



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

“LOS SISTEMAS LINGÜÍSTICOS COMO ALTERNATIVA DE TRANSFORMACIÓN DE LA IDENTIDAD”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTAR POR EL GRADO DE:

MAESTRO EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

OSCAR ARVIZU LÓPEZ

DIRECTOR: MTRO JORGE ORLANDO MOLINA AVILES
(Facultad de Psicología)

COMITÉ TUTORIAL: DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUIN
(Facultad de Psicología)
MTRA. NORA RENTERIA COBOS
(Facultad de Psicología)
MTRA. PIEDAD DORA ALADRO LUBEL
(Facultad de Psicología)
MTRA. CARMEN SUSANA ORTEGA PIERRES
(Facultad de Psicología)

MÉXICO, D.F. DICIEMBRE 2015.



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.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en la terapia familiar.

1.1.1.1 Características del Campo Psicosocial	1
1.1.1.2 Principales problemas que presentan las familias.....	3
1.1.1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como una alternativa para abordar la problemática señalada.....	3

1.2 Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.....	6
1.2.2 Centro Comunitario “Julián Mc Gregor”.....	7
1.2.3 Centro Comunitario “Los Volcanes”.....	7
1.2.4 Centro Comunitario “San Lorenzo”.....	8
1.2.5 Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.....	9
1.2.6 Instituto Nacional de Rehabilitación.....	10
1.2.7 Análisis sistemático de las sedes.....	11
1.2.8 Trabajo y participación de las sedes.....	13

CAPÍTULO 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.....	15
2.1.2 Teoría Cibernética de primer orden de los sistemas observados.....	16
2.1.3 Teoría Cibernética de segundo orden de los sistemas observados.....	16
2.1.4 Teoría de la Comunicación Humana.....	17
2.1.5 Constructivismo.....	18
2.1.6 Construccinismo Social.....	19

2.2 Análisis de los principios metodológicos de los Modelos de Intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

2.2.1 Modelo Estructural.....	20
2.2.2 Modelo Estratégico.....	22
2.2.3 Modelo de Terapia Breve Orientada al Problema (MRI).....	27
2.2.4 Modelo de Soluciones.....	31
2.2.5 Modelo de Milán.....	36
2.2.6 Posturas terapéuticas derivadas del Posmodernismo	
2.2.6.1 Modelo Narrativo.....	42

2.2.6.2 Terapia Colaborativa.....	45
2.2.6.3 Equipo Reflexivo.....	46

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Sustento teórico de los casos reportados “Los Sistemas Lingüísticos de Significado como alternativas de transformación de la Identidad”.....	48
3.1.2 Integración de expedientes de trabajo clínico	
3.1.2.1 Caso 1: “Re-escribiendo la vida a los ochenta”.....	51
3.1.2.1.1 Análisis del proceso.....	75
3.1.2.2 Caso 2: “Entre la aceptación y el rechazo: un dilema de identidad”.....	78
3.1.2.2.1 Análisis del proceso.....	85

3.2 Habilidades de investigación

3.2.1 Elaboración de la “Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar”.....	88
3.2.2 Investigación Cualitativa: “El papel de la Familia en la Reinserción Social de Delincuentes”.....	101
3.2.3 Investigación Cuantitativa: “Condiciones Laborales y Percepción de Pareja en Médicos Residentes del ISSSTE”.....	126

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

3.3.1 Productos Tecnológicos	
3.3.1.1 Curso de inducción para alumnos de primer semestre de la maestría en terapia familiar.....	143
3.3.1.2 Análisis de un video que ilustra las preguntas circulares de acuerdo al Modelo de Milán.....	145
3.3.2 Programa de Intervención comunitaria.....	146
3.3.3 Reporte de asistencia y participación en foros académicos.....	148

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1 La preparación del terapeuta familiar.....	150
3.4.2 La confidencialidad dentro de la terapia familiar.....	150

3.4.3 Los códigos éticos.....	153
-------------------------------	-----

CAPÍTULO 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.....	161
-------------------------	------------

CAPÍTULO I

CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

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

1.1.1 Características del campo psicosocial

La familia como concepto y fenómeno de estudio se encuentra en constante evolución. La estructura, organización y condiciones de las familias actuales, han experimentado una serie de transformaciones que en el pasado no existían, por lo tanto hablar de una única realidad y normalidad familiar, sería limitar nuestra comprensión y acercamiento a este tema.

