y ecológicas (Hernández-Guzmán, 1999).

Márquez-Caraveo, Hernández-Guzmán, Aguilar, Pérez-Barrón y Reyes Sandoval (2007) sugieren que los estilos de crianza maternos conflictivos donde hay falta de cohesión, desorganización, falta de apoyo, rechazo y poca afectividad; caracterizan a las familias de riesgo para desarrollar mala salud física y mental por lo que los hijos se ven orillados al consumo de alcohol, drogas, embarazos no deseados y delincuencia.

Se ha encontrado que existen pocos instrumentos que midan la percepción de crianza (Márquez-Caraveo y cols., 2007). En la búsqueda de la información sobre el tema se identificaron dos instrumentos que miden percepción de crianza, uno de ellos estandarizado en México con población adolescente, el EMBU (*Egna Minnen Beträffande*) siglas en sueco de “Mis memorias de crianza” y el PBI (*Parental Bonding Instrument*) utilizado principalmente en España. Estos instrumentos sin embargo se enfocan en la percepción de los hijos y no en las prácticas de crianza de los padres.

Otros estudios encontrados, no cuentan con el tamaño de la muestra adecuada para ser estandarizados en la población mexicana, como el cuestionario de prácticas parentales utilizado por Gaxiola, Frías, Cuamba, Franco y Olivas (2006). Debido a estos motivos se desarrolló la Escala de Competencias Paternas.

Después de revisar la literatura, se utilizaron cuatro dimensiones que se consideraron como componentes importantes de las competencias que los padres deben desarrollar para relacionarse con sus hijos.

Procedimientos psicométricos para la elaboración de la escala

Dimensiones Teóricas

De acuerdo con la revisión teórica llevada a cabo sobre las competencias paternas, se propuso que los elementos importantes a considerar dentro de las prácticas de crianza son: afecto, calidad de atención, socialización y disciplina. Estas dimensiones se abordan a continuación y al final de cada una de ellas se muestra la definición que orientó la construcción de los reactivos.

- **Afecto.-** El afecto en las prácticas de crianza se considera como la habilidad de los padres para expresar y aceptar los sentimientos positivos y negativos de los hijos, se relaciona con la aceptación, el interés por el otro y el cuidado. Dado que los seres humanos al nacer dependen de otras personas para su sobrevivencia generan un vínculo con las personas que les ayudan a crecer. La mayoría de los autores coinciden en la importancia del afecto para crear una base segura que les permita a los niños en desarrollo enfrentar la vida al llegar a la adultez.

- **Calidad de tiempo compartido.-** Se refiere al tiempo que los padres pasan con sus hijos, en el cual exista comunicación que permita conocer los intereses, gustos y actividades de los niños. Una forma de demostrar afecto y aceptación a los hijos es compartir momentos en que los hijos puedan elegir qué hacer, que los padres lo acepten y no traten de manipularlos o se muestren pasivos ante sus elecciones. Los niños se sienten queridos al ser escuchados, apoyados y cuando sus padres comparten juego con ellos. Esta dimensión quedo definida como: el tiempo que los padres pasan con sus hijos, donde existe comunicación y conocimiento de los intereses, gustos y actividades de sus hijos.
- **Socialización.-** Los padres funcionan como agentes de socialización de sus hijos constituyéndose en el nexo entre el individuo y la sociedad. La familia socializa al niño permitiéndole interiorizar normas, valores culturales y desarrollando las bases de su personalidad. La socialización para la construcción de esta escala se define como: la habilidad de los padres para integrar al niño a la sociedad, escuela, grupo de pares y familia extensa.
- **Disciplina.-** La disciplina es el proceso de enseñanza de los padres hacia sus hijos, donde deben primar los límites, expectativas y consecuencias claras y consistentes, y que permite desarrollar en los niños el autocontrol, la responsabilidad y la seguridad. Finalmente la dimensión disciplina se definió como: el proceso de enseñanza donde deben primar los límites, expectativas y consecuencias claras y consistentes, cuyo objetivo es desarrollar en los niños autocontrol, responsabilidad y seguridad.

Conformación de la Escala

La escala de competencias paternas en un inicio se conformó de 141 reactivos: 33 en la dimensión de Afecto, 49 en la dimensión Calidad de Tiempo Compartido, 32 en la dimensión de Disciplina y 27 en la dimensión de Socialización; en correspondencia con el análisis de los antecedentes teóricos investigados, los cuales exploran cada una de las dimensiones consideradas para la evaluación de las competencias paternas. Los reactivos se aleatorizaron y se presentaron en un formato tipo likert con 4 opciones de respuesta relativas a la frecuencia: “Nunca”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y “Siempre”.

Prueba de Claridad

Antes de llevar los reactivos a la población a estudiar, se realizó la prueba de claridad con el fin de conocer si los reactivos propuestos eran entendibles a la población que se les aplicaría. De acuerdo con los resultados que se desprenden de la prueba de claridad se realizaron modificaciones en: instrucciones, datos socio demográficos y algunos ítems del instrumento.

Validez de Facie

A través del método de jueces Q-sort se sometieron a prueba los reactivos para constatar que cada uno midiera la dimensión teórica que pretende medir. Se sometieron a la opinión de expertos y como resultados se eliminaron del instrumento un total de 29 reactivos.

Características de la Muestra

Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se aplicó la escala de competencias paternas a una muestra de 276 padres de familia de niños y niñas cuyas edades oscilaban entre los 6 y 12 años, pertenecientes a una escuela primaria, a dos centros comunitarios de la ciudad de México y a un hospital psiquiátrico. 201 fueron padres de niños que no presentaban problemas aparentes de conducta y 75 fueron padres de niños que fueron identificados por tener dificultades de conducta y/o emocionales.

El rango de edad de los padres participantes en la muestra fue de 22 a 65 años con una media de 35 y desviación estándar de 7. En cuanto al estado civil, el 58.7% de las madres está casada. El 37.7% su nivel de escolaridad es de preparatoria. El 64% de los padres de la muestra viven juntos. El 47% de los padres encuestados tienen dos hijos. El rango de edad de los niños fue de 6 a 12 años con una media 8 y desviación estándar de 2. En cuanto al sexo de los niños 57.6% fueron niños y el 42.4 % fueron niñas.

Calidad Discriminatoria

Se sometió a prueba la capacidad discriminatoria de los reactivos y con el método de grupos extremos se eliminaron 15 reactivos más.

Validez Factorial

Para conocer la estructura factorial de los 97 reactivos que discriminan entre los grupos de padres con puntuaciones altas y bajas, se aplicó un análisis factorial de componentes principales con *rotación varimax* que se detuvo a las 50 iteraciones. Los resultados mostraron la agrupación de 48 reactivos en 4 factores que explican el 21.772% de la varianza total. El punto de corte para considerar que un reactivo cargaba en un factor fue que su carga factorial fuera de .30 o más, y se consideró que un reactivo pertenecía al factor en el que tuviera la mayor carga factorial. En la tabla 1 se muestran los factores encontrados y los reactivos que conformaron cada factor. Cada uno de los factores fue nombrado de acuerdo con las características que predominaron en la mayoría de los reactivos agrupados.

Tabla 2. Resultados del análisis factorial. Nombre del factor, porcentaje de la varianza explicada y número de reactivos que integran cada factor.

Factor	Nombre	Varianza explicada	Números reactivos
1	Afecto	9.92%	20
2	Enseñanza	8.96%	18
3	Calidad de tiempo compartido	2.99%	5
4	Interacción negativa	2.66%	5
TOTAL		21.772%	48

Finalmente la escala de competencias paternas quedó integrada por 4 factores denominados: afecto, enseñanza, calidad de tiempo compartido e interacción negativa. Se observa que los factores: afecto y enseñanza contienen más reactivos a diferencia de los factores calidad de tiempo compartido e interacción negativa que contienen cinco reactivos cada factor.

Confiabilidad

Para conocer la consistencia interna de la escala de competencias paternas se realizó el análisis de confiabilidad Alfa de *Cronbach* sobre los cuatro factores que arrojó el análisis factorial. Se correlacionó el total de cada factor con cada uno los reactivos que integran los mismos, así como del total de factores.

Como procedimiento se calculó el Alfa de *Cronbach* a cada uno de los 4 factores encontrados y del total de los mismos. Se invirtieron para este cálculo las calificaciones del factor 4. La siguiente tabla presenta los resultados del coeficiente alfa, así como el número de reactivos correspondientes a cada factor.

Tabla 3. Alfa de Cronbach de los cuatro factores y del total de los factores.

FACTOR	COEFICIENTE ALFA	NÚMERO DE REACTIVOS	REACTIVOS
Factor 1: AFECTO	.935	20	27, 71, 1, 87, 36, 38, 100, 29, 72, 107, 48, 40, 109, 58, 73, 59, 9, 23, 6, 106
Factor 2: ENSEÑANZA	.913	18	91, 101, 92, 93, 84, 89, 80, 90, 8, 14, 30, 49, 108, 45, 54, 4, 20, 47.
Factor 3: CALIDAD DE TIEMPO	.726	5	26, 37, 21, 7, 111
Factor 4: INTERACCIÓN NEGATIVA	.700	5	102, 65, 104, 95, 57.
Alfa total:	.941	48	

La información que arrojan los resultados anteriores refiere que los dos primeros factores, *Afecto* y *Enseñanza*, tienen una consistencia interna mayor arriba de .9.

Los factores 3 y 4, *Calidad de tiempo compartido e Interacción negativa*, presentan una menor consistencia, sin embargo son aceptados dado que el criterio de aceptación de confiabilidad es .7. A pesar de tener un coeficiente de confiabilidad menor que los primeros factores, se considera que poseen un coeficiente alfa adecuado.

La escala de competencias paternas resultó tener una confiabilidad total de .954 lo cual sugiere que la escala propuesta tiene una adecuada consistencia interna.

Validez de Criterio

La validez de criterio permitió corroborar contra de un criterio externo lo que mide el instrumento, y en esta investigación se compararon los puntajes obtenidos de las respuestas del grupo de padres que conformaron la muestra, de acuerdo con el criterio externo: padres de niños identificados con problemas de conducta, emocionales y/o afectivos.

Para obtener la validez de criterio, se realizó la comparación de medias con el procedimiento estadístico *t de Student* para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en las respuestas a la prueba de competencias paternas entre el grupo de padres de niños con problemas de conducta, emocionales y/o afectivos y el grupo de padres de niños sin estos problemas.

Tabla 4. Resultados de la prueba t de Student que compara las medias de los factores de la prueba de los padres de niños sin problemas y los padres de niños con problemas emocionales y/o conductuales.

FACTORES	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Buena conducta		Mala conducta	
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	media	DE	media	DE
AFECTO	7.707	.006	3.268	108.609	.001	68.55	10.11	63.09	13.09
ENSEÑANZA	13.775	.000	3.845	101.396	.000	62.63	8.17	56.92	11.85
CALIDAD DE TIEMPO COMPARTIDO	.376	.540	2.594	274	.010	14.13	3.02	13.08	2.98
INTERACCION NEGATIVA	13.367	.000	3.628	94.747	.000	6.63	1.69	8.01	3.06
SUMA FACTOR TOTAL	6.950	.009	4.256	108.453	.000	151.96	18.10	141.10	25.01

Los cuatro factores y el total produjeron diferencias significativas en la escala de competencias paternas, es decir, que las competencias paternas entre los padres de hijos con y sin problemas de conducta, emocionales y/o afectivos son diferentes.

Los padres de los niños asumidos con buena conducta tienen puntuaciones más altas en los factores: afecto, enseñanza, calidad de tiempo compartido. Los 13 padres de los niños con mala conducta tienen puntuaciones más altas en el factor de interacción negativa, lo que indica que se relacionan con sus hijos de forma negativa.

También se investigó la posible influencia de la variable *padres que viven juntos*. Con el fin de conocer si esta condición de los padres afectaba o no el desempeño en las prácticas de crianza se aplicó la prueba *t de Student* entre el grupo de padres que vivían con el otro progenitor del niño, y aquellos que no vivían con el otro progenitor. En la tabla 5 se presentan estos resultados.

Tabla 5. Resultados de Prueba t de Student entre los factores y los padres que viven juntos y separados.

	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias			Padres que viven juntos		Padres que no viven juntos	
	F	Sig.	T	gl	Sig. (bilate)	media	DE	media	DE
AFECTO	.003	.953	.661	264	.509	67.56	10.89	66.64	11.03
ENSEÑANZA	1.245	.265	.278	264	.781	61.35	9.85	61.02	8.58
CALIDAD DE TIEMPO COMPARTIDO	.311	.577	2.168	264	.031	14.17	3.00	13.32	3.15
INTERACCION NEGATIVA	.186	.667	.978	264	.329	6.92	2.28	7.17	2.15
SUMA FACTOR TOTAL	.118	.731	.851	264	.396	150.02	20.78	148.66	18.53

Los resultados muestran que los factores Afecto, Enseñanza e Interacción negativa no mostraron diferencias significativas ($p > .05$), destacando así que en esta muestra de padres no es una condición necesaria la cohabitación de ambos progenitores para el desarrollo de competencias paternas de afecto, enseñanza e interacción positiva óptima de los infantes.

Sin embargo el factor 3, Calidad de tiempo compartido si produjo diferencias significativas. Los padres que viven juntos muestran una media más alta de 14.17, que los padres que viven separados cuya media es 13.32, indicando que los padres que viven juntos comparten más tiempo de calidad con sus hijos, lo cual podría explicarse ya que éstos padres tienen más oportunidad de brindar calidad de tiempo libre a sus hijos, a diferencia del padre que está solo y se enfrenta a la doble jornada.

Consideraciones al procedimiento psicométrico

Estos datos permiten concluir que la escala de competencias paternas pudo ser sensible al criterio establecido, siendo capaz de discriminar entre los padres que tienen buenas prácticas de crianza y a los padres que requieren de una intervención eficaz para mejorar la relación con sus hijos.

Esta prueba, al cumplir con los requerimientos de investigación estadística, puede ser una herramienta importante para realizar diagnósticos sobre las competencias de los padres con hijos entre 6 y 12 años, de acuerdo a ciertos aspectos básicos: el afecto, la enseñanza, la calidad de tiempo compartido y el tipo de interacción.

Igualmente, los resultados que arroje la utilización de esta prueba pueden ser de gran utilidad no solamente para elaborar estrategias de prevención e intervención en la educación de padres a hijos, sino también para la terapia familiar como información adicional para mejorar la atención terapéutica a familias con hijos e hijas en edad escolar primaria.

3.2.2. Reporte de Investigación Cuantitativa: “Empatía y Funcionamiento Familiar”

El presente proyecto de investigación se realizó en colaboración con Lourdes Gabriela Sandoval Miranda y Raúl Reducindo Vázquez. Se desarrollaron cada una de las etapas del proceso a lo largo del primer semestre de la residencia de Terapia Familiar: planteamiento del problema de investigación, construir un marco teórico que sustentara el proyecto de investigación, desarrollar el método requerido, elaborar el instrumento requerido y pilotarlo, aplicar los instrumentos a la muestra determinada, efectuar la codificación y la captura de datos, aplicar las técnicas de análisis estadístico apropiadas y para finalizar elaborar un reporte de la investigación con las normas adecuadas para considerar su publicación, siendo ésta realizada en Volumen 16, Núm. 4, correspondiente al periodo de octubre-diciembre del 2011 de la *Revista de especialidades medico quirúrgicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del estado (ISSSTE)*.

A continuación se ha incluido la presentación de la investigación como fue redactada para esta revista médica de acuerdo a las normas para autores solicitadas y cuyas referencias se indicaron con números en superíndice por lo que se incluyen dentro de este mismo apartado.

Resumen

Introducción: La práctica médica se encuentra ligada a la relación médico-paciente y obliga a los profesionales a desarrollar habilidades de tipo social como la empatía. El núcleo familiar o familia de origen representa el agente más importante en el proceso de socialización debido al tiempo e intensidad de sus relaciones. Diversos estudios han identificado diferencias en las medidas de empatía por género y tipo de especialidad en población médica, sin embargo, no existen antecedentes de interés por factores que involucran el desarrollo de la empatía. Es de interés para la presente investigación identificar la relación entre el funcionamiento familiar y la empatía para consideraciones en torno a la necesidad de incluir la educación de las habilidades emocionales y sociales en los currículos de los egresados.