Los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010), dan cuenta de los cambios que las familias en México han tenido, sin embargo, esta información, aun se encuentra lejos de presentar la complejidad y experiencia de cada familia.

La población mexicana se agrupa fundamentalmente en hogares familiares, donde los integrantes tienen relaciones de parentesco entre sí, este grupo representan 97.7% de la población total, A su vez, dentro de esta categoría se clasifican: en familia nuclear conyugal integrada por el jefe, la cónyuge y los hijos (67.5%), le sigue la nuclear monoparental constituida por uno de los padres y sus hijos (17.9%) y la nuclear estricto, las parejas sin hijos, sea porque los hijos ya salieron del hogar de origen o porque la pareja no ha tenido descendencia (11.1%).

En menor proporción se encuentran los hogares extensos y compuestos; los primeros se forman al añadir a un hogar nuclear una o más personas emparentadas con el jefe —como hijos casados u otras personas en la línea de parentesco vertical o colateral—, mientras que en los compuestos se integra en un hogar nuclear o extenso a una o más personas no emparentadas con el jefe. En promedio cada familia mexicana está conformada por 4.3 integrantes. De las familias mexicanas, 79.1% tiene como jefe a un varón y 20.9% a una mujer.

Estos datos señalan que aun sigue prevaleciendo la relación de parentesco en la configuración familiar, dentro de la cual el número de integrantes es variable, desde los hogares donde solo existe el subsistema conyugal, hasta la incorporación de nuevos integrantes, con o sin parentesco. En otras palabras el

contexto relacional o sistema significativo de una persona puede ser amplio o reducido, y que la noción de familia está sujeta a las condiciones particulares de cada individuo.

Cada vez es más común que dentro de las familias se pueden incluir tres o más generaciones sucesivas emparentadas entre sí. Estos agrupamientos se originan en respuesta a las condiciones la fecundidad y la mortalidad, así como a las condiciones económicas, las primeras etapas del ciclo de vida familiar, pensión, jubilación y políticas públicas. A la par las funciones y roles familiares se comparten, cambian o se transforman. Ejemplo de ello las personas de la tercera edad, pueden estar al cuidado de nietos o por el contrario pueden continuar desempeñando funciones de paternaje, educación y económica.

Contrario a esta situación están las familias compuestas únicamente por los conyugues, que creció del 9.2 % al 10.2 %, esta tendencia sugiere que cada vez hay más matrimonios que no consideran necesario la presencia de hijos para conformar una familia, o al deseo de desempeñar labores de paternaje.

Un crecimiento similar se aprecia en los hogares monoparentales, las cuales en los últimos años se han ido incrementando, y que en su mayoría son encabezados por mujeres. En este caso el divorcio, la viudez, o la disolución del vínculo matrimonial, derivan en el surgimiento de nuevas configuraciones y organizaciones familiares, donde el establecimiento de lazos afectivos, de relación y de interacción puede presentarse.

La distribución de las tareas domésticas al interior del hogar reflejan y reproducen cotidianamente los roles de género, en los cuales, en general, la mujer es confinada al mundo privado del trabajo doméstico y el hombre al mundo público y de proveedor. Estos roles no necesariamente se modifican cuando las mujeres se incorporan a la vida pública, laboral o política, lo que da lugar a una ampliación e intensificación de la jornada que dedican al trabajo productivo, reproductivo, de cuidado y comunitario.

La Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) 2009 señala que las jefas dedican en promedio 9.3 horas a la semana a la limpieza de la vivienda y 22.9 horas al cuidado de los niños, mientras que los jefes destinan menor tiempo a estas tareas (3.5 y 11.8 horas, respectivamente).

Es un hecho que la figura del hombre como proveedor único de la familia está siendo desplazada en las familias mexicanas, para dar cabida a nuevas formas de

organización en las que la importancia del rol económico de ambos sexos tiende a homologarse.

La Encuesta Nacional del Uso del Tiempo (ENUT) 2009 señala que las jefas dedican en promedio 9.3 horas a la semana a la limpieza de la vivienda y 22.9 horas al cuidado de los niños, mientras que los jefes destinan menor tiempo a estas tareas (3.5 y 11.8 horas, respectivamente).

Para concluir, hay que señalar que la familia aun continua siendo la principal fuente de apoyo ante las crisis, entre las que se encuentran: la pérdida del empleo, una enfermedad grave, la muerte de un familiar y, en los hogares rurales, la pérdida de la cosecha. Las situaciones de riesgo pueden ser un accidente grave, muerte de un familiar, divorcio o separación, embarazo no planeado, pérdida o daño de vivienda y cierre de negocio, entre otros.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias

Son diversos los problemas que enfrentan las familias en México, algunas de ellas derivadas por eventos ocurridos dentro de su estructura y organización familiar, como son los descritos en el apartado anterior y otras causadas por problemas de carácter psicosocial, entre las que encontramos: violencia intrafamiliar, maltrato infantil, consumo de alcohol y de drogas, conflictos y distanciamientos generacionales, las pugnas entre hermanos, red limitada de apoyo familiar, Incremento de las enfermedades emocionales e impacto de la migración en el contexto familiar, ya que uno de cada cuatro mexicanos tiene un familiar migrante (INEGI, 2010).

Estas problemáticas son atendidas desde un marco Jurídico, Normativo y Legal, que busca garantizar, los derechos y protección de los integrantes de las familias, al mismo tiempo busca prevenir y eliminar la discriminación y promover la equidad entre los géneros.

Por otra parte la existencia de programas y acciones institucionales, se suman al esfuerzo por fortalecer y apoyar a las familias, junto con la población en general y los grupos vulnerables.

1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada

Los planes y programas diseñados para atender estas problemática son muy claros con respecto al propósito que persiguen, una situación diferente lo son los medios con los que se pretende lograr este fin.

La psicología ofrece diferentes herramientas y métodos, que permiten atender estas demandas, dependiendo de la corriente que se utilice será la forma de conceptualizar el problema, y su posterior plan de intervención.

Se antoja lógico pensar que estas problemáticas al presentarse al interior de la familia, la orientación natural para atenderlas sea la terapia familiar. Pero la utilidad de esta, responde a otros principios, que justifican la participación de los terapeutas formados dentro de esta orientación.

La familia es un conjunto organizado e interdependiente de unidades que se mantiene en interacción. Por una parte la relación entre los distintos elementos da origen y continuidad al sistema, por otra parte el sistema organiza a sus integrantes, sus posiciones, sus comportamientos y sus relaciones. En otras palabras el comportamiento de un individuo no podrá entenderse de manera aislada sino a partir de sus relaciones y de su contexto.

Las familias al intentar absolver sus funciones ponen en movimiento procesos adaptativos empujados por las mutaciones internas y por el ambiente a su alrededor. Reorganizan repetidamente sus relaciones en las fases de pasaje de sus vidas, en torno a los temas importantes, y a las situaciones emergentes.

Reséndiz (2012) considera 4 procesos ligados a la supervivencia familiar:

- Proceso **morfostático** que garantiza la estabilidad y la continuidad ante las variaciones del ambiente circundante y del ambiente interno de la familia.
- Proceso **morfogenético** regula las transformaciones accesibles al sistema.
- **Cohesión** grupal, es decir el funcionamiento del grupo como totalidad, como núcleo con autonomía con sus características particulares en cada caso.
- **Autonomía** de sus miembros entendida como funcionamiento, individual de sus integrantes.

Para terminar de entender la dinámica que hay dentro del interior de la familia podemos considera tres niveles de información: interaccional, relacional y funcional (Fruggeri, 2009). El nivel **interaccional** lo podemos identificar al observar las actuaciones entre los distintos miembros de la familia, la forma en la que responden a las acciones de otros y que va tejiendo interacciones complejas.