Material y Métodos: Mediante un estudio no experimental de campo y ex post facto, se estudiaron 235 médicos residentes de 35 cursos de especialidades del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE. Se evaluó su percepción de funcionalidad familiar y empatía con la Escala de Funcionamiento Familiar de Atri y la Escala de empatía de Lozano. El coeficiente de correlación de Pearson se utilizó para evaluar la asociación del grado de funcionalidad familiar y la empatía.

Resultados: Se presentó una correlación entre Funcionamiento Familiar y Empatía de $r=0.456$, La comparación de medias en las variables demográficas con las escala de Funcionamiento Familiar y Empatía, no presentaron diferencias significativas ($p= <.05$).

Conclusión: Se presentó una alta correlación entre Funcionamiento Familiar y Empatía. El género, tipo de residencia y grado académico no presentaron diferencias significativas con el Funcionamiento Familiar y la Empatía.

Palabras clave: Funcionamiento familiar, empatía, relación médico-paciente, educación médica.

Summary

Introduction: *Medical practice is linked to the doctor-patient relationship that makes professionals develop social skills such as empathy. The family core or the family of origin is the most important agent in the socializing process due to the time and intensity of its relationships. Many researches studies have identify gender differences, kind of specialty in the empathy measures within the medical population. Nevertheless there is not previous record of the interest of factors that involved the development of empathy. The interest of this research is to identify the relationship between the family performance and empathy for considerations of the need to include training of emotional and social skills in the graduates curricula.*

Results: *We found correlation between family Functioning and empathy of $r= 0.456$. The comparison of measures in the demographic variables with the family functioning and empathy scales did not show significant differences ($p=<.05$).*

Conclusions: *We identified high correlation between family functioning and empathy, gender, kind of residence and academic degree did not show significant differences with family functioning and empathy.*

Introducción

El objetivo de todo programa de formación académica consiste en preparar de la mejor manera posible para una práctica profesional.¹ Este objetivo se encuentra incluido en los programas de las residencias médicas. Las Residencias Médicas en el ISSSTE constituyen un sistema de educación destinado al desarrollo del proceso de enseñanza–aprendizaje en servicios de atención pública para médicos residentes, con el fin de capacitarlos para el diagnóstico y tratamiento de patologías prevalentes, en un marco teórico y práctico, mediante el desempeño de acciones eficientes y responsables que respeten los principios de la buena práctica humana, ética y científica. En esta etapa existen firmes objetivos como adquirir identidad profesional y personal, responsabilidad, autocrítica, autodecisión, educación continua, ocupar un lugar en el equipo de salud y evolucionar como ser humano, como persona humana.²

Una relación médico-paciente positiva es un elemento crítico en la práctica médica y en el arte de curar³. La relación médico-paciente se ha tensado por el rápido incremento del diagnóstico basado en la tecnología en la medicina moderna, el cambio resultante de alejamiento del contacto al lado de la cama del paciente a los laboratorios y los procedimientos diagnósticos basados en computadoras. Lo anterior ha dado lugar a la percepción general de que los médicos se han “desligado” de la atención del paciente.⁴

La práctica médica que se encuentra íntimamente ligada a la relación médico-paciente, al contacto directo de con las personas, obliga a los profesionales a desarrollar habilidades que incluyen las habilidades de tipo social. Estas habilidades representan un conjunto de comportamientos emitidos por un individuo en un contexto interpersonal, donde expresa sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y con lo cual generalmente, resuelve los problemas inmediatos de la situación, mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.⁵

Los comportamientos de conducta social habilidosa descritos, involucran conductas tocantes a *la empatía*. Esta variable se ha identificado como de importancia en diversos ámbitos y ha sido estudiada en los últimos años en la población médica por Hojat M. y Mangione S. quienes han encabezado numerosas investigaciones en países anglosajones^{4,6-17} y recientemente, a partir de estas investigaciones, en países de Latinoamérica como México¹⁸ y Chile.¹⁹

Las investigaciones sobre el tema indican que las organizaciones educativas y profesionales recomiendan que los atributos humanísticos, incluida la empatía, se instalen y evalúen entre los residentes en entrenamiento clínico. Lo anterior no solamente con la finalidad de mejorar la relación médico-paciente,^{20, 21} sino también para aumentar la calidad de la atención a pacientes.^{22, 23, 24} Incluso, existen pruebas de que la empatía se asocia con una mejor competencia clínica.¹³

El concepto de empatía se ha referido por su parte, como la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos de otra persona, combinado con la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente. No obstante, la misma se ha asociado en forma teórica o empírica con una serie de atributos como el respeto, el comportamiento prosocial, el razonamiento moral, las actitudes positivas hacia la gente de edad avanzada, la ausencia de demandas o litigios por mala práctica, la habilidad para recabar la historia clínica y ejecución del examen físico, la satisfacción del paciente, la satisfacción del médico, la mejor relación terapéutica y los buenos resultados clínicos.¹⁶

En el interés de medir la empatía en la población médica, se indica que los médicos en las especialidades “orientadas al paciente” -p.ej. medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia, medicina de urgencia, psiquiatría y subespecialidades médicas correspondientes- obtienen puntajes de empatía más altos que sus contrapartes en especialidades “orientadas a la tecnología”, p.ej. la anestesiología, la radiología, la patología, la cirugía y las subespecialidades quirúrgicas.^{11,13} Asimismo, se dice que en la escuela de medicina y en la práctica médica las mujeres tienden a ser más empáticas que los hombres.^{9, 13, 16}

Si bien se ha incrementado un interés por identificar los factores que afectan la práctica médica que involucran la socialización, como lo es la empatía; no se han realizado estudios por identificar el contexto donde se desarrollan a lo largo de la vida. La familia es el primer agente en el tiempo que durante un lapso más o menos prolongado tiene prácticamente el monopolio de la socialización y, especialmente durante la infancia. Toda familia socializa al niño de acuerdo a su particular modo de vida, el cual está influenciado por la realidad social, económica e histórica de la sociedad en la cual está inserta.²⁵

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal como unidad.²⁶ En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás.²⁷ En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas.²⁸

El objetivo principal del presente estudio fue identificar la relación de la empatía y la percepción positiva del funcionamiento familiar en la familia de origen de los médicos residentes del ISSSTE, así como las diferencias presentadas en la medición de la empatía de acuerdo a las características de dicha población, de acuerdo al interés existente en esta Institución por involucrar programas de enseñanza integrales que contemplen cada una de las habilidades necesarias para un ejercicio médico de calidad.

Método

Estudio no experimental de campo y ex post facto.

Población

Participaron 235 médicos residentes de 35 cursos especialidades o subespecialidades del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, el 57.4% pertenecientes al género masculino. Se observó una media de edad de 30.23 años. Se clasificaron en área médica con el 69.4% área quirúrgica 21.3% y médico-quirúrgica o mixta 9.4%. De acuerdo al estado civil se presentó la siguiente distribución: solteros 63%, casados 28.9%, unión libre 5.5% y divorciados 2.6%.

Criterios de selección

- *Inclusión:* médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE.
- *Exclusión:* médicos residentes del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE que se negaron a participar en la investigación.
- *Eliminación:* cuestionarios resueltos de manera incompleta.

Definición Operacional de las variables

- *Funcionamiento familiar.* Puntajes obtenidos en el instrumento de funcionamiento familiar elaborado por Atri.
- *Empatía.* Puntajes obtenidos en el instrumento de empatía elaborado por Lozano.
- *Datos sociodemográficos.* Se incluyeron las variables de: edad, sexo, estado civil, tipo de curso de especialización (Residencia) y grado en el curso de especialización (año en el curso de la residencia).

Material e Instrumentos

Para medir el Funcionamiento Familiar se utilizó el instrumento construido en México por Atri²⁹ el cual está constituido por seis subescalas: *involucramiento afectivo funcional, involucramiento afectivo disfuncional, patrones de comunicación disfuncionales, patrones de comunicación funcionales, resolución de problemas y patrones de control de conducta.* Atri reporta los resultados de análisis factorial con rotación varimax, donde se produjeron seis factores que explicaron el 75.4% de la varianza total. La confiabilidad obtenida para las 6 subescalas fluctuó entre 0.45 y 0.92. En total el instrumento está compuesto por 40 reactivos.

Para medir la empatía se utilizó el instrumento de Lozano, basado en Díaz Loving, Andrade y Nadelsticher.³⁰ Evalúa la empatía, definida como una respuesta afectivo-cognoscitiva activada por el estado de otra persona y congruente con él, que orienta la conducta. Se efectuó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, el cual arrojó un factor (*Compasión Empática* de 6 reactivos) y dos indicadores (*Empatía Cognoscitiva* e *Indiferencia a los Sentimientos* de 2 reactivos cada uno), con lo que explicó el 59.2% de la varianza total.

El coeficiente de consistencia interna para la escala global fue $\alpha = 0.77$, lo mismo que para el factor; para los indicadores, el coeficiente α fue 0.61 y 0.66

En total el instrumento está compuesto por 13 reactivos.

Procedimiento

Se citó por medio de un oficio a los médicos residentes en el auditorio de cada una de las especialidades y subespecialidades del Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE, dónde se les explicó que se estaba realizando una investigación acerca de las relaciones familiares y la empatía con la participación de la Facultad de Psicología de la UNAM. Se les pidió su colaboración para responder un cuestionario autoaplicado por medio de un cuadernillo individual, indicando el anonimato de su participación y la importancia de proporcionar respuestas honestas y sinceras. Se aplicaron dos instrumentos para medir las variables de interés integrados en el cuadernillo de autoaplicación.

Pruebas estadísticas

Se capturaron los puntajes de respuesta obtenidos en el paquete estadístico SPSS VERSION 19, que iban en las opciones de respuesta que se presentaban en un rango de 1 a 4 en escala likert para el análisis estadístico descriptivo e inferencial de los datos junto a las variables de edad, sexo, estado civil, año, tipo de curso de especialización (Residencia) y grado en el curso de especialización (año en el curso de la residencia).

Se utilizó estadística descriptiva como promedio, desviación estándar y porcentajes. Para evaluar la asociación del grado de funcionalidad familiar y la empatía, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Resultados

Se encontraron correlaciones altamente significativas entre los factores de la escala de funcionamiento familiar. Los puntajes más altos se presentaron entre *Expresión de Afecto* y *Apoyo Familiar* con 0.703; *Comunicación Funcional* y *Expresión de Afecto* con 0.674 y *Comunicación Funcional* y *Apoyo Familiar* con 0.594.

Las medias obtenidas de los *factores de Funcionamiento Familiar* fueron las siguientes en *Apoyo Familiar*. 3.70 con una desviación estándar de 0.39; *Enfrentamiento de los problemas* presentó una media de 3.49 con una desviación estándar de 0.51. *Expresión de Afecto* con una media de 3.51 y desviación estándar de 0.48.

La media total de la *escala de funcionamiento familiar* de 3.43 con una desviación de 0.47. Para la escala de empatía se obtuvo una media de 2.89 y una desviación estándar de 0.42.

Se presentó una alta correlación entre *Funcionamiento Familiar* y *Empatía* de $r=0.456$, los factores que más correlacionaron fueron *Expresión de afecto con Apoyo familiar* y *Respeto en la familia*.

A partir de la comparación de medias en las variables demográficas (sexo edad, etc.) y la escala de *Funcionamiento Familiar* y *Empatía*. No presentaron diferencias significativas $p= <.05$.

Discusión

En la bibliografía no se encontraron investigaciones que relacionaran el funcionamiento familiar con la empatía en la población referida, sin embargo se ha podido constatar por estudios similares, que la formación recibida en la familia y el clima familiar en general repercutirán en el tipo de aspectos que los individuos valoran y en las capacidades que desarrollan como la empatía.

En estudios que relacionan la percepción del funcionamiento familiar con otras variables que implican atributos positivos como la *calidad de vida*, se encontraron resultados similares en donde existe una alta correlación.³¹

No se encontraron diferencias significativas por género en cuanto a la percepción del funcionamiento familiar y la empatía. Este resultado es inconsistente al reportado por los estudios en donde solo se relaciona la empatía en población de médicos mexicanos y estadounidenses, en donde las mujeres registraron un puntaje significativamente superior a los hombres en la empatía.^{9,13,16,18} Lo anterior se contrapone con la idea de que las mujeres son más receptivas a las señales emocionales que los hombres y que las mujeres pasan más tiempo con sus pacientes y ofrecen más atención preventiva y orientada al paciente.

En el análisis factorial con rotación varimax de la escala de funcionamiento familiar²⁹ se identificaron 7 factores diferentes en esta población. Se denominaron de la siguiente forma: primer factor o *Expresión de Afecto* (9 reactivos), segundo factor o *Apoyo Familiar* (7 reactivos), tercer factor o *Desinhibición Emocional* (5 reactivos), cuarto factor o *Respeto en la familia* (4 reactivos), quinto factor o *Enfrentamiento de los Problemas* (4 reactivos), sexto factor o *Comunicación Funcional* (3 reactivos) y séptimo o *Flexibilidad en la Normas* (2 reactivos). Todos los reactivos con carga factorial de 0.42 hasta 0.82 y con un alfa de Cronbach total de $\alpha = 0.9133$.

En el análisis factorial con rotación *varimax* del instrumento de empatía, se encontró un factor que se le denominó *Empatía*, integrado por nueve reactivos a diferencia con los encontrados por Lozano³⁰, el cual identificó 3 factores. Todos los reactivos cuentan con un alfa de Cronbach de $\alpha = 0.758$.

Los resultados del presente estudio demuestran que la expresión de los afectos en la familia, la adaptación o flexibilidad en las reglas de acuerdo a las diferentes situaciones y una comunicación abierta y clara; cuando se manifiestan en las relaciones familiares pueden generar una percepción de funcionamiento positiva o funcional que estará altamente relacionada con el desarrollo de la empatía y otras habilidades personales y sociales como lo demuestran estudios de calidad de vida, asertividad y autoestima,⁵ todas ellas relacionadas con una práctica médica de calidad.

Referencias

1. Monroy-Caballero, C.Irigoyen-Coria, A. La formación de médicos familiares en el ISSSTE, México: 25 años de evolución. Archivos en Medicina Familiar 2005; 7: 31-34.
2. Archivos de la Jefatura de Enseñanza del ISSSTE.
3. Glass RM. The patient-physician relationships. JAMA 1996; 275:147-148.

4. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002; 24: 371-374.
5. León A, Rodríguez C, Ferrel F, Ceballos F. Asertividad y autoestima en estudiantes de primer semestre de la Facultad de Ciencias de la Salud de una universidad pública de la ciudad de Santa Marta (Colombia) *Psicol. Caribe.* 2009; 24: 91-105.
6. Hojat M, Gonnella JS, Xu G: Gender comparisons of young physicians' perceptions of their medical education, professional life, and practice: a follow up study of Jefferson Medical College graduates. *Acad Med* 1995; 70:305-312.
7. Hojat M, Mangione S, Gonnella JS, Nasca T y cols. Empathy in medical education and patient care (letter). *Acad Med* 2001; 76:669.
8. Hojat M, Mangiones S, Nasca T, Cohen MJM et al. The Jefferson Scale of physician empathy: development and preliminary psychometrics. *Educ Psych Measurement* 2001; 61:349-365, 2001.
9. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Cohen MJM, Gonnella JS, Erdmann JB, et al. The Jefferson Scale of Physician Empathy: development and preliminary psychometric data. *Educ Psychol Meas* 2001; 61: 349-365.
10. Hojat M, Gonnella JS, Nasca TJ, Mangione S, Vergare M, Magee M. Physician empathy: definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1563-1569.
11. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Rattner S, Erdmann JB, Gonnella JS, et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004; 38: 934-41.
12. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ, Gonnella JS, Magee M. Empathy scores in medical school and ratings of empathic behavior in residency training 3 years later. *J Soc Psychol* 2005; 145: 663-672.
13. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence, and gender. *Med Educ* 2002; 36: 1-6.
14. Hojat M, Gonnella J, Nasca TJ, Mangione S, Veloski JJ, Magee M. The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Acad Med* 2002; 77: S58-60.
15. Hojat M, Fields SK, Gonnella JS. Empathy. an NP/MD comparison. *Nurse Pract* 2003; 28: 45-7.
16. Hojat M, Gonella JS, Nasca TJ, Mangione S et al.: Physician empathy: Definition, components, measurement, and relationship to gender and specialty. *Am J Psychiatry* 2002;159:1563-1569.

17. Mangione S, Kane GC, Caruso JW, Gonnella JS, Nasca TJ, Hojat M. Assessment of empathy in different years of internal medicine training. *Med Teach* 2002; 24: 371-374.
18. Alcorta-Garza A, González JF, Tavitas S, Rodríguez FJ, Hojat M. Validación de la escala de empatía médica de Jefferson en estudiantes de medicina Mexicanos. *Salud Mental* 2005; 28: 57-63.
19. Carvajal A, Miranda CI, Martinac T, García C, Cumsille F. Análisis del nivel de empatía en un curso de quinto año de medicina, a través de una escala validada para este efecto. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile* 2004; 10: 302-306.
20. Bertakis KD, Roter D, Putman SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract* 1991; 32:175–181.
21. Levinson W. Physician-patient communication: A key to malpractice prevention. *JAMA* 1994; 273:1619–1620.
22. Hudson GR. Empathy and technology in the coronary care unit. *Intensive Critical Care Nurs* 1993; 9:55-61.
23. Jackson SW: The listening healer in the history of psychological healing. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1623-1632.
24. Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS. Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med* 1991; 6:420–423.
25. Portantiero JC. *La sociología clásica: Durkheim y Weber*. Buenos Aires: CEAL, 1985.
26. Santacruz-Varela J. La familia como unidad de análisis. *Rev Med IMSS* 1983; 21 (4): 325-363.
27. Saucedá García JM, Foncerrada MM. La exploración de la familia. Aspectos médicos psicológicos y sociales, *Rev Med IMSS* 1981; 19 (2): 155-163.
28. Saucedá García JM. Psicología de la vida en familia. Una visión estructural. *Rev Med IMSS* 1991; 29 (1): 61-68.
29. Atri, R. Confiabilidad y validez del cuestionario de evaluación del funcionamiento familiar (EFF). Tesis de Maestría en Orientación y Terapia Familiar. Universidad de las Américas, México: 1987.
30. Lozano Razo, G. Actitudes y estrategias de persuasión hacia la donación de órganos y tejidos. Tesis de Doctorado en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM (Instrumento de acción razonada para la donación de órganos y tejidos; Escala de empatía, basada en la Escala multidimensional de empatía, de Díaz Loving, Andrade y Nadelsticher: 1987.
31. Palomar, J. (1998). Funcionamiento familiar y calidad de vida. Tesis de Doctorado. UNAM. México: 1987.

3.2.3. Investigación Cualitativa del Abuso Sexual Infantil: sus implicaciones y la importancia de una evaluación sistémica.

Resumen

Con la presente investigación del abuso sexual infantil, se exploraron diversos momentos donde la inclusión de la visión sistémica puede ser considerada relevante pero poco llevada a la práctica, especialmente, se identifica de gran importancia en la valoración del ASI en preescolares, donde la falta de desarrollo en general, representa limitantes que pueden abrir camino a diversas injusticias legales y terapéuticas poco favorecedoras cuando no se contempla el contexto relacional.

Los objetivos de la investigación se categorizaron en seis rubros relacionados al abuso sexual infantil. Los cuatro primeros corresponden a la exploración para generar un panorama integral: las implicaciones en el desarrollo psicológico, la respuesta del entorno, la valoración y el proceso legal. Las implicaciones del nivel sistémico y el tratamiento que son correspondientes a los dos últimos ejes se consideraron de importancia para la generación de propuestas de intervención.

Se realizaron 2 entrevistas semidirigidas sobre los ejes de esta investigación a profesionales relacionados con el abuso sexual en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” de la Ciudad de México; específicamente pertenecientes a la clínica del Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS) y al área de Peritajes psicológicos. Asimismo se utilizó el registro de observación de una evaluación pericial psicológica relacionada con el abuso sexual.

Planteamiento del Problema

En México se estima que más de 16000 niños y niñas son víctimas de abuso sexual cada año. Se ha observado que las implicaciones en el desarrollo psicológico del menor son numerosas y graves en la mayoría de los casos y presentan una tendencia a desarrollar problemas de depresión crónica, ansiedad y alteraciones en las relaciones interpersonales en el transcurso de sus vidas.

Dentro de mi experiencia en la consejería en el Servicio de Apoyo e Intervención en Crisis por teléfono perteneciente a la Cruz Roja Mexicana (SAPTEL), era posible percatarse de manera constante, que los usuarios recurrentes o con sintomatología aparentemente grave (insomnios, crisis de ansiedad, problemas relacionales, sexualidad no satisfactoria, etc.) habían presentado un evento de carga sexual significativa, incluyendo el abuso, en algún momento de su infancia o adolescencia. El evento no era asociado con la problemática vivida en el presente por el usuario y era expuesto únicamente como una parte de su historia personal, razón por la que no era manifestada su mención espontánea hasta que era explorada el área sexual por el consejero.

En la consulta clínica privada y actualmente en el área de terapia familiar del Hospital Psiquiátrico Infantil de la Ciudad de México “Juan N. Navarro”, he observado al explorar a las familias de los niños presentados con las más diversas problemáticas, que un evento de abuso sexual en la historia del desarrollo de un padre, afecta no solo a éste que directamente lo experimentó, sino traspasa las fronteras generacionales, evidenciándose en una interacción disfuncional que contribuye a la generación de los síntomas del niño. Resulta de suma importancia la prevención y evitar la perseverancia de este tipo de actos que destruyen la integridad de los afectados. Es conocido que una forma de control social es penalizar jurídicamente la conducta no deseada, sin embargo una problemática advertida es que las instituciones relacionadas con la impartición de justicia y los profesionales encargados de la evaluación parecen no reconocer aún todas las implicaciones del abuso sexual en ocasiones por la falta de especialización y limitación de su visión profesional.

Asimismo la falta de atención en las interacciones dentro los procesos de valoración del abuso sexual, de acuerdo a los escasos protocolos existentes, puede generar lagunas en la información en un proceso con tantas dificultades como lo es la indagación de este proceso en edad preescolar.

Por lo anterior se presentan diferentes interrogantes sobre las implicaciones psicológicas del abuso sexual que determinan los objetivos del presente estudio, las cuales se consideraron dentro de seis categorías.

Justificación

En el ámbito de la pericial psicológica es importante contar con un marco de referencia adecuado para la valoración del abuso sexual e incluir visiones útiles para los profesionales cuyo bagaje teórico no necesariamente implica el conocimiento de las teorías sistémicas o la terapéutica familiar; se pretende que la información desarrollada sea de utilidad para los profesionales relacionados con el tema: jueces, abogados y terapeutas encargados del abuso sexual.

Hipótesis

La visión sistémica o de las interacciones no se incluye en las evaluaciones y el tratamiento del abuso sexual en México y su integración dentro de esta problemática aportaría beneficios significativos.

Objetivos

De acuerdo a las interrogantes de cada eje o categoría se determinaron los objetivos generales y específicos correspondientes expuestos en la siguiente tabla A.

Tabla A. Objetivos generales y específicos de la investigación del abuso sexual infantil determinados por las categorías de investigación.

CATEGORIAS	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN
<i>a) Implicaciones en el desarrollo psicológico</i>	<p>Objetivo General</p> <p>1. Determinar las implicaciones del ASI en el desarrollo psicológico del afectado.</p> <p>Objetivo Específico</p> <p>1.1 Describir las implicaciones en el desarrollo psicológico en víctimas de ASI.</p>
<i>b) Entorno</i>	<p>Objetivo General</p> <p>1. Analizar la respuesta del entorno ante el ASI.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1.1 Determinar la respuesta de la familia.</p> <p>1.2 Determinar la respuesta de las escuelas.</p> <p>1.3 Determinar que hacen las instituciones legales.</p>
<i>c) Evaluación</i>	<p>Objetivo General</p> <p>1. Analizar los métodos de evaluación del ASI.</p> <p>Objetivos Específicos.</p> <p>1.1 Describir los criterios de evaluación de diferentes instituciones.</p> <p>1.2 Identificar las diferencias de la evaluación de acuerdo a la etapa de desarrollo psicológico de la víctima (infancia, adolescencia, adultez).</p> <p>1.3 Identificar las características de evaluación del ASI en prescolares que carecen de una memoria y lenguaje desarrollados.</p>
<i>d) El proceso legal</i>	<p>Objetivo general</p> <p>1. Analizar las implicaciones y procesos legales del ASI.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1.1 Identificar la forma de validación del testimonio de las víctimas del ASI.</p> <p>1.2 Analizar si los perfiles psicológicos teóricos sobre un abusador sexual presentan utilidad para su identificación.</p> <p>1.3 Conocer las implicaciones de una investigación penal en el presunto culpable.</p> <p>1.4 Determinar las reacciones ante las penas legales del ASI.</p>
<i>e) Nivel sistémico</i>	<p>Objetivo general</p> <p>1. Analizar la importancia de contemplar una evaluación sistémica en ASI.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1.1 Analizar la participación de los padres en la evaluación del ASI.</p> <p>1.2 Analizar las posibles consecuencias de omitir una evaluación sistémica.</p> <p>1.3 Analizar las dificultades propias del incesto desde el punto de vista sistémico.</p>
<i>f) Tratamiento</i>	<p>Objetivo general</p> <p>1. Analizar el tratamiento en México del ASI en las diferentes instituciones.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1.1 Determinar los alcances de los tratamientos ante el ASI.</p> <p>1.2 Determinar las implicaciones y beneficios de la inclusión de la familia en el tratamiento.</p>

Método

Participantes. A) Dos profesionales relacionados con el abuso sexual en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” de la Ciudad de México; pertenecientes a la clínica del Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual (PAINAVAS) para obtener información directa sobre la sintomatología observada y el tratamiento brindado en esta institución; B) Una profesional del área de Peritajes psicológicos para conocer las implicaciones de las valoraciones y procesos legales; y C) Un caso clínico relacionado con un evento de abuso sexual determinado como falso positivo, para conocer la experiencia de manera directa referida por el miembro o miembros de la familia.

Instrumentos. 1) Cuestionario guía de entrevista semidirigida para especialistas con 22 preguntas basadas en el planteamiento del problema. 2) Registro observacional del caso clínico.

Desarrollo

Registro Observacional. El caso de Elsa.

El interés profesional en el tema del abuso sexual infantil y la forma en que es evaluado comienza a partir del año 2009, cuando me fue designado un peritaje psicológico para determinar la existencia o no de un abuso sexual en mi labor de perito auxiliar del Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal,. Los implicados en dicho caso era Elsa (nombre ficticio) una menor de 5 años de edad que a través de la denuncia de su madre, inculpaba a un muchacho de 15 años, su tío, pues era el hermano menor del padre de la niña y que desde la denuncia, fue confinado a una Comunidad de Menores Infractores, dónde llevaba 8 meses recluso (tiempo transcurrido hasta ese momento el proceso de averiguación). La denuncia indicaba que obligó a ver pornografía a la menor y a que le realizara sexo oral.

Al ingresar a la Comunidad de menores donde me permitieron la entrada para valorar al presunto culpable, comencé a realizar la entrevista y la aplicación de pruebas psicológicas estandarizadas. El adolescente contestó cada pregunta de la entrevista sin contradicciones, de forma espontánea y con emociones congruentes a lo que se encontraba experimentando en este momento. Había perdido el ingreso a su último año de secundaria, se entrecorta su voz y suelta el llanto al no identificar el por qué su sobrina dice que él “le ha hecho cosas”.

Cité a la menor para su valoración indicando que era necesaria la presencia de la madre. En dos ocasiones no se presentan a las citas que el juez determinó, debiendo reprogramarse éstas por lo que transcurrió un mes más para lograr el contacto. Los padres del joven, que son al igual los abuelos de la niña, se acercan e informalmente junto como el padre de la menor, comentan sentirse preocupados además de ofendidos del problema en el que se encuentra su familia, cada uno comenta imposible que hubiese ocurrido un abuso sexual, no por la fe en el joven que es su

familiar (mencionan que su nieta también lo es y en ese caso la deberían de proteger) sino porque los hechos de la denuncia y las acciones tomadas por la madre parecían contradictorias.

Después de fijar una multa económica si no presentaba la madre de la menor a su hija para evaluación, en la tercera vez citada lograron que asistiera con dos horas de retraso al juzgado. Dentro de mis conclusiones de la valoración a la menor se consideró que el desarrollo cognitivo presuponía limitantes en la declaración que imposibilitaban contrastar con el testimonio del adolescente. La credibilidad de la menor de acuerdo al Análisis de la Declaración Basada en Criterios (CBCA) se consideró baja y la conclusión de la veracidad indeterminada.

Con las evaluaciones de los menores no podía determinarse responsabilidad por lo cual, asumiendo las limitaciones, se había pedido que la madre participara con información relevante que la menor no pudiera proporcionar y así fue conocido que ella experimentó un abuso sexual cuando era niña (que coincidía con la edad de Elsa), refería que deseaba justicia y bienestar, pero olvidaba mencionar que era para su hija. Por otra parte existió una separación del padre de la menor antes de la denuncia, la madre prohibió al padre ver a Elsa. En las pruebas psicológicas la niña constantemente hacía alusión a la figura paterna y los síntomas presentados parecían corresponder más a la ausencia del padre que a un evento de abuso sexual.

La madre expuso que fue tan intenso el malestar al enterarse que su niña había sido abusada que “nunca lo dudó” y “pensó mal desde el principio”. Se advirtió que los interrogatorios de la madre fueron inducidos y contaminados ya que sugería las respuestas: cuando la madre en el baño de la menor escucha “no me metas nada” la madre pregunta “¿quién te ha metido algo?”. La madre después de levantar la denuncia fue internada en un hospital psiquiátrico debido a que presentaba ideación suicida al ser la principal movilizadora de la acusación, parecía tener la mejor intención de procurar un bien y manejarse adecuadamente, sin embargo, presentó comportamientos impulsivos detonados por situaciones personales y decisiones que parecieron dañar la integridad de los menores, de ella misma y de otros miembros de su familia, de una forma que podía ser considerada con mayores afectaciones psicológicas al hecho que denunciaba.

Llama la atención que en un expediente de aproximadamente 500 páginas de escritos, formatos, transcripciones de testimonios, etc.; no se incluía información del contexto familiar. El informe de la psicóloga del Ministerio Público de 30 minutos de entrevistarse con madre e hija, sentó en su formato que la menor presentaba: enuresis, trastornos del sueño, trastornos de la conducta y debido a que estos síntomas eran todos propios de un abuso sexual, era contundente que la menor había sufrido un abuso, siendo su veredicto el único determinante para proceder con la privación de la libertad del menor de 15 años, pues las revisiones médicas declaraban intacta físicamente a Elsa. ¿Cómo pudo concluir un profesional que se ha presentado un abuso sexual con tiempo limitado para la valoración, sin triangular con algún instrumento (pruebas psicológicas) y sin conocer los antecedentes de desarrollo y contextuales de la menor? ¿Afirmar sin reconocer un margen de error, la presencia de un abuso sexual? Considero que los métodos habían sido inadecuados y fue necesario el peritaje psicológico para considerar escenarios posibles.

Integración del marco teórico y las entrevistas realizadas

A continuación se analiza y contrasta la información sobre el ASI, identificada en la bibliografía y a través de las fuentes entrevistadas en cada una de las categorías de la investigación.

1. Implicaciones del abuso sexual en el desarrollo psicológico

Kendall-Tackett, Williams y Finkelhor (1993) concluyeron en un metanálisis de 45 investigaciones, que “no existe un “síndrome” distintivo de trastornos psicológicos que caracterice a todos los que presentan un abuso sexual, en lugar de ello, las víctimas semejan problemas de individuos con diferentes perturbaciones emocionales”, también indican entre otras características que el soporte materno influye en el grado de afectación.

Los efectos del abuso sexual son diversos. La Especialista A del Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, nos dice lo siguiente:

“Es un arte el tratar de detectarlo. La literatura llega a exponer que hay un porcentaje en los que no existen síntomas. Hay que tener cuidado, muchos como un mecanismo de defensa se disocian, la experiencia la vive como un sueño y hace que quede latente. Algunos sí tienen síntomas pero no los asocian al evento de abuso, simplemente ya no socializa, presenta problemas en la escuela, etc. Me han tocado pacientes donde en la adolescencia es cuando les cae el 20, ahí empieza la sintomatología, empiezan con autolesiones y se convierte en más severa la cosa. Porque ya logras conceptualizar de que se trataba la situación.”