El **nivel relacional** implica un mayor nivel de inferencia, va orientado a identificar las distintas relaciones y los significados con los cuales los miembros dotan a estas relaciones de forma explícita e implícita. Finalmente el nivel funcional se refiere al funcionamiento de la familia como unidad con identidad, con una cierta autonomía, que implica por otra parte todavía un nivel de abstracción mayor, que requiere pensar a la familia como unidad viva que transita por diferentes pasajes y transformaciones.

Con base a estos principios la terapia familiar justifica su presencia y utilidad teórica-conceptual y practica en los diversos escenarios o espacios donde la participación del terapeuta familiar se antoja como una alternativa a las diversas problemáticas que se surgen al interior de la familia. A la par de estos lineamientos están los sistemas lingüísticos de significado los cuales ofrecen soluciones e hipótesis tentativas, que transforman ideas, creencias y premisas en los consultantes.

1.2 caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

1.2.1 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

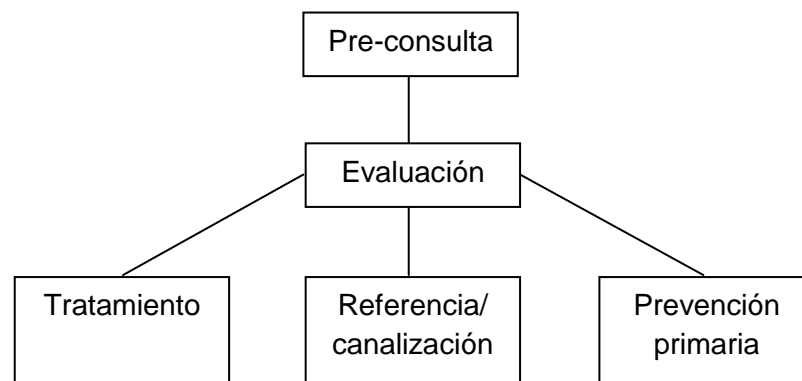
El Centro de Servicios Psicológicos se encuentra en Av. Universidad 3004, ciudad universitaria, ubicado en el edificio destinado a la División de Estudios de Posgrado, en el sótano del edificio “D” de la facultad de psicología actualmente la jefa del departamento es la Dra. Noemí Díaz Marroquín.

Fue inaugurado oficialmente el 08 de mayo de 1982 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 de servicios psicológicos.

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 operan como puede observarse en la figura 1.

Fig. 1 Servicios del centro de servicios profesionales.



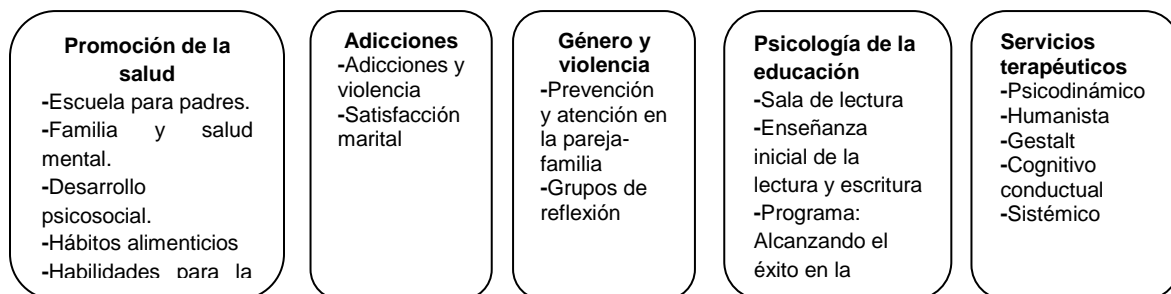
Actualmente el centro se encuentra incorporando la terapia vía internet, considerando las facilidades que ofrece esta para las consultantes y evaluando las características que presenta este proceso.