¿Qué es lo que interviene para determinar esta gama de respuestas ante un ASI? Cuanto más me he involucrado con la atención de las víctimas de abuso sexual infantil y el contexto familiar, me ha resultado preponderante destacar la influencia que toma este grupo primario para que la experiencia en los afectados se manifieste como un proceso emocional catastrófico o se matice su magnitud hacía escenarios más funcionales. García-Piña y cols. (2009) ya habían considerado que:

“...las consecuencias del Abuso Sexual Infantil dependen del apoyo familiar, del grado de culpabilidad que los padres hayan creado en el niño, así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima, por lo que deberían de integrarse a la familia en todo momento a la psicoterapéutica de éste evento.”

2. El entorno: familia, escuela e instituciones legales

Para contrastar lo expuesto en la literatura sistémica sobre el abuso sexual infantil de otras culturas como son la estadounidense o las europeas (O’Hanlon, 1987; Perrone y Nannini, 1997) con lo conocido en la práctica mexicana: la especialista B, psiquiatra del área de Abuso sexual

del Hospital psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” en la ciudad de México, mencionó respecto a la influencia de la familia en un evento de ASI:

“Influye la familia el 100%... el abuso no se da como un maltrato aislado, generalmente va asociado a otro tipo de maltrato tanto físico como emocional. El 90% de los agresores se encuentran dentro del grupo primario de apoyo. Entonces, ¿qué tiene que ver la familia allí? ¡Todo! porque precisamente allí es dónde se comete y llega a haber muchas situaciones de ruptura familiar y se llegan a sentir culpables los niños porque es el tío, los abuelos, el papá, el padrastro, etc. Mucho tiene que ver con cuestiones de negligencia en la crianza, o que hay violencia emocional o física que hace que sea más fácil esta cultura del secreto, en la que no lo digo porque me vas a pegar, me vas a regañar y pasan los años y felices días, como en el caso de estos niños que acabo de atender, tardaron 4 años en decirlo. Por miedo a que no me crean, que me pegues, fue menos el miedo a la amenaza del agresor contra la familia, que por la reacción del propio papá, de que si lo digo -tiene una pistola y si se lo digo ¿cómo se va a poner y qué va a hacer?”

Si bien estas palabras expuestas por una profesional incluyen determinante la influencia de la familia en el problema del ASI, contempla también las reacciones que ésta toma y las consecuencias de estas reacciones; entre ellas, que se abra o no el evento por miedo a las represalias de la familia.

Otro medio de desenvolvimiento importante en los menores se ubica en la escuela, donde además de los programas de aprendizaje se encuentran las posibilidades de incorporación social. Especialista B comenta:

“Es muy complicado en las escuelas, en muchas hay ataques, sobre todo cuando están sexualizados los niños. Atendí una mamá que sufrió porque los demás padres querían correr al niño de la escuela, lo tachó de violador por su conducta que era más sexualizada. Lo cambiaron de escuela y querían hacer lo mismo en esa escuela nueva pero tuvo el apoyo de la dirección y lo frenaron. Entonces si es complicado. Algunas escuelas no les facilitan venir a las consultas, piensan que no lo necesitan o no les hace falta”.

Un nuevo entorno con el que se debe involucrar el menor que ha sido víctima de un abuso sexual se suma a su vida, en un inicio, si es que se ha denunciado el abuso sexual, implica una serie de revisiones médicas, citas para declaraciones interrogatorios que tienen un efecto en el menor y que este efecto no se considera del todo “sanador” como se puede observar en la entrevista a la terapeuta familiar M, perito auxiliar en psicología del Tribunal superior de Justicia del Distrito Federal en México que se ha encargado de la evaluación del abuso sexual infantil:

“En mi experiencia he visto como los niños son sometidos a interrogatorios inapropiados tanto para su proceso de desarrollo como para el tratamiento de un abuso sexual cuando ocurre. Los agentes del Ministerio público y abogados no se encuentran especializados en tratar menores y realizan los interrogatorios como si se trataran de personas adultas, no pensando además en los efectos a largo plazo que pudieran tener sus preguntas o métodos de entrevista. Los espacios así mismo son inadecuados.”

3. La Evaluación en el Abuso Sexual Infantil

Los problemas para identificar el fenómeno se incrementan cuando se trata de determinar un abuso sexual en niños. De acuerdo a la anterior investigación, los síntomas asociados exclusivamente con este fenómeno y utilizados para identificar el ASI, como lo es una conducta sexualizada, se presentó alrededor de solo un tercio de las ocasiones; así mismo, un tercio de las víctimas de abuso muestran síntomas del trastorno de estrés postraumático (pesadillas, escenas retrospectivas, desamparo y ansiedad).

Pensando en que un menor puede callar un evento tan doloroso como lo es una violación sexual por la influencia de la familia, cabría preguntarse si la influencia de la familia podría en caso contrario, determinar que un menor comunicara un evento de éste tipo, aun cuando no sucediese. De acuerdo a investigaciones, Loftus y Pickrell (citado en Shaffer, 2000) concluyeron lo siguiente respecto al tema:

“Los niños son más sugestionables, después de un interrogatorio repetido, más de 50% de niños en edad preescolar admitían sucesos que no habían experimentado llegando a proporcionar relatos vívidos de estas experiencias y continuaron creyéndolo a pesar de comunicarles que habían sido inventados.”

Lo controversial de este pensamiento parece ser asumido como un retroceso en los derechos de los niños, debido a una historia de deslegitimación donde lo comunicado por un menor era desvirtualizado; para contrarrestar la impunidad hacia los abusos sexuales se tomó una posición contraria.

La terapeuta familiar M.L. opina:

M. L. En mi experiencia, no ha existido un falso testimonio por un menor relacionado a un abuso sexual, hay que creerles cuando lo comunican.

A.I. ¿Creé improbable que se dé un falso testimonio por un menor?

M.L. Creo que es probable, pero las evaluaciones a fondo y los síntomas mostrados pueden discriminar un evento verdadero de uno falso.

A.I. ¿Consideras que las evaluaciones profundas se realizan en las diferentes instituciones encargadas?

M.L. Las evaluaciones en el ámbito psicológico en una primera instancia son generales. Debido a la cantidad de evaluaciones que se realizan en el menor, por ejemplo en el Ministerio Público al levantar una denuncia, el menor ha pasado por una evaluación médica tras una serie de preguntas hechas a los padres y después a una evaluación psicológica, donde se pregunta al menor directamente y se evalúan los síntomas. Pero no considero que sea una evaluación a profundidad.

Considero a la vez inquietante que este reconocimiento de la relevancia de la familia para determinar la comunicación de un abuso sexual no se vea reflejado en los formatos de evaluación del ASI en una Institución como el Ministerio Publico a cargo de la PGJ en la Ciudad de México.

Dichas carencias han podido desarrollar problemáticas de una gran incertidumbre como las que se presentaron en el caso de Elsa.

La valoración de la credibilidad del testimonio del menor en psicología jurídica precisa atención especial (Garrido y Masip, 2004). De acuerdo a investigaciones de Loftus y Pickrell (citado en Shaffer, 2000) los niños son más sugestionables, después de un interrogatorio repetido, más de 50% de niños en edad preescolar admitían sucesos que no habían experimentado llegando a proporcionar relatos vívidos de estas experiencias y continuaron creyéndolo a pesar de comunicarles que habían sido inventados.

Métodos popularizados para la evaluación del abuso sexual infantil desarrollados en el extranjero como el Análisis del contenido basado en criterios (*Criteria-based Content Analysis; CBCA*) (Jiménez y Martín, 2006); así como el formato de reporte de la fiscalía de delitos sexuales de la Procuraduría General de Justicia PGJ en México, guían su indagación por la sintomatología presentada por la víctima otorgando disminuida o nula atención sobre el entorno del niño o la sugestión que puede provenir de padres o de interrogatorios de las instituciones.

4. El proceso legal

Como se ha mencionado, el contexto del menor que sufre un abuso sexual y su familia puede matizarse de situaciones legales que se suman a la carga de eventos que pueden generar estresores adicionales. La familia se involucra ahora en un peregrinar institucional, donde las citas impuestas deben priorizarse y por tanto los permisos laborales de los padres y los escolares para los niños, así como el tipo de atención brindada, convierten a este proceso en una carga mas que la solución inmediata del conflicto que se tiene como expectativa.

La Especialista B menciona al respecto:

“Es fatal el asunto, nosotros por norma les sugerimos levantar la denuncia, tenemos una sección de psiquiatría legal, pero la experiencia es que hay mucha corrupción, porque a veces estando seguros de que existe un abuso, no procede porque a veces mencionan que en las pruebas psicológicas no han encontrado daño psicológico cuando aquí ves al paciente que sufre totalmente con todo un proceso y la situación del abuso; a veces los desalientan, pues con algunos que lo cometen, solo es necesario el perdón y que vaya a terapia. Las experiencias son diversas desde las que sí tuvieron eco a las que teniendo todas pruebas, no proceden.”

5. Nivel Interaccional Sistémico

En investigaciones Pons y cols. (2006), identificaron que hay más niños en grupos de abuso que viven en familias con graves problemas de relación y/o drogodependencias y que tienen sentimientos negativos hacia el presunto perpetrador.

Particularmente la perspectiva sistémica que manejan los autores Perrone y Nannini (1997) sobre el abuso sexual e incesto, proporciona una explicación relacional del problema, sin embargo las descripciones e intervenciones tienen el objetivo de proteger a la víctima con el fin de que no vuelva a estar dentro de ese tipo de agresiones. El tema del incesto es delicado y controversial. Vanmarcke e Igodt (1987), refieren que para ellos, el incesto no constituye una patología en sí mismo sino que el tipo de comunicación manifestado dentro de la familia es la que lo promueve; la forma de querer es a través de una agresión y de una invasión a la persona del ser humano. La Especialista A comenta en esta línea que:

Muchos de los padres han sido víctimas han sido abusados sexualmente ellos mismos. También veo adultos que vienen arrastrando problemas de un abuso sexual. Pero los papás dicen que era una época en la que esto no se podía hablar. Si ellos no pudieron lidiar con su abuso, se reactivan cosas propias. Abusaron de ella y reaccionaba por la hija y por ella. Era recordar lo que a mi me hicieron.

Como lo determinan García-Piña y cols. (2009) las consecuencias del ASI dependen del apoyo familiar, del grado de culpabilidad que los padres hayan creado en el niño así como de las estrategias de afrontamiento de que disponga la víctima, por lo que deberían de integrarse a la familia en todo momento a la psicoterapéutica de éste evento.

6. El tratamiento del Abuso Sexual Infantil

La Especialista B refiere que en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” donde labora utiliza la siguiente perspectiva en el tratamiento:

“Yo utilizo un modelo tomándolos como una unidad biopsicosocial. Es hacer una entrevista psiquiátrica, pero viendo el funcionamiento del fármaco, si hay beneficios en esto, en la escuela, como socializan con los demás compañeros, su conducta, cómo siguen las normas, el rendimiento académico, cómo está su sueño, explorar alteraciones, problemas para dormir, pesadillas, esfínteres los miedos, por algunos de estos miedos se exploran síntomas psicóticos, voces que escuchan, etc. La alimentación como está, para arriba, para abajo detectar problemas de alimentación, lo afectivo, descartar que exista un problema de ansiedad de depresión, ideación suicida, conductas autolesivas. Como se llevan con el grupo familiar, que tanto cooperan en las actividades de la casa, la forma en que los padres manejan los límites y la autoridad; un arribo completo para que en base a esa evaluación se tomen decisiones, para las posibles derivaciones, desde la atención médica, dental, atención pediátrica, bajo peso, baja talla, si necesita alguna rehabilitación.

Se observa que a nivel de tratamiento se considera la terapia familiar dentro de las instituciones de atención, pero se privilegia, si se trata del psiquiatra, la atención de los síntomas físicos sobre los relacionales.

Conclusiones

Fue posible constatar dentro de las Instituciones de atención mental que en el abuso sexual infantil se presentan **trastornos con alta comorbilidad**: como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, que pueden atravesar **síntomas más sutiles** como problemas escolares, sentimientos de culpa; o una **ausencia de síntomas** producto del mecanismo de disociación en la que el evento queda latente por años. Por lo que la dificultad de diagnosticar un abuso sexual a través de la sintomatología exclusivamente parece ser una consideración poco eficaz.

Los especialistas en México refieren que además de las creencias y concepciones que se forman del evento y la sexualidad, **la familia tiene una posición fundamental**, debido a que es precisamente dentro de ésta que se da el abuso sexual, se ha considerado que el 90% de los abusos se comenten por un miembro de ésta. Las escuelas por su parte pueden contribuir a la estigmatización de los menores que han sufrido abuso sexual y **las autoridades académicas comúnmente no proceden adecuadamente**, asimismo en el personal de las instituciones legales: como **agentes del Ministerio público y abogados no se encuentran especializados** en tratar menores y los espacios físicos son inapropiados para las valoraciones.

En los métodos identificados en la valoración del ASI a nivel institucional nacional o las propuestas internacionales, es posible observar una **ausencia de indagación del sistema familiar** y debido al papel destacado que se identificó en el caso clínico presentado, **se propone el análisis del sistema familiar** que integre a la información ya considerada en dichos métodos.

La corrupción es un problema importante en el ámbito legal, se identifica que pueden no proceder las denuncias. **Las pruebas psicológicas parecen no discriminar**, de acuerdo a la experiencia de los profesionales, cuando ha existido un abuso sexual o no, **pues éstas valorarán la presencia de síntomas** los cuáles se han concluido diversos y no característicos exclusivamente a este fenómeno. La adaptación a un proceso legal debe considerarse, así como el estrés generado durante este.

Se reconoce que **el evento de abuso sexual puede afectar diferentes generaciones** en un sistema familiar y reactivar emociones y recuerdos interconectados. **Las consecuencias del ASI dependen del apoyo familiar, del grado de culpabilidad** que los padres hayan creado en el niño **así como de las estrategias de afrontamiento** de que disponga la víctima.

El **tratamiento del ASI se procura integral** dentro de diferentes instituciones aunque puede distinguirse que dependiendo del profesional y su área de especialización o de la institución, se **privilegia un área de atención**. En el caso del hospital psiquiátrico, el funcionamiento de los fármacos es prioritario. También puede detectarse que en el caso de menores, el diseño de grupos con problemáticas similares, puede traer una homologación de las conductas no deseadas como son la hipersexualidad.

Es importante entre otras cosas distinguir que en la práctica se tienen *diferentes papeles de acuerdo al cargo que ejerce el psicólogo de terapeuta o perito*. En concreto, el informe clínico se diferencia del dictamen pericial en tres puntos: a) la autoría (terapeuta en un caso; perito en otro); b) el contenido (informe clínico centrado en la salud del paciente y referido a la terapia, en un caso; dictamen pericial, interesado por el estado mental del sujeto en relación con el delito o por la credibilidad del testimonio, sin un interés específico por la terapia, en otro); y c) la finalidad, terapéutica en un caso; judicial en otro (Echeburúa y Subijana (2008).

Como terapeutas familiares parece necesario comenzar a transmitir estos puntos de vista dentro de las instituciones que se encargan de la valoración y tratamiento del abuso sexual para superar las deficiencias advertidas en dichos procesos de acuerdo a la bibliografía y experiencias relatadas en este estudio.

3.3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

3.3.1. Productos tecnológicos

A. Manual para la estancia académica en el extranjero

Introducción

El producto tecnológico elegido fue diseñado para el **programa de formación de los terapeutas** sistematizando en un manual los pasos y recomendaciones para facilitar los trámites y consideraciones necesarias para realizar una estancia académica en el extranjero; está basado en la experiencia personal para residir en la ciudad de Barcelona, España durante el primer semestre del año 2012 en la Escuela de Terapia Familiar del *Hospital de la Santa Creu i Sant Pau* bajo la tutela del Dr. Juan Luis Linares.

Justificación

Al momento de pertenecer el *Programa de Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar* de la UNAM al padrón de **posgrados de alta calidad del CONACyT**, se recibe el apoyo de esta institución que otorga una beca en materia económica; de acuerdo a la reglamentación vigente, los programas de maestría apoyados tienen la oportunidad de realizar una estancia de formación académica o de investigación en un país extranjero de hasta seis meses de duración con la posibilidad de tramitar una *BECA MIXTA* donde el apoyo económico es incrementado para posibilitar la manutención de esta estadía y facilitar la transportación.