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 se encuentra en la calle Tecacalo Mz. 21, Lt. 24., Colonia Ruiz Cortines, Delegación Coyoacán. Este espacio al sur de la ciudad desde hace 25 años presta servicios que cumplen dos objetivos: **la profesionalización** de los estudiantes y los servicios comunitarios. La directora del centro comunitario es la es la Mtra. Verónica Ruiz González. Actualmente participan 14 profesores/as especialistas en diferentes temáticas de la psicología y estudiantes de licenciatura y maestría comprometidos con nuestra profesión y con la comunidad.

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 2.

Fig. 2 Programas del centro comunitario

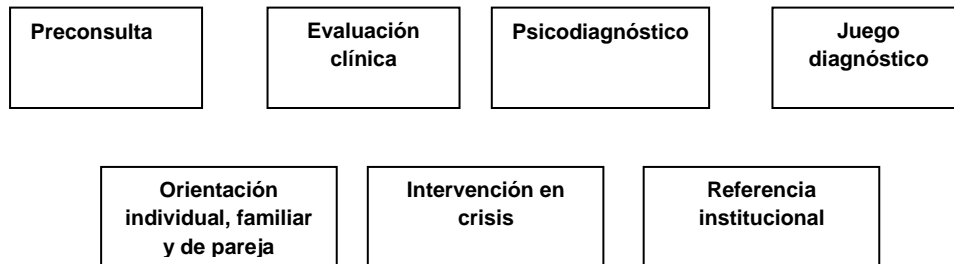


1.2.3 Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”

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 estudiantes de 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 las y los responsables académicos siendo la jefa del centro la Lic. María Asunción Valenzuela Cota.

Fig. 3 Servicios de Atención Clínica General



Entre las actividades se encuentran el programa clínico-asistencial atendido por estudiantes de Psicología del noveno semestre y egresados quienes realizan programas de prevención de modalidades de: conferencias, talleres, cine debate entre otras; así como prácticas profesionales supervisadas. Los servicios de Atención Clínica Especializada realizadas 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.

Luz Bringas Robles en 1935 construye la fundación “Luz Bringas”, posteriormente, en 1951 María de los Ángeles Haghenbeck y De la Lama construye la fundación que lleva su mismo nombre. Ambas fundadoras se conocen y deciden unir esfuerzos creando en 1992 la Fundación Bringas Haghenbeck, I.A.P.

En el 2007 la junta de Asistencia Privada del Distrito Federal solicita al patronato su apoyo para integrar el patronato de la fundación “Ignacio Medina Lima” y con ello impulsar la voluntad y deseos de su fundador, lo cual se ve hecho en el 2011.

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 lo cual 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 generaciones que confíen en sí mismos y con la autonomía que les permita vivir una infancia plena y que sean capaces 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 las comunidades para esta se lleva a cabo en salud, educación y recreación, las instituciones que ofrecen estos servicios son: “*Maella Chalco*”, “*Centro Comunitario San Lorenzo*” y “*Trapos, trapitos y algo más....*”.

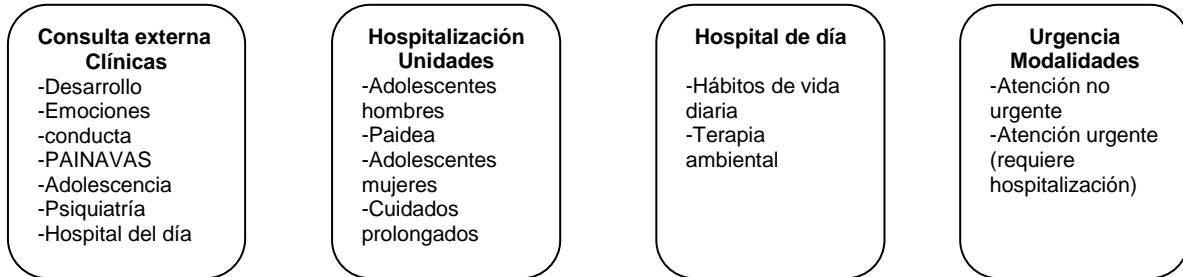
El objetivo dentro de la coordinación de psicología es brindar atención psicológica de calidad a niños, adolescentes y adultos, en las diversas modalidades terapia individual, terapia de pareja y terapia familiar. Participan voluntarios de licenciatura y de posgrado de diferentes universidades entre 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.

1.2.5 Hospital psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”

El hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", fue inaugurado el 24 de octubre de 1966 se encuentra ubicado en el sur de la Ciudad de México, con domicilio en: San Buenaventura No. 86 Col. Belisario Domínguez Delegación Tlalpan México D.F. C.P. 14080. Otorga desde entonces atención primaria (promoción de salud mental e identificación temprana), secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento) y terciaria (rehabilitación), la cual se proporciona de forma continua e integral.

Aparte de los servicios de atención al paciente, el hospital cuenta con programas de formación y capacitación permanente para su personal, así como una división de investigación.

Fig. 4 Servicios de atención al paciente:

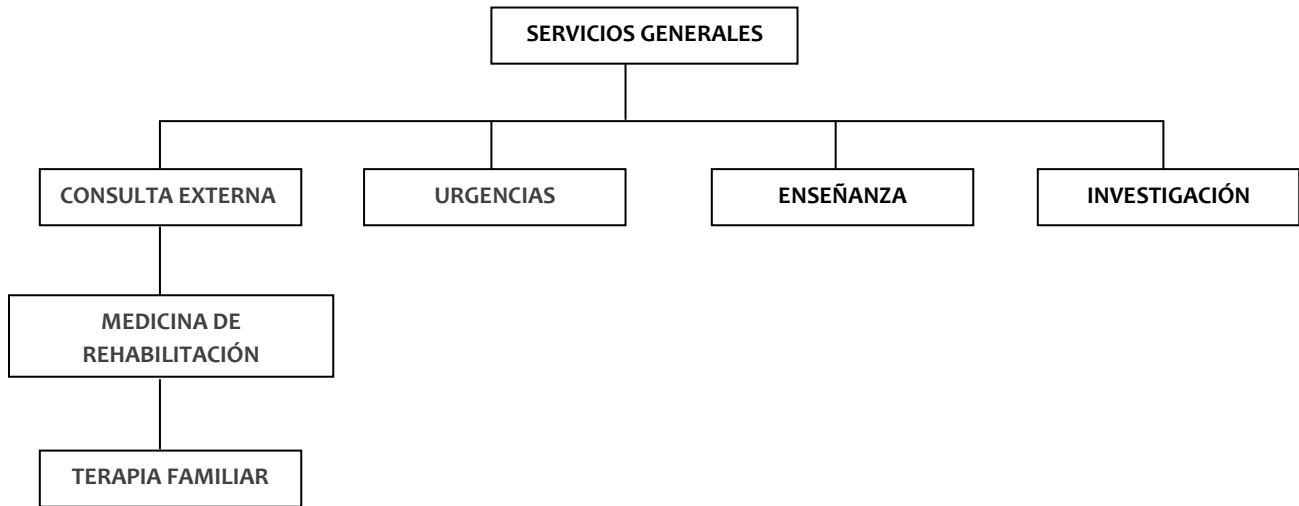


1.2.6 Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

El Instituto Nacional de Rehabilitación, es la culminación del esfuerzo, que desde 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 de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes del aparato locomotor, de la audición, voz, lenguaje, cardiorrespiratorio y de todo tipo así como lesiones deportivas. Se incluyen 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; de las acciones para prevenirla y detectarla precozmente; de sus mecanismos fisiopatológicos y de aquellos que actúan para su recuperación o compensación; de la substitución de órganos, tejidos y funciones dañadas; de los recursos de diagnóstico y tratamiento y del desarrollo tecnológico para la producción de prótesis, órtesis, implantes y ayudas técnicas, así como de los aspectos de la familia y la comunidad relacionados con este problema.

Fig. 5 Línea de acceso a terapia familiar en el INR



El servicio de terapia familiar 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 o Responsable del Área es el Dr. Froylán E. Calderón Castañeda. En las modalidades individual, de pareja y familiar, 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, familias en crisis.