Las consideraciones de los estudiantes para acceder a una experiencia que involucra **diferentes adaptaciones: académicas, sociales, culturales y económicas**; parecen incidir *negativamente en la motivación* para realizar dicha estancia que no solo consiste en poseer un interés por el contexto académico novedoso o enriquecedor alienado sino en *luchar contra los propios paradigmas* y posteriormente enfrentarse a *diferentes procedimientos institucionales* que ante la falta de información provocan un consumo de recursos (*vueltas*) innecesarias que desgastan la fortaleza anímica y pueden tener sus **repercusiones pragmáticas**: no considerar una formación con alto valor curricular o desistir de ella.

Para la información contenida en el Manual fue **necesaria la colaboración** de mi estimada tutora Mtra. Piedad Aladro Lubel; la Coordinación de la residencia de Terapia Familiar, Mtra. Silvia Vite; la Escuela de Terapia Familiar de Sant Pau, Dr. Juan L. Linares y Francesca Sciarillo; el

Comité de Posgrado en Psicología, Dr. Juan José Sánchez Sosa; el Secretario Académico de la Coordinación de Psicología, Alejandro León; el Departamento de Movilidad Estudiantil, responsable: Lic. Teresa Cianca; La Secretaría Técnica del Posgrado en Psicología, responsable: Lic. Lucia Peña; la Secretaría de Relaciones exteriores (pasaporte); Secretaría del Sistema Penitenciario Federal (carta de antecedentes no penales); Consulado Español en el D.F. (visado estudiantil); personal de CONACyT desde el servicio técnico hasta el Director de Becas: Jorge Herrera Espinosa y alumnas con experiencia previa en la ETF del Hospital de Sant Pau: Araceli Durán y Edmi Exzacarías.

Resumen

El Manual **“Guía para tu estancia en el extranjero”** consta de dos partes: *“Guía para tramitar tu estancia”* y *“Acciones para viajar a España y en Barcelona”*. El Manual suma **8 páginas** que resumen y sistematizan información académica y experiencial cuya obtención involucró una cantidad significativa de tiempo, ensayos y errores, así como ansiedad invertidos pues no existía una fuente única que conociera u orientara sobre los diferentes aspectos, cada persona entrevistada solo conocía lo correspondiente a su área en cuestión de trámites así que la primera parte del manual reúne esta información, la segunda contempla conocimientos obtenidos a través de la experiencia vivencial en extranjero.

La primera parte “Guía para tramitar tu estancia”, contiene 13 puntos sobre el proceso que va desde la ideación de un destino hasta concretar la beca mixta: 1) *Hablar con el tutor*, 2) *Investiga universidades con convenio*, 3) *En caso de no haber convenio*, 4) *Consideraciones de Idiomas*, 5) *Consideración de las Instituciones Privadas*, 6) *Vo.Bo. y función de la Coordinación de la Residencia en TF*, 7) *Características de la carta de aceptación*, 8) *Diseño del programa de trabajo*, 9) *Firmas del programa de trabajo*, 10) *Aceptación del Comité del Posgrado en Psicología*, 11) *Beca complementaria para movilidad al extranjero*, 12) *Consideraciones económicas* y 13) *Características de la beca mixta y su trámite*.

Se incluyen en esta primera parte los **datos de contacto del Dr. Juan Luis Linares** para facilitar la comunicación en caso de estar interesados en el mismo programa de formación aunque el manual indica los pasos para tramitar la estancia académica no importando el destino pues cada uno de los trámites son realizados ante las instituciones de México.

La segunda parte “Acciones para viajar y al encontrarse en Barcelona”, informa sobre puntos que pueden parecer situaciones superficiales o pequeñas pero que sumadas pueden alterar y distraer de las responsabilidades académicas. Contempla las áreas y situaciones a considerar rumbo a la cultura extranjera y la cotidianeidad en ella, pretende también que las consideraciones sean de utilidad para una estancia en cualquier lugar del mundo aunque los escenarios y las recomendaciones corresponden exclusivamente a la ciudad de Barcelona: 1) *el visado*, 2) *el*

vuelo, 3) el equipaje, 4) el clima, 5) la llegada, 6) alquilar una habitación, 7) el transporte, 8) los Barrios, 9) dónde comer, 10) dónde comprar, 11) la comunicación, 12) la salud, 13) el tiempo libre, 14) el deporte, 15) el regreso.

Resultados

El Manual hasta el momento fue solicitado para tramitar la estancia académica de una alumna de la generación X de la residencia en Terapia Familiar en Barcelona y dos alumnos de la generación XI que en el momento de redactar el presente reporte encontraban en Buenos Aires, Argentina. Los estudiantes refirieron utilidad de la información para tramitar sus estadías. El manual espera incrementar el acceso a las estancias académicas en el extranjero que permiten conocer distintas formas de trabajo además de enriquecer culturalmente la visión de los terapeutas y no menos importante, favorece una gama de «vivencias» que como lo consideran Raymundo Macías y Francisco Avilés (2010), para los terapeutas “constituyen una riquísima fuente de aprendizaje, la que unida a los aspectos cognitivos... pueden ayudar a sentar las bases para lograr integrar todos estos aspectos en una experiencia totalizadora”.

B. Material sobre Terapia de Pareja

Introducción

Consiste en una **recopilación de bibliografía** recomendada para sustentar los temas y subtemas considerados adecuados **para la formación en Terapia de Pareja**. Debido a la especialidad del material y su reciente requerimiento fue necesaria su búsqueda fuera de instalaciones universitarias y se consideró adecuado que la Coordinación de la residencia en Terapia Familiar contara para con material propuesto para revisiones futuras. El acceso a bibliografía especializada tuvo que ser proporcionado personalmente por la Dra. María Elena Rivera Heredia, titular docente del seminario de terapia de pareja.

Justificación

El seminario de Teoría y Técnica de la Psicoterapia de Pareja se agregó a las actividades de la residencia en Terapia Familiar de la UNAM como un piloto en el semestre 2010-2 debido a la **necesidad de incorporar herramientas conceptuales y técnicas** adecuadas a este subsistema familiar. Sin embargo, por las diferentes actividades realizadas durante la formación sigue en revisión su incorporación definitiva al programa. Al considerar el material revisado en este curso como adecuado y enriquecedor, se pensó facilitar la bibliografía a las futuras generaciones de terapeutas familiares interesados.

Resumen

Los temas que la bibliografía cubre son cuatro con sus correspondientes subtemas incluidos en el programa del semestre 2010-2 del seminario citado: **1. Pareja humana:** a) funciones del sistema conyugal, b) factores que intervienen en la elección de pareja y c) tipos y etapas de la pareja; **2. Evaluación del sistema conyugal:** a) zonas vinculares de la pareja, b) sistema de creencias en la relación de pareja y c) roles de género; **3. Problemáticas de pareja frecuentes:** a) separación y divorcio, b) infidelidad y c) violencia; **4. Diseño de intervenciones en el subsistema conyugal:** a) Modelos y escuelas de intervención con parejas, b) propuestas de intervención desde la terapia breve, c) rituales para el trabajo en terapia de pareja y d) intervenciones psicoterapéuticas centradas en el sistema de creencias.

La bibliografía comprende: el abordaje que realiza Satir (1995) sobre las necesidades y condiciones que facilitaron el surgimiento de la Terapia Familiar, así como implicaciones del **diagnóstico y tratamiento familiar** donde se incluye la relación de pareja como un posible determinante de problemáticas destacando la “*baja estimación y la selección del compañero*”; se revisan **técnicas de valoración e intervención** producidas en el contexto nacional (Charles Torres, 2008); es contemplada una visión del **concepto de pareja en el tiempo** (Troya, 2000); se consideran las implicaciones de las pautas vinculadas al **género en la elección de pareja** (Walters, Carter, Papp y Silverstein, 1991); se revisa desde el punto de vista de la investigación científica un **modelo del ciclo vital de la pareja** (Díaz Ioving y Aragón, 2004); se abordan las creencias disfuncionales que pueden afectar la relación de pareja (Martínez, 2006); una **visión epistemológica** de Caillé (1992) sobre los conceptos sistémicos aplicados a la pareja; el trabajo de Ceberio (2007) con su **metáfora de los tipos de “juegos”** que pueden producir un “mal amor”; **la infidelidad** como problemática frecuente en las relaciones de pareja (Baizán, 2007) y el uso de **rituales terapéuticos** como una técnica y cosmovisión empleada en el tratamiento de los problemas de pareja (Imber-Black, Roberts y Whiting (2006).

3.3.2. Programa de Intervención Comunitaria

Taller: *«Cómo tener mejores relaciones familiares»*

Introducción

Se elaboró una propuesta de difusión del conocimiento nombrado *«Cómo tener mejores relaciones familiares»* en formato taller (aprendizaje experiencial en grupos reducidos) que fue presentado dentro de las instalaciones del Centro de Salud T-III Mixcoac, ubicado en Rembrandt No.32, Col. Mixcoac, en la Delegación Benito Juárez. El taller fue diseñado para una duración de 9 horas para involucrar la temática correspondiente en la cual se desarrolló teóricamente el contenido en un manual de instructor con cartas descriptivas de cómo realizar las sesiones, un procedimiento de evaluación así como un manual del participante que incluyera información relevante del tema que fuera accesible para el público en general y material para desarrollar las actividades del taller. Asistieron nueve personas de manera constante al taller durante las tres sesiones en que se dividió reportando satisfacción en la información recibida.

Justificación

Las relaciones que se tejen en una familia: las interacciones que se producen entre sus miembros, las formas de comunicarse, las emociones que experimentan, su forma de resolver conflictos, entre algunas otras, van configurando las prácticas y sentidos que cada familia y cada integrante de ella va a colocar en el escenario familiar y social, esta puede tener extremos y matices en las formas de relacionarse y de potenciar o impedir el libre desarrollo de las capacidades de todos sus integrantes. Si se tiene en cuenta que el mayor componente para estructurar lo que cada cual es, lo que va a valorar o no, es desarrollado en el escenario de la familia, y es allí mismo donde se crea y re-crea a diario su práctica como escenario de convivencia, cobra importancia repensar las relaciones y prácticas que generan desequilibrios, irrespeto por la dignidad del otro o la otra, que “legitiman” prácticas violentas, produciendo actos y hábitos de violencia al interior del grupo familiar, que no solo laceran la integridad física y psicológica de los individuos. Sin embargo, la población no en muchas ocasiones tiene acceso a la información apropiada para mejorar sus relaciones, razón por la que se pensó desarrollar este taller.

Resumen de la intervención comunitaria

El taller “Cómo tener mejores relaciones familiares” se dividió en tres sesiones realizadas en horario matutino de 9:00 am a medio día del 29 al 31 de julio de 2013 tras tres semanas en las que se promovió dentro de las instalaciones del Centro de Salud T-III Mixcoac con el apoyo de las autoridades del centro y el área de Salud Mental. Se logró la preinscripción de doce personas de las cuales se presentaron diez el primer día de las sesiones y concluyeron el taller nueve de las participantes. Este taller fue realizado y preparado extemporáneamente a la estadía en el programa de formación de maestría debido a que en el periodo donde debía desarrollarse y presentarse que correspondía al último semestre de la residencia de Terapia Familiar me encontraba realizando las actividades propias de una estancia académica en extranjero.

El taller fue dirigido para madres y padres de familia. Acudieron exclusivamente madres quienes expresaban que las actividades laborales de la pareja les impedían acudir a talleres de este tipo. Se eligieron temáticas que se consideraron temáticas que pudieran ampliar las herramientas para mejorar relaciones y que se encuentran generalmente involucradas en las situaciones familiares disfuncionales. Las temáticas por sesión fueron las siguientes:

1. ***Cómo comunicarme mejor con mi familia.***- En esta sesión se dio la bienvenida, se aplicaron dinámicas de presentación, se exploraron las expectativas y las reglas del taller para iniciar con la revisión de la comunicación sus formas y aplicaciones con el propósito de reconocer su importancia e integrar sus diferentes modalidades: no verbal, verbal y escrita. Se realizaron ejercicios para mejorar la escucha activa y para utilizar la comunicación escrita como una alternativa para mejorar sus relaciones.
2. ***El autoconocimiento y la asertividad puesta en práctica.***- Durante el desarrollo de la sesión se recordó lo experimentado en la sesión anterior. Se revisó material teórico sobre las forma de reaccionar pasiva, agresiva o asertivamente con un texto denominado “*Siempre hay una forma de decir bien las cosas*”. Se incluyó también una experiencia para desarrollar el autoconocimiento con el apoyo de un diagrama de la “*Ventana de Johari*” y la última temática incluyó un ejercicio para identificar y nombrar emociones con la facilitación de una lista de ellas y algunas propuestas para manejarlas.
3. ***La resolución de los conflictos.***- En la tercera sesión se realizaron dinámicas para reconocer la existencia de conflictos como algo inherente a la vida humana, conocer los pasos necesarios para una resolución de conflictos sin violencia, reconocer los propios modos de resolución de conflictos que han sido efectivos y relacionarlos con la resolución de conflictos con sus hijos y reflexionar en torno a la violencia como una forma inadecuada de enfrentar conflictos. Se dio el cierre al curso y se procedió a una evaluación del contenido del taller y del instructor.

Resultados

Dentro de la evaluación que incluía respuestas de opción múltiple y algunas líneas para expresar de manera más extensa sus opiniones, las participantes concluyeron que el taller les puede ayudar para mejorar su calidad de vida presente y futura. La información la consideraron adecuada aunque escasa así como el tiempo que se le dedicó y les gustaría que incluyera mayor tema y otros temas como el manejo con hijos adolescentes o los problemas específicos de la relación con sus esposos. Se ofrecieron diplomas a las asistentes al taller para reconocer su participación constante y se obtuvo una constancia sobre la impartición del taller que valida la actividad de intervención comunitaria.

Reflexiones

Esta actividad incluyó esfuerzos adicionales de investigación sobre el diseño de la actividad al ser realizado fuera de la asignatura del programa de maestría donde estaba programado, sin embargo lo considero una actividad enriquecedora que desarrolló habilidades profesionales que considero útiles para intervenir en un escenario diferente al de la consulta clínica. A pesar de haber tenido experiencias previas en el área de capacitación en empresas, incluir temáticas utilizadas dentro del ámbito terapéutico resultó una labor muy gratificante a nivel personal. Así mismo, no había tenido la responsabilidad de todo el proceso: desde la elección del material a incluir, la impartición del taller, hasta la evaluación y consideración de mejoras a implementar.

Dentro de la experiencia fue posible observar como el horario de impartición del taller pareció afectar la participación de padres de familia sobre las madres, mencionando éstas que por la actividad laboral no podían asistir, sin embargo provoca pensar si en otras condiciones la asistencia se hubiera modificado significativamente, se podría preguntar si aún existen diferencias de interés de acuerdo al género de las situaciones familiares.

Fue posible observar como los ejercicios propuestos para mantener la atención de las personas y hacer experiencial el aprendizaje, facilitan la asimilación de la información o el inicio de reflexiones que se consideran adecuadas. Se puede considerar que realizar algunos de estos ejercicios o dinámicas diseñadas fuera de la tradición de la Terapia Familiar, pueden ser de utilidad dentro del espacio de los consultorios y concebirse como un recurso adicional a los terapeutas familiares para hacer el proceso terapéutico más significativo.

3.3.3. Reporte de asistencia a foros académicos

A. 1er. Congreso Internacional de CEFAP “*Terapia Breve y Familiar: Alternativas en Psicoterapia. Los caminos que se encuentran*”.

El congreso fue realizado dentro de las instalaciones del Complejo Cultural Universitario en la **Ciudad de Puebla, México** del 28 al 31 de octubre de 2010. Fueron jornadas intensas por la cantidad de expositores, talleres y temáticas presentadas. La asistencia abarrotó cada uno de los espacios por el interés en la presentación de las personalidades reunidas.

La conferencia magistral que inauguró el congreso tuvo como ponente a **Kenneth Gergen** (EE.UU.) con el título “Los sistemas, el lenguaje y la danza. Terapia en transformación.” Entre los **expositores internacionales** se encontraron: **Bill O’Hanlon** con temas sobre la influencia, resolución del trauma y formas de tratar la depresión; **Karl Tomm** con la entrevista interactiva, patrones personales que inciden en la salud mental y la entrevista al yo internalizado; **Matthew Selekmán** en temas dirigidos al tratamiento de adolescentes y niños habló de la imaginación, el juego y propuestas orientadas a soluciones; **Harlenne Anderson** trató la creación de comunidades de aprendizaje colaborativo y el lugar filosófico en este tipo de terapia; **Joel Bergman** expuso sobre terapia de pareja y la entrevista trigeneracional con los síntomas de violencia y drogas; **Even Imber-Black** abordó la terapia de pareja contemporánea; **Gonzálo Bacigalupe** expuso sobre los enfoques terapéuticos colaborativos en situaciones complejas; **Jorge Colapinto** siguiendo la tradición estructural, compartió intervenciones de este tipo en servicios de minoridad; **Lilian Zeig** abordó métodos experienciales en Terapia Breve y **Jerry Deffenbacher** trató la conceptualización, diagnóstico y tratamiento del enojo con aplicaciones conductuales.

Entre los **ponentes nacionales** se presentaron: Margarita Tarragona, Javier Vicencio, Mary Blanca Moctezuma, Luz de Lourdes Eguiluz, Gilberto Limón, Felipe Gutiérrez, Martha Campillo, Ruperto Charles-Torres, Ana María Rodríguez, Armando Quiroz y Rosario Oaxaca. En las mesas redondas participaron **rostros conocidos** de los profesores de este programa de maestría como **Raymundo Macías** y **Jaqueline Fortes**, esta última con el tema *errores, terrores y horrores del terapeuta* que involucra su libro “El terapeuta y sus errores”.

Recién ingresados al programa de formación sistémica, con pocos conocimientos en ese momento de las teorías y el trabajo de los expositores, asistir al congreso acabó por sumergirnos en el mundo de la Terapia Sistémica Familiar y el Posmodernismo. La elocuencia y carisma de la constelación de personalidades reunidas, deslumbró y permitió reconocer las afinidades personales con las diferentes formas de trabajo.

B. 19º Congreso de la *International Family Therapy Association (IFTA)*: “*Family Therapy - Coming together for peace, justice and healing*”.

Como parte de la asistencia a foros académicos tuve la oportunidad de asistir al **19th World Family Therapy Congress** que fue realizado del 30 de marzo al 02 de abril de 2011 en el Centro de conferencias de *Leeuwenhorst* en el poblado de **Noordwijkerhout, Holanda**. Los asistentes sumaban alrededor de **350 personas** de acuerdo a la estimación del Dr. Raymundo Macías quien fue moderador de algunas presentaciones y representaba al Instituto de la Familia (IFAC) y la Universidad Autónoma de México (UNAM); de acuerdo a su experiencia, el Dr. Macías encontraba una diferencia notable en el número de asistentes mencionando que en otros años esta asociación ha llegado a reunir alrededor de 2000 personas (comunicación personal).

Se presentaron **tres conferencias plenarias**: **Monica McGoldrick** habló de sus conocidos Genogramas presentando enriquecimientos gráficos para plasmar aspectos sociales que en un inicio no se incluían; **John Shotter**, académico de las universidades inglesas de Bedfordshire y New Hampshire habló de cuestiones epistemológicas y **Tomas Sexton**, académico de la Universidad de Indiana abordó el curar a las familias promoviendo la justicia social haciendo referencia al tema del congreso de este año: ***Family Therapy - Coming together for peace, justice and healing***.

Los temas de las **sesiones subplenarias** eran numerosos y debido a su presentación simultánea fue imposible asistir a muchas presentaciones de interés. La elección personal de las conferencias o talleres fueron aquellos relacionados con la **terapia de pareja, la diversidad cultural y las implicaciones de migración, justicia y violencia** que parecían útiles en el mi experiencia como perito auxiliar del Tribunal Superior de Justicia.

El gran ausente en las **156 ponencias** y al parecer un área poco popular en la Terapia Familiar fue **la sexualidad**. Existieron varias ponencias relacionadas al abuso sexual que podrían explicarse por el interés en la justicia que este año se proponía como línea general, pero solo una presentación contemplaba el tema asociándolo con la neurobiología.

Este congreso representó la primera oportunidad para observar como los temas, la forma de trabajo, las metáforas empleadas y las metas terapéuticas propuestas en las ponencias eran **matizadas por el contexto cultural** de origen de los expositores. Resultó de especial interés el identificar que la distancia geográfica parece en algunos casos reflejarse también en las producciones del conocimiento y llamaron mi atención las provenientes de Sudáfrica, Europa Oriental y países con tradiciones musulmanas, sin embargo, considero que existen mucho más experiencias que nos pueden acercar que diferencias como terapeutas familiares y como seres humanos.

C. 3er. Congreso de Alumnos de Posgrado de la UNAM. *Presentación de la Escala de Competencia Paternas.*

La Escala de competencias paternas fue el producto de los conocimientos adquiridos en la **asignatura de Medición y Evaluación** perteneciente a las actividades académicas de la Residencia de Terapia Familiar, fue dirigida por la **Dra. Dolores Mercado Corona** con excelentes resultados por lo que se aceptó para presentarse en la **modalidad de cartel** en el **Tercer Congreso de Alumnos de Posgrado de la UNAM** el día *25 de abril de 2013* teniendo como sede el edificio de la Unidad de posgrado dentro de **Ciudad Universitaria en México, D.F.** Los organizadores del congreso ofrecieron una **constancia con valor curricular** indicando el nombre del proyecto presentado así como conservar en las **memorias del congreso** el siguiente resumen del trabajo realizado:

Resumen

*En la Residencia de Terapia Familiar del Programa de Maestría en Psicología de la UNAM, el interés en conocer interacciones que permiten la funcionalidad del grupo familiar impulsó el desarrollo de un **instrumento válido y confiable que mide las competencias paternas de crianza en padres mexicanos.** Se diseñaron reactivos aplicando los procedimientos y análisis para la construcción de instrumentos de medición y evaluación en el área psicológica: prueba de claridad, jueceo Q-sort, análisis de claridad discriminatoria, validez factorial, consistencia interna, validez de criterio y un ejercicio de estandarización en los datos obtenidos de una **muestra de 276 padres y madres de niños(as) entre 6 y 12 años de edad** pertenecientes a una escuela primaria pública, a dos centros de atención comunitaria y a un hospital psiquiátrico infantil de la Ciudad de México. El instrumento quedó conformado por **48 reactivos divididos en cuatro escalas: afecto, enseñanza, calidad de tiempo compartido y tipo de interacción; con un alfa de Cronbach total de .941.** Los análisis permitieron demostrar la utilidad del instrumento para distinguir entre niños que presentan problemas de conducta y obtener mediciones confiables en padres de niños en edad escolar respecto a las cuatro dimensiones lo que proporciona información útil para el diseño de programas de prevención e intervención.*

Debido a la **gran cantidad de trabajos** presentados por las diferentes áreas de posgrado de la UNAM y el público igualmente diverso que asistía, presentaba una expectativa baja sobre el interés de los asistentes hacia un tema específico de la psicología como es la construcción de instrumentos de medición, sin embargo el título del trabajo pareció interesar en primera instancia a los que tenían una **experiencia personal de paternaje** así como a profesionales que tienen contacto con las poblaciones estudiadas y las implicaciones relacionales de crianza. Se acercaron **personas dedicadas a la pedagogía, la salud y con intereses en psicología** que apreciaban el trabajo de análisis de confiabilidad y validez. La presentación pareció generar experiencias reflexivas y algunos académicos sugirieron la publicación formal del trabajo.

3.4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

Consideraciones éticas de la práctica profesional

3.4.1. La preparación del terapeuta familiar

Al ingresar al programa de formación en Terapia familiar e introducirse a los variados modelos que se han desarrollado y sus sustentos teóricos; se pusieron a revisión modelos anteriormente conocidos y permitió preguntarme **¿cuál es el grado adecuado de preparación para proporcionar un servicio terapéutico profesional?** Ante la gran cantidad de información novedosa, los conocimientos previos, aún con una experiencia y supervisión clínica, parecían escasos aún para proporcionar tratamiento a nivel individual.

De acuerdo a Sánchez y Gutiérrez (2000) en el establecimiento formal de la Terapia familiar en 1948, cuando en la *American Association of Marriage Counselors* acordaron que la orientación familiar se reconocía como una especialidad, se estableció que los **requisitos para ser aceptados como especialistas** incluían tres consideraciones:

- **La preparación académica.-** El orientador familiar debería estar graduado en una institución ampliamente reconocida, no siendo exclusivo un título en psicología siempre y cuando incluyera acreditados cursos en psicología, psiquiatría, biología humana, fisiología, genética, psicología del matrimonio y de la familia, aspectos legales del matrimonio y técnicas de orientación.
- **Experiencial profesional.-** Tres años de experiencia reconocida en el campo de la especialidad y experiencia clínica bajo supervisión de un terapeuta familiar; capacidad de diferenciar entre niveles superficiales y profundos de desajuste familiar y tener una actividad científica que observe las variaciones individuales y sus derivaciones.
- **Cualidades personales.-** “Integridad personal y profesional de acuerdo a los estándares de la ética” (*op. cit.* p. 23); una actitud de interés, apego y bondad hacia la gente, combinando todo esto con una gran integridad y madurez emocional. La experiencia en el matrimonio se consideraría una cualidad adicional.

Las cualidades expuestas involucran un perfil profesional que desde mediados del siglo XX se consensuó adecuado para ofrecer terapia familiar y que puede servir de guía principalmente para los que ejercemos esta profesión pues muchos de los requisitos requieren de una **posición autoreflexiva** más que la posibilidad de una evaluación externa.

3.4.2. La confidencialidad dentro de la terapia familiar

La confidencialidad al involucrar a un grupo familiar dentro del espacio terapéutico, a **diferencia de la consulta individual**, representaba nuevas interrogantes en la experiencia de formación como terapeutas familiares. En la modalidad de terapia individual se tenía claro que lo abordado en una sesión correspondía exclusivamente al cliente y al terapeuta siempre y cuando los temas no representaran situaciones legales o riesgos para la salud graves. Ningún familiar o colega que no se involucrara en un proceso de supervisión era acreditado para conocer información sobre lo tratado en la terapia.

Con la apertura de los espacios clínicos a otros miembros familiares o significativos y la **utilización del espejo unidireccional** a la que recurría la Terapia Familiar, la información se empezó a facilitar a numerosas personas. Bertrando y Toffanetti (2004, p. 103) describen que “el uso del espejo unidireccional cambia la propia estructura de la terapia... la terapia familiar se convierte entonces en la *terapia pública*”. Los terapeutas familiares han solucionado el problema ético de que otros profesionales puedan escucharlos y observarlos con **solicitar el consentimiento de los consultantes** al inicio de la terapia.

Por otra parte, si bien podrían los consultantes solicitar una terapia familiar y discutir sus inquietudes frente a otros miembros de la familia, es común que los usuarios de manera individual o por subsistemas (padres) se acerquen al terapeuta para compartir mayor **información que no desean exponer frente a otros miembros**. La mayoría de los modelos de la terapia familiar indican conveniente realizar sesiones individuales o por subsistemas para favorecer la emergencia de información que no se ha compartido en sesiones familiares pero **¿qué hace el terapeuta cuando cuenta con dicha información?**

Dependiendo de la visión del terapeuta y modelo utilizado, se distinguen manejos diferentes de la información a la que ha tenido acceso, de tal forma es posible, por ejemplo, un actuar “estratégico” donde parezca no necesario compartir información si con ello puede alcanzar mejor las metas terapéuticas, mantener una situación de “poder” regulando el flujo de información solo por concebirse con autoridad para hacerlo o también puede manifestarse la apertura de la información siguiendo la tendencia de ser “públicos” o “transparentes” de acuerdo a modelos posmodernos.

Existen algunas indicaciones especiales si se tratan problemas de pareja y **cuando la infidelidad es el tema de la terapia**. Baizán (2007) propone que en sesión individual se conozca la existencia, vigencia y función de la infidelidad para proteger de ser necesario al que ha sido engañado de información desconocida, así como al infiel de la ira del engañado pero indica que el descubrimiento de la infidelidad, la forma y el tiempo de hacerlo le **corresponde a la pareja y no al terapeuta**.

3.4.3. Abuso sexual, la violencia y sus consideraciones

El abuso sexual e incesto, **como otras formas de violencia, constituyen un tema sumamente complejo**, no solamente por la multitud de factores que intervienen, sino porque enfrenta a los operadores psicosociales a contradicciones y paradojas difíciles de resolver; desestabiliza creencias y estructuras “sagradas” y legitimizadas. El tema en sí mismo, por su naturaleza, crea climas emocionales especiales y despierta intensas movilizaciones personales en cada uno de los que intervienen.

Este tema enfrenta al profesional más que ningún otro, a una postura y pronunciamiento éticos ineludibles. **La intervención legal puede ser benéfica**, porque ubica el problema en la superficie y ya no oculto como suele perpetuarse en algunos casos. Pero **no es suficiente**, ya que si solo se hace una denuncia puede generar aún más complicaciones. Junto con la denuncia se necesita asegurar una continuidad en la colaboración justicia-salud.

Respecto a nuestra participación como psicólogos o terapeutas para **denunciar una situación de violencia sexual a menores**, no hay distinciones de otras personas de acuerdo al Código Penal del Distrito Federal, donde el artículo 181 indica que cualquier persona que tenga conocimiento de las conductas que contemplen delitos contra la libertad, la seguridad y el normal desarrollo psicosexual y no acuda a la autoridad competente para denunciar el hecho para evitar continuación de la conducta, será castigada de dos a siete años de prisión.

Es posible revisar que **existen diferentes posiciones en la producción sistémica** respecto al tema de la violencia. **Perrone y Nannini** (1997) consideran que es necesario aplicar el concepto de responsabilidad tanto al verdugo como a la víctima, ya que en el caso de que no asuman que son responsables de su destino, ninguna terapia y ningún cambio resultan posibles, así mismo, reconocen la importancia de que en algunos casos de violencia, es necesaria la intervención de instituciones legales y sociales para las situaciones que permanecen peligrosamente inmutables.

El modelo de violencia doméstica de **Virginia Goldner** (en Bottinelli, 2000) considera que dentro del ámbito terapéutico “la comprensión del comportamiento no excusa a la violencia ni puede justificarla” pero “el perdón depende exclusivamente de la víctima; la responsabilidad de la violencia física es exclusiva del agresor mientras que cuidar de su seguridad es 100% deber del agredido” (p. 111). Este supuesto no incluye a los menores.

Bottinelli (*op. cit.*) reporta similitudes en el estudio de enfoques clínicos e investigaciones sobre la violencia, concluye que el requisito para hacer un contrato terapéutico, la prioridad principal y única para llevar a cabo el tratamiento es **cesar completamente los ataques de violencia** con un compromiso de no golpes, de lo contrario no se acepta ni continúa el trabajo, pues la terapia no puede tener lugar en un contexto «al margen de la ley»,

3.4.4. Los códigos éticos

Es posible observar que aunque los cuestionamientos éticos involucren los valores y creencias individuales estos pueden ser compartidos en una ideología que es concebida no como un fenómeno individual sino colectivo y ha parecido adecuado que las instituciones formativas o reguladoras de los profesionales compartan, **un sistema de valores y creencias** que pretendan ser concretados a través de códigos éticos que sirvan de guía pero es posible ver como los códigos éticos al comprender constructos sociales como los valores y las creencias son susceptibles de la cultura y el tiempo (Gómez, 2009). En México se cuenta con el Código ético del psicólogo, publicado por la Sociedad Mexicana de Psicología, así como el código ético de la Comisión de honor y justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF).

La AMTF organiza su código ético considerando **ocho áreas** de consideración que son:

Responsabilidad con los pacientes.- Aborda el bienestar de los consultantes, respetar sus derechos que incluyen la toma de decisiones y ofrecer servicios en forma apropiada por el tiempo que el paciente se beneficie de la terapia, sin discriminación alguna o abuso de confianza.. Recomiendan canalizar si es necesario pero no abandonar antes de contemplar las opciones útiles al paciente. Se debe solicitar el consentimiento de los consultantes si se utiliza un medio de grabación o presencia de terceras personas.