1.2.7 Análisis sistemático de las sedes

Las diferentes sedes clínicas con las que cuenta el programa de terapia familiar, básicamente están orientadas a la formación académica e investigación, siendo este su objetivo primordial, cada uno de estos espacios proporciona las condiciones necesarias para la práctica clínica de los estudiantes de maestría, así como también de licenciatura y de prestadores de servicio social.

La experiencia clínica se inicia a partir del segundo semestre, regularmente en el centro de servicios psicológicos de la facultad y una sede externa. Desde ese momento hasta que concluye la maestría la práctica clínica se incrementa. Los aspectos esenciales para llevar a cabo este ejercicio, son las familias, los terapeutas y un supervisor, no en todas las sedes se cuenta con un equipo terapéutico que observe las sesiones.

En relación a esto, una dificultad que se presenta es que no siempre asisten las familias con todos sus integrantes, esta condición desde un punto de vista ortodoxo podría antojarse como una limitación en la formación profesional, sin embargo, al mismo tiempo, si observamos este fenómeno desde el punto de vista posmoderno, lo importante está en los sistemas lingüísticos de significado, y no en el sistema significativo del paciente, de tal forma que el número de integrantes que asisten a la sesión podría ser secundario.

En sedes como el CSP y el Mc Gregor, esto puede deberse a los filtros que se realizan previamente al inicio del proceso terapéutico, las entrevistas de pre-consulta, se realizan por diferentes profesionales, de diferente orientación terapéutica, área de especialización o experiencia clínica, por lo que existe la posibilidad que muchas de las demandas que presentan los usuarios sean valoradas desde un punto de vista individual y no desde el contexto relacional de la persona. De tal manera, que cuando se revisaban la lista de usuarios que solicitaban el servicio, el número de solicitudes de terapia familiar eran mínimas. Debido a esta situación se atendían parejas o se brindaba terapia individual.

Una circunstancia similar se presentaba en el Instituto Nacional de Rehabilitación, donde los usuarios que acudían al servicio, eran derivados por profesionales de otras áreas.

Aunado a ello, esta la limitación que para algunas familias resulta complicado para muchos de sus integrantes asistir al servicio dentro de los horarios que establecen los centros de atención

Superada esta dificultad, el proceso terapéutico se llevaba a cabo siguiendo un formato regular. Previamente se asignaban el terapeuta o terapeutas responsables del caso, la conducción y abordaje del mismo, podía realizarse desde un modelo particular o la visión simultánea de diferentes perspectivas. Estrictamente hablando, gran parte de las supervisiones realizadas tendrían que haberse realizado apegadas a un modelo particular, sin embargo, muchos de los maestros incluían aspectos técnicos y teóricos de otras orientaciones, complejizando y enriqueciendo al mismo tiempo la práctica. Si bien, es cierto que no puede llevarse por completo un ejercicio de este tipo, dada la experiencia clínica, vivencias personales y aprendizaje obtenido a través de los años tanto de alumnos, como supervisores.

Considero que una ejecución estricta de la técnica y las ideas que sustentan la práctica de cada modelo, son una condición necesaria para un mayor dominio y entendimiento de la demanda de los usuarios y el posterior logro de objetivos desde la perspectiva de cada orientación. Independientemente de la forma en que se condujo cada caso, la supervisión recibida por parte de los profesores fue de un compromiso total hacia la formación profesional de cada estudiante, buscando influir al mismo tiempo en la experiencia de las familias que co-participaban en el proceso.

La mayor parte de los casos eran conducidos por los estudiantes, pero en algunas ocasiones, los maestros se sumaban al encuentro terapéutico, y realizaban co-terapia con nosotros. Esta experiencia, en mi opinión es una contribución muy valiosa en la formación profesional.

El modelado, no era una técnica que los supervisores utilizaran regularmente, discutían abiertamente los casos con el equipo, entraban a las sesiones para transmitir un mensaje a los consultantes, dialogaban ocasionalmente con los usuarios o formaban parte del equipo reflexivo. No obstante, el proceso terapéutico de cara a la familia era llevada a cabo por parte de los estudiantes. Esto a razón de la confianza depositada por parte de los maestros a los alumnos y a la necesidad de practicar y ganar experiencia clínica.