La confidencialidad.- Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes excepto si (a) así lo determina la ley, (b) previene daño a una o varias personas, (c) si el terapeuta es acusado de acciones civiles, criminales o disciplinas que surgieran a raíz de la terapia (dado el caso, podrán revelarse las confidencias del paciente solamente en lo que se refiere a esa acción), o (d) si existe una dispensa (exención) por escrito obtenida con anterioridad. En caso de material para enseñanza, escritura y presentaciones al público, sólo podrá utilizarse material clínico si ha obtenido autorización específica o cuando se hayan tomado los pasos necesarios para proteger la identidad y confidencialidad del paciente.

La capacidad e integridad profesional.- Se considerará una violación de este punto si se es culpable de cualquier delito o con relación a la capacidad o funciones y existen conductas que pudieran conducir a tal condena. Si se presentan licencias, certificados con situación irregular y cuando ya no se es competente para ejercer la terapia porque han sufrido deterioro físico o mental, se deberá buscar ayuda profesional para solucionar problemas o conflictos personales que pudieran deteriorar el desarrollo de su trabajo o juicio clínico. En la academia e investigación se exhorta un alto nivel de conocimientos, se recomienda la actualización, el reconocimiento de las propias limitaciones y evitar alteración o mal uso de sus hallazgos clínicos. Se prohíbe cualquier interacción sexual en el ámbito profesional.

Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados.- Los terapeutas no deberán abusar de la confianza de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación, tomando conciencia de la posición de influencia evitando negocios o relaciones personales cercanas. La intimidad sexual con estudiantes y supervisados estará prohibida. Los terapeutas no deberán permitir a los estudiantes y supervisados ejercer o presentarse a sí mismos como competentes para otorgar servicios profesionales más allá de su nivel de entrenamiento, experiencia y competencia. Se debe también preservar la confidencialidad del material presentado por los supervisados, excepto en las situaciones abordadas dentro del rubro de confidencialidad.

Responsabilidad con participantes de investigaciones.- Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar conscientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores, contemplando la aceptabilidad ética de dichos estudios. Si se solicitan participantes se les deberá informar de todos los aspectos de la investigación que puedan influir en su disposición para participar en dicha investigación respetando su libertad para declinar su participación o para retirarse de a investigación en cualquier momento.

Responsabilidad con la profesión.- Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y ser responsables a nivel profesional cuando actúen como miembros o empleados de organizaciones. Se deberá otorgar crédito de publicación a los contribuidores, así como citar quienes presentaron la idea original procurando que el material realizado se promueva y obtenga publicidad con precisión y objetividad. Los terapeutas deberán participar en actividades que contribuyan a mejorar a la sociedad y a la comunidad, incluyendo una parte de su actividad profesional para servicios por los cuales reciban una pequeña o ninguna retribución así como preocuparse en desarrollar leyes y regulaciones relacionadas a la terapéutica.

Arreglos financieros.- Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios pactados desde el inicio del servicio, deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional. Se deberá proporcionar al cliente, a las terceras personas que cubren los honorarios o a los supervisados la información correcta relativa al encuadre de los servicios prestados.

Publicidad.- Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios mostrando con exactitud su capacidad, educación, preparación y experiencia relacionada con sus prácticas de terapia. Cualquier información no veraz, incorrecta, falsa o poco clara debe evitarse y corregirse.

Como se ha observado con el desarrollo del presente apartado de las consideraciones éticas del terapeuta familiar, además de considerar cada una de las situaciones propias de un profesional que presta servicios de salud a nivel individual que es una especialización y actualización constante; es necesario que se consideren (como la disciplina propiamente lo involucra) las relaciones con los integrantes de los diferentes grupos de colaboración y de atención. La confidencialidad y las consideraciones legales de problemas sociales como la violencia se han comprendido dentro de los códigos éticos de las organizaciones terapéuticas y de psicología proporcionando lineamientos consensuados que permiten evitar complicaciones en las situaciones delicadas y su objetivo es el bienestar de los consultantes y del mismo terapeuta, sin embargo, en la práctica es posible observar (por ejemplo) que una denuncia no siempre repara o evita un hecho de riesgo para el bienestar físico y emocional de la víctima. Ante los sistemas legales susceptibles de fallas, hablar de un compromiso ético implica que nuestro objetivo primordial como terapeutas sea precisamente el bienestar del consultante, por lo que se considera adecuado conocer y dirigirse de acuerdo a los códigos éticos pero necesario que exista mayor acercamiento para el diseño de las regulaciones legales involucrando el punto de vista de los profesionales en psicología, siendo más vigente que nunca la propuesta de interdisciplinariedad que permitió el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de Habilidades y competencias profesionales adquiridas

La formación en la Residencia de Terapia Familiar con enfoque sistémico ha permitido desarrollar una visión más enriquecedora e integral al abordar problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales como lo son la pareja, la familia y la sociedad en la que se contextualiza. Se han conocido y aplicado las modalidades de intervención de diferentes modelos de terapia; la evolución histórica de estas formas de trabajo y los fundamentos teóricos y filosóficos que sustentan los enfoques centrados en estructura, en el proceso y en la construcción de significados. Las habilidades teórico conceptuales desarrolladas permiten analizar y discutir la viabilidad de los modelos expuestos en el programa para proponer hipótesis explicativas y su aplicación clínica tomando en cuenta los contextos que intervienen.

Se han adquirido habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento entre las que se incluyen: el desarrollo de la capacidad de observación, el establecimiento de contacto con quienes demandan el servicio con técnicas de entrevista, enganche y alianza terapéutica para generar una relación de colaboración; el definir y evaluar los motivos de consulta, las demandas terapéuticas, el tipo de problema presentado y las opciones de solución para definir los objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios; aplicar la metodología derivada de diferentes modelos clínicos identificando las necesidades y fuerzas dentro y entre de los sistemas en los que se involucran los usuarios; formular hipótesis e intervenciones que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones; y terminar de manera eficaz tratamientos evaluando los resultados en la problemática presentada a nivel: individual, conyugal y familiar o grupal.

Se han desarrollado habilidades de investigación y enseñanza con el diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación con las metodologías cuantitativa y cualitativa en los que se reconocen y analizan contextualmente problemas presentados, los procesos inmersos, el establecimiento de relaciones para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada y la difusión del conocimiento generado a través de la participación en foros académicos y la incorporación de la información en la elaboración de programas de salud comunitaria para resolver o prevenir problemas familiares o grupales.

La ética y el compromiso social se han encontrado involucrados en cada una de las actividades realizadas por lo que se han desarrollado valores y actitudes en la persona del terapeuta, reflejados en: una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios; mostrando respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales; ser sensible a las necesidades de la población y analizar con honestidad el trabajo terapéutico para actualizar constantemente las capacidades profesionales.

4.2. Incidencia en el campo Psicosocial

En la formación como terapeutas familiares hemos tenido la oportunidad de colaborar en las sedes de entrenamiento siendo éstas un ejemplo de nuestra intervención dentro del campo psicosocial ampliamente descrito en el capítulo I de este reporte. Las instituciones de salud mental como los hospitales psiquiátricos o las que procuran atención amplia como los hospitales dedicados a acciones de rehabilitación o nutrición que son capaces de beneficiarse del servicio paralelamente al entrenamiento que es procurado para los estudiantes de la UNAM.

Los centros comunitarios localizados en zonas marginadas representan un lugar también donde se procuran tratar las problemáticas más diversas de la población. Allí el ámbito psicológico tiene un papel principal pues el recurso humano que representa el terapeuta puede bastar y necesitarse mínimos recursos materiales para provocar movilizaciones en la procuración del bienestar, la salud y el desarrollo de los consultantes. Siendo las herramientas del terapeuta las palabras o propiamente el lenguaje; dejan de tomar un papel principal los medicamentos, espacios, maquinaria o herramientas especiales que generalmente se indican escasos por las instituciones que deberían proporcionarlos.

Dentro del ámbito escolar se colaboró con instituciones de educación básica primaria para el diseño de instrumentos de medición. Considerando que el instrumento de valoración de las “competencias paternas” resultaba un ejercicio reflexivo de acuerdo a los comentarios de los padres evaluados se piensa que hasta este tipo de experiencias puede representar una intervención con efectos en el campo psicosocial.

En el ámbito legal los profesionales de la psicología cada vez son más reconocidos, es por ello que en las recientes implementaciones de justicia restaurativa o mediación se ha solicitado la participación de terapeutas familiares que contamos con los fundamentos teóricos metodológicos de los procesos de cambio y retroalimentación que se dan en las relaciones humanas o la conducta de interacción. Las evaluaciones requeridas en los peritajes psicológicos aunque se alejan de la tradición sistémica son un campo de oportunidad para proporcionar visiones más complejas (enriquecidas) sobre profesionales que lo hacen desde enfoques psicológicos deterministas y representaría por lo tanto una obligación para los terapeutas familiares compartirlas.

La consulta privada por su parte, representa uno de los espacios que permite la atención personalizada que merecen los consultantes. Aunque representa una labor que podría considerarse “artesanal” es un medio en el cual puede existir una comunicación y participación más enriquecedora. Pensando en que no hay acciones pequeñas, es una atención con la cual se está interviniendo en un sistema más amplio. Los servicios profesionales que ofrece un terapeuta parecen entonces repercutir siempre en el contexto psicosocial ya que los clientes y nosotros mismos lo construimos.

4.3 Reflexión y análisis de la experiencia

Después del intenso proceso de selección para ingresar a la residencia de Terapia Familiar de la UNAM, tenía poca idea de lo que representaría la maestría en cuanto al desarrollo profesional y personal debido a que el dedicar el día entero a las actividades académicas representó beneficios pero sin duda involucraba una alteración de otras áreas. Dejar a un lado la actividad profesional, la social y paradójicamente a la temática de nuestra área de especialización: la familia; implicaba un sacrificio que ahora a la distancia de haber concluido la rutina estudiantil aprecio cada momento y paralelamente siento cierta nostalgia por aquella etapa que ha finalizado.

El compartir las visiones de diez personas con intereses y esfuerzos comunes para acercarse al conocimiento terapéutico fue tan enriquecedor desde el primer momento hasta el final de la experiencia formativa. Los compañeros de la residencia se convierten en un sistema significativo, los espacios y tiempos en los que nos relacionamos fueron mayores a los que podíamos compartir con familiares o amigos por lo que podría pensarse que se convirtieron en “una familia temporal”, con fuertes vínculos y un sentimiento de pertenencia al tener ciertos intereses comunes, es común sentirse como un “pez en el agua”.

El primer semestre de la residencia se me presenta como una introducción a la Terapia Familiar que si bien era un área de interés, poco conocía de los variados modelos que se habían desarrollado, de los personajes y los sustentos teóricos epistemológicos.

El Modelo Estructural fue el marco principal de este periodo, fue revisado ampliamente en teoría y práctica. Con la asignatura de Entrevista y Evaluación se revisaron diversas referencias bibliográficas que fueron más allá de los tópicos que insinúa el nombre de la materia, situación similar ocurrió con Teorías y Modelos de Intervención, revisando cuestiones de género, abuso sexual, poder y cuestiones sociales.

La Metodología de Investigación junto con Evaluación y Medición proporcionaron conocimientos valiosos que han permitido a la Psicología y sus ramificaciones ser reconocidos como una ciencia. El asesoramiento para la realización de los proyectos expuestos en este reporte fue altamente valorado.

El seminario de Terapia de Pareja fue en lo personal el más gratificante ya que abordó técnicas terapéuticas y concepciones específicas para este tipo de relación que con el paso del tiempo se aprecia con una mayor demanda terapéutica

Durante el segundo semestre de la residencia de Terapia Familiar se incrementó el acervo de opciones terapéuticas con la profunda revisión del Modelo Estratégico y la diversidad de los enfoques de Terapia Breve. Las prácticas supervisadas de los Modelos hasta ahora revisados:

Estructural, Estratégico y Breves dejaron a un lado la ficción del *rol playing*, recurso que fue ampliamente utilizado durante el primer semestre, para intervenir sobre problemáticas que continuaban aún terminando la representación dentro de las sesiones y en escenarios institucionales que involucran diversas vicisitudes.

Dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” y el Centro de Servicios psicológicos universitario perteneciente a la Facultad de Psicología, fue posible observar como los procedimientos normativos de las instituciones colaboran pero también pueden interrumpir el progreso de los pacientes o el trabajo de los terapeutas con los aspectos burocráticos. Parece preciso identificar no solo lo no funcional en la integridad de usuario o un proceso terapéutico, sino también en las instituciones que intervienen en la salud de los individuos para evitar condiciones reiteradas que resultan poco favorecedoras para los objetivos que se procuran.

Se realizó una introducción a la historia del pensamiento Modernista y Posmodernista dentro la asignatura de Modelos de Intervención que antecedió al abordaje de los modelos terapéuticos asociados con estas corrientes, llamadas terapias posmodernas, a las que actualmente numerosos profesionales parecen recurrir, concibiéndolas como una alternativa evolucionada.

Concluir el diseño y validación de un instrumento de Medición y Evaluación, iniciado en el primer semestre, proporcionó el conocimiento de los procedimientos indicados para este fin; cumpliendo con el objetivo del Programa de Maestría de desarrollar no solo habilidades terapéuticas sino también las propias de procesos de investigación.

El considerar que la objetividad es una “ilusión” y contrastar esta idea con la efectividad de modelos terapéuticos tan diversos, desarrollados a través de observar las carencias de sus antecesores; permite preguntarse si la forma propia y la ajena de proceder en el intento de ayudar a los pacientes, a los terapeutas es la adecuada. En este segundo semestre de la maestría, además de valorar las herramientas terapéuticas y metodológicas adquiridas, destaco el respaldo y desarrollo de un sentido crítico a partir de las posturas de pensamiento abordadas.

El tercer semestre de la residencia de Terapia Familiar estuvo cargado de una práctica intensa que junto con las diferentes asignaturas ha influido sustancialmente no solo en el área profesional que he elegido desarrollarme sino en la integridad personal.

La revisión del Modelo de Milán, me permitió observar como en un mismo modelo pueden distinguirse diferencias dadas por un curso evolutivo. Desde una etapa ligada al psicoanálisis hasta llegar al paradójico término de la complejidad, que podría interpretarse como simplista o reduccionista de tanto emplearlo.

La revisión del Modelo de Soluciones y Terapia Narrativa, proporcionaron la visión de la influencia de la filosofía posmoderna que me ha parecido congruente con los tiempos en los

cuales ejerceremos terapia. Donde el bienestar, la búsqueda de alternativas, el respeto y una falta de imposición serían nuestras metas como especie humana, no solo dentro de los consultorios.

La supervisión videograbada permitió dar un mayor espacio a la observación analógica propia y de los compañeros y a la búsqueda de recursos terapéuticos personalizados junto con propuestas de acción y reflexión temática de los casos presentados. En pocas ocasiones es posible grabar las intervenciones y la forma en que procedemos en terapia siendo casi exclusivo de ésta formación.

Por su parte el desarrollo de la investigación cualitativa ha proporcionado herramientas que son útiles para una difusión; necesarias en toda época pero imprescindibles en la actualidad en un mundo saturado de información dónde es necesario aportar credibilidad a lo expresado, lográndose con la implementación de metodología de investigación de este tipo.

La práctica con las familias en las sedes de entrenamiento proporcionaron en lo personal la satisfacción de ver resultados con las aplicaciones de los conceptos teóricos revisados a lo largo de tres semestres y las diferencias entre los contextos institucionales.

El cuarto semestre implicó los retos de adaptarse a un contexto extranjero en todos los ámbitos, desde los aspectos más personales hasta los académicos. Considero que es posible concebir dos visiones complementarias de la experiencia: por una parte se abandonaba todo el contexto conocido y por otra agrega una historia de vida alterna. Reconozco que se requiere de fortaleza para atreverse a estas aventuras académicas. Sin duda, las nuevas relaciones que se configuran intensamente en este contexto con la aparente vulnerabilidad de la falta de lo conocido, de lo seguro, se convirtieron en una de las más grandes fortalezas de la estancia. Sumé visiones multiculturales que personalmente valoro.

Académicamente la experiencia que consistió en asistir a los seminarios y supervisiones de la formación del Master de Terapia Familiar ofrecido por la Universidad Autónoma de Barcelona, implicó presenciar las clases de los 4 niveles de formación (Formación Básica en Terapia Familiar Sistémica 1º y 2º; Master en Terapia Familiar 3º y 4º) en un periodo de 6 meses y la obtención de un diploma por 480 horas en dicha estancia.

Además de conocer el Modelo propio de la Escuela de Terapia Familiar del Hospital de Sant Pau bajo la supervisión de Juan Luis Linares, fue posible presenciar seminarios con personajes como Edith Goldbeter, Elida Romano, Marco Vannotti, Giusepp Ruggiero, Piergiorgio Semboloni y Rosella Aurilio, Carlos Sluzki y Luigi Onnis.

El regreso a concluir las actividades y trámites necesarios para la graduación de este programa de maestría y continuar con la visualización de los caminos a recorrer en el futuro representó una re-adaptación que poco tuvo oportunidad de prever. Nuevamente se presenta esta ambivalencia de emociones al encontrarse en el contexto predominante y dejar atrás al extraordinario.

Con el desarrollo del tema de la “pareja estable y satisfactoria” se movilizaron diversos intereses profesionales y personales. Ha existido en las últimas décadas un pronunciamiento a exaltar los beneficios y las necesidades de la independencia en todas las áreas incluyendo la emocional. Esta condición parece reflejarse cada vez más en la imposibilidad o renuncia de muchas personas a continuar (o empezar) la construcción de una relación de pareja y se ha revisado que las consecuencias de esas formas de relación “no exitosas” se activan en las relaciones con los hijos en el caso de existirlos. En lo personal me pareció obligatorio crear un discurso que ayude a las personas (consultantes y terapeutas) que compartan la visión de creer que la “interrelación” es un paso más evolucionado que la “individuación” en la experiencia de la trascendencia personal; a tener herramientas para conseguir este propósito.

En suma, la formación como Terapeuta Sistémico en la UNAM representó una apertura a diferentes panoramas. El dedicar casi la totalidad de los días por dos años para la exploración de ideas, formas de proceder como terapeutas, incorporar los procedimientos científicos que el programa ofrece y escuchar las voces de los compañeros de grupo, los académicos, supervisores y las personas consultantes en las diversas prácticas solo puede tener un resultado que es el enriquecimiento profesional. Desarrollar habilidades propias del programa incluye también una responsabilidad de que estos conocimientos sean de utilidad, que en nuestro caso como psicólogos profesionales y terapeutas procuremos un bienestar social dependiendo de la posibilidades del contexto donde se permita nuestra colaboración y a la vez compartir y buscar mayores espacios donde consideremos útil y pertinente nuestra intervención.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1991). *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. (1995). El lenguaje no es inocente. *Psicoterapia y familia*, 8 (1).
- Anderson, H. (1997). *Conversación, lenguaje y posibilidades: Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. (2003). Posmodern social construction therapies. En G. Weeks, T.L. Sexton y M. Robbins (dirs.) *Handbook of family therapy* (pp. 125-146). Nueva York: Brunner-Routledge.
- Anderson, H. (2006). A postmodern umbrella: language and knowledge as relational and generative, and inherently transforming. En Anderson, H. y Gehart, D. (dirs.) (2006), *Collaborative Therapy: relationships and conversations that make a difference*. Nueva York: Routledge.
- Arranz, E. (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. México: Pearson Prentice Hall.
- Asociación Mexicana de internet (AMIPSI). (2013). *Estudio de los hábitos de los usuarios de internet en México*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 en <http://www.amipci.org.mx/?P=editomultimediafile&Multimedia=348&Type=1>
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). *Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar*. México.
- Baizán, M.A. (2007). El paso de la muerte en la pareja: de la fidelidad a la infidelidad. En L. Eguiluz, (comp.) *Entendiendo a la pareja. Marcos teóricos para el trabajo terapéutico*. México: Pax México.
- Barudy, J. (2005). *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Lohlé-Lumen.
- Bauman, Z. (2005). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Becerra, S., Roldán, W. y Aguirre, M. (2008) Adaptación del cuestionario de crianza parental (pcri-m) en Canto Grande. *Pensamiento Psicológico*, 4, 135-149.

- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 197-223). México: Pax-Mex.
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. Barcelona: Gedisa.
- Bertalanffy, L. (1995). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar: Los personajes y las ideas*. Barcelona: Paidós.
- Beyebach, H. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. España: Herder.
- Borbolla, O. (2003). *Instrucciones para destruir la realidad*. México: Nueva Imagen.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). *Los tiempos del tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Bottinelli, C. (2000). *Herederos y protagonistas de relaciones violentas*. Buenos Aires: Lumen.
- Bradford, P. (2007). *Construcción de Terapias Familiares Sistémicas*. Argentina: Amorrortu.
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Caillé, P. (1992). *Uno más uno son tres*. Barcelona: Paidós.
- Campbell, D. & Draper, R. (1985). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Campo, C. y Ascenzo, I. (2010). El trastorno límite de la personalidad: diagnóstico e intervención desde la perspectiva sistémica. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 24, pp. 23-51.
- Campo, C. y Linares, J.L. (2002). *Sobrevivir a la pareja: problemas y soluciones*. Barcelona: Planeta.
- Castillo, M. (2004). El Enfoque narrativo en la terapia. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 139-160). México: Pax-Mex.
- Ceberio, M. (2007). Se mata a quien se quiere. Los juegos del mal amor. En L. Eguiluz. (comp.). *El baile de la pareja, el trabajo terapéutico con parejas*. México: Pax México.
- Cecchin, G. (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process*, 26 (4).
- Cerezo, M. A., Keesler, T. Y. Dunn. E.S. y Wahler, R.G. (1991). Standardized Observation Codes III. En M. A Cerezo (Ed.), *Interacciones familiares: un sistema de evaluación observacional* (pp.17-59). Madrid: Mepsa.

- Charles Torres, R. (2008). *Terapia breve sistémica en soluciones para parejas y padres. Esquemas, guías y ejemplos para una práctica exitosa*. Monterrey: Cree-Ser.
- Cirillo, S., Berrini, G., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999), *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós.
- Coelho, P. (2011). *Aleph: Cada final nos regala la oportunidad de un nuevo renacer*. México: Grijalbo.
- Consejo Nacional de Evaluación (CONEVAL). (2012). *Medición de la pobreza*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de [http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici% C 3% B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx](http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx)
- Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2010). *Series de información temática y continua de hogares en México*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Series_de_informacion_tematica_y_continua_de_hogares_en_Mexico
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23 (1), 11-17.
- De Shazer, S. (1985). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1994). *En su origen las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa.
- Del Pino, D. (2013). *Día internacional de los trabajadores: 6. 202. 700 razones para luchar por tus derechos*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de <http://www.publico.es/dinero/454579/dia-internacional-de-los-trabajadores-6-202-700-razones-para-luchar-por-tus-derechos>
- Desatnik, O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En: Eguiluz, L. (Comp.). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día* (pp.49-79). México: Pax-Mex.
- Díaz Loving, R. y Sánchez Aragón, R. (2004). *Psicología del amor: Una versión integral de las relaciones de pareja*. México: Porrúa.
- Echeburúa, E. y Subijana, I.J. (2008). Guía de buena práctica psicológica en el tratamiento judicial de los niños abusados sexualmente. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 733-749.
- Efran, J. y Lukens, M. (1993). Epistemología y el reino mágico. *Family Therapy Networker*, *El mundo según Maturana*, mayo-junio 1985. Artículo en español: The Newfield Chile, 1993.

- Eguiluz, L. (2001). *La teoría sistémica: alternativas para investigar el sistema familiar*. México: UNAM.
- Eguiluz, L. (2004). Terapia familiar en México. En: L. Eguiluz. (Comp). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax-México.
- Encuesta Nacional de Dinámicas Familiares (ENDIFAM). (2005). *Reporte de resultados*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/media/EncuestaNalDinamFamiliaMex2011.pdf>
- Espinoza, M.R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En L. Eguiluz, (Comp.) *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 115-138). México: Pax-Mex.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (1994). *La táctica del cambio*. Barcelona, Herder.
- Freedman, J. & Combs, G. (2002). *Narrative therapy with couples... and a whole lot more! A collection of papers, essays and exercises*. Australia: Dulwich Centre Publications.
- Fruggeri, L. (1998). Del constructivismo al construccionismo social: implicaciones teóricas y terapéuticas. *Psicobiattivo*, 17 (1), pp. 37-48.
- Galicia, M. I. (2004). Terapia estratégica. En L. Eguiluz, (Comp.). *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 81-113). México: Pax-Mex.
- García-Piña, A. y cols. (2009). Valoración del Abuso Sexual Infantil. *Acta Pediátrica de México*, 30 (2): pp.94-103.
- Garrido, E. y Masip, J. (2004). Ponencia presentada en el I Congreso de Psicología Jurídica y Forense en Red. Universidad de Salamanca.
- Gaxiola, J., Frías M., Cuamba, N., Franco, J. D. y Olivas, L. C. (2006). Validación del cuestionario de prácticas parentales en una población mexicana. *Enseñanza e investigación en psicología*, 11, pp. 115-128.
- Gergen, K. (1990). *The saturated self*. Nueva York: Basic Books.
- Gergen, K. y Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas familiares*, 17 (1). Buenos Aires.
- Gómez, M. E. (2009). Los horrores del terapeuta. En J. Fortes de Leff (comp.). *El terapeuta y sus errores: Reflexiones sobre la terapia*. México: Trillas.
- González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erikson. En L. Eguiluz (Comp.), *Terapia familiar: Su uso hoy en día* (pp. 29-47). México: Pax-Mex.

- Grenn, S y Flemons, S.D. (Comp.)(2004). *Manual de terapia sexual breve*. España: Paidós.
- Haley, J. (1982). Prólogo. En Madanes, *Terapia familiar estratégica* (pp. 11-14). Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1985). *Terapia de ordalía: Caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Hernández-Guzmán, L. y Sanchez-Sosa. J.J. (1999). *Hacia la salud psicológica: Niños socialmente competentes*. México: UNAM.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de terapia familiar: Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Imber-Balck, E., Roberts, J. y Whiting, R.A. (2006). *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona: Gedisa.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2010). *Censo General de Población. Los hogares en México*, Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/contenidos/estadisticas/2010/matrimonmat>
- Izzedin, R. y Pachajoa, A. (2001). Pautas, prácticas y creencias acerca de la crianza ayer y hoy. *Liberabit Revista de Psicología*, **15**, 109-115.
- Jiménez, C. y Martín A. (2006). Valoración del testimonio en abuso sexual infantil (A.S.I.). *Cuad. med. forense* [revista en la Internet]; (43-44): pp. 83-102.
- Joinson. A. (2003). *Understanding the Psychology of internet behaviour virtual worlds, real lives*. Gales: Palgrave MacMillan.
- Keeney, B. (1991). *La estética del cambio*. Barcelona: Paidós.
- Kendall-Tackett, K.; Williams, L.; Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychological Bulletin*, 113(1): pp.164-180.
- Lederer, W. & Jackson, D. (1968). *The mirages of marriage*. New York: Norton.

- Linaires, J.L. (1996). *Identidad y narrativa: la terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linaires, J.L. (2006). Una visión relacional de los trastornos de personalidad. En S.A. Roizblatt (Ed.), *Terapia familiar y de pareja* (pp.166-168). Santiago de Chile, Mediterráneo.
- Lyotard, J. (1979). *La condición posmoderna*. México: Planeta-Agostini.
- Macías, R. (2006). *Un modelo de resolución de conflictos en terapia familiar y de pareja*. Habana: II Congreso panamericano de salud mental infanto – juvenil.
- Macías, R. (2012). *Entendiendo y tratando el corazón de la familia. Un modelo dinámico, sistémico integrativo*. México: El saber.
- Macías, R. y Avilés, F. (2010). La supervisión autoreflexiva en la formación de Terapeutas Familiares. En: Gutiérrez, F. (Comp.) *Terapia breve y familiar: los caminos que se encuentran*. Puebla: CEFAP.
- Madanes, C. (1982). *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Márquez-Caraveo, E., Hernández- Guzmán, L., Villalobos, J., Pérez-Barrón, V. y Reyes Sandoval, M. (2007). Datos Psicométricos del EMBU-I. “Mis memorias de crianza” como indicador de la crianza en una muestra de adolescentes de la ciudad de México. *Revista de salud mental*, 2, 30.
- Martínez, J. M. (2006). *Amores que duran y duran y duran. Claves para superar las creencias destructivas que separan a las parejas*. México: Pax México.
- Maturana, H. (1993). Los fundamentos biológicos de la autoconciencia y el dominio físico de la existencia. En la realidad ¿objetiva o construida? *Anthropos*, 2. Barcelona: Antropos. pp. 96-169.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. (1982). Prólogo. En C. Madanes, *Terapia familiar estratégica* (pp. 15-16). Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- O’Hanlon, H.W. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O’Hanlon, H.W. (2004). *Creecer a partir de las crisis*. México: Paidós.
- O’Hanlon, H.W. y Hudson, P. (1995). *Amor es amarse cada día*. Barcelona: Paidós
- O’Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). *Informe mundial sobre discapacidad*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de http://www.who.int/disabilities/world.report/2011/summary_es.pdf
- Payne, M. (2002). *Terapia Narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Perrone R., Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Un abordaje Sistémico. Argentina: Paidós.
- Pons-S. y cols. (2006). La evaluación del abuso sexual infantil: comparación entre informes periciales en función del diagnóstico de abuso. *Intervención Psicosocial* [revista en la Internet]. 2006 [citado 2011 Mayo 31] ; 15(3): pp. 317-330.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán: 1969-2009. *Psicoterapia y familia*. 23 (1): 30-39.
- Roa, A. (1991). *Modernidad y posmodernidad*. Buenos Aires: Andrés Bello.
- Rodríguez, C. (2004), La escuela de Milán. En: L. Eguiluz. (Comp). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (161-195). México: Pax-México.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Satir, V. (1995). *Psicoterapia familiar conjunta* (tercera reimpresión ed.). México: Ediciones científicas de la prensa médica mexicana.
- Selvini Palazzoli, M. Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata G. (1980). Hipótesis, neutralidad y circularidad. *Family Process*, 19 (1).
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1988). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Shaffer, R. (2000). *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*. México: Thomsom.
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar: Un mapa mínimo. *Sistemas Familiares*. 3 (2).
- Tarragona, M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología Iberoamericana*, 7 (2), pp. 68-72.
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14 (3), 511-532.

- Trepper, T.S.; Dolan, Y.; McCollum, E. & Nelson, T. (2006). Steve De Shazer and the future of solution-focused therapy. *Journal of marital and family therapy*. 32(2), 133-139.
- Troya, E. (2000). *De qué está hecho el amor: Organizaciones de la pareja occidental entre el siglo XX y el siglo XXI*. Buenos Aires: Lumen.
- Vanmarcke, D. e Igodt, P. (1987). La therapie familiale face a l'inceste. *Therapie Familiale*. 8(4): pp.371-388.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la Terapia Familiar Sistémica. En: L. Eguiluz. (Comp.). *Terapia Familiar: Su uso hoy en día* (pp.1-27). México: Pax-Mex.
- Velasco, F. (2007). Amor, pareja y posmodernidad. En L. Eguiluz, (comp.) *Entendiendo a la pareja. Marcos teóricos para el trabajo terapéutico*. México: Pax México.
- Wahler, R., Williams, A.J. and Cerezo, M.A. (1990). The compliance and predictability Hypothesis: sequential and correlational analyses of coercive mother-child Interactions. *Behavioral Assesment*, **12**, 391-407.
- Walter, J.L. & Peller, J.E. (1996). Rethinking our assumptions. Assuming anew in a postmodern world. En D.S. Miller, A.M. Hubble & L.B. Duncan, (Eds.). *Handbook of solution-focused brief therapy*. EE.UU. : Jossey-Bass Publishers.
- Walters, M., Carter, B. Papp, P. y Silverstein, O. (1991). *La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1989). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1985). *Cambio: Formación y resolución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Wittaker, J. (1968). *Psicología*. México: Interamericana.
- Witzezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- World Federation of Mental Health (2012). *Depresión: una crisis global. Proclama del día mundial de la salud mental*. Recuperado el 5 de noviembre de 2013 de <http://www.wfmh.com/2012DOCS/WMHDay%20Packet%20-%20%20Spanish%20Translation%202.pdf>