Finalmente a la par de la formación profesional que tiene como objetivo cada sede, está la de brindar servicios comunitarios. Los programas, y áreas de especialización con los que cuenta cada uno de estos espacios está orientado para satisfacer las demandas y problemáticas de los usuarios que asisten.

1.2.8 Trabajo y participación en las sedes

1.-Centro de Servicio Psicológicos “Guillermo Dávila”. En esta sede durante el primer semestre realice entrevistas de preconsulta a usuarios que solicitaban el servicio de atención psicológica. En los semestres posteriores participe, como terapeuta, co-terapeuta, como observador, miembro del equipo reflexivo en las asignaturas supervisadas de Caso continuo, Modelo Estructural, Modelo de Milán, Terapia Breve y Terapia Narrativa.

2. Centro Comunitario “Dr. Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro” Esta sede junto con el CSP de la facultad, son las únicas que compartíamos todos los integrantes de la generación. La asistencia a este espacio, era quincenalmente, se procedía de una forma similar a la de la mayoría de los lugares de práctica, había un terapeuta o dos responsables de la sesión, y un equipo y supervisor que observaban la sesión por un circuito cerrado de televisión.

3.-Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”. Se me asignó esta sede iniciando el segundo semestre, asistiendo semanalmente durante un año al el servicio de PAIDEIA en el cual se brinda atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos asociados con el consumo de sustancias psicotrópicas. A diferencia de otras sedes, la supervisión se realizaba de forma narrada, no contábamos con equipo terapéutico y todas las sesiones clínicas eran conducidas en co-terapia.

4.- Instituto Nacional de Rehabilitación. Durante el último año de residencia, me integre en esta sede, participando como terapeuta, co-terapeuta y como observador y miembro del equipo terapéutico. El trabajo terapéutico realizado durante este periodo estuvo orientado por el Modelo de Milán, brindando atención individual, de pareja y familiar.

CAPITULO 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

La teoría general de los sistemas surge como consecuencia del esfuerzo de Ludwig Von Bertalanffy por formular un modelo que permita superar los valores del reduccionismo mecanicista dejaba en la investigación y en la teoría biológica. (Ortega, 2011).

Un sistema es un conjunto organizado e interdependiente de unidades que se mantienen en interacción. Es decir, como sistema vivo, este mantiene un continuo intercambio de información con el ambiente, al mismo tiempo los elementos o subsistemas que lo constituyen guardan una relación dinámica entre sí, que fijan las reglas de su organización (Reséndiz, 2012).

De acuerdo con Bertalanffy (1976), los sistemas se pueden clasificar en abiertos y cerrados:

- Cerrados cuando no intercambia materia, energía y/o valores de la información con su entorno.
- Abiertos cuando intercambia materia, energía y/o información con su medio.

Los sistemas abiertos poseen propiedades (Eguiluz, 1989):

- **Totalidad.** Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal forma con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total.
- Los sistemas abiertos tienden al orden o **entropía negativa.**
- **Heterogeneidad** organizada y de orden superior: poder, control, reglas. Organización y diferenciación crecientes.
- **Retroalimentación.** La interconexión entre los diferentes elementos que integran un sistema son circulares y no lineales, donde las acciones de A influye en las acciones de B. Esta puede ser de dos tipos: Negativa, la tendencia a mantener el equilibrio u homeostasis, y positiva; orientada al cambio y a la diversidad
- **Equifinalidad.** Un sistema puede llegar a un mismo estado partiendo de condiciones iniciales distintas, el mismo efecto puede responder a distintas causas por la propia naturaleza de los procesos de cambio.

2.1. 2 Cibernética de primer orden de los sistemas observados

Aquí el sistema observado se considera fuera del observador. El terapeuta se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, es decir como vigilante de un fenómeno a observar o modificar.

De acuerdo a Keeney (1985) los postulados teóricos de esta Cibernética son:

- **Circularidad.** se refiere a la repetición de la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo.
- **Estructura.** Se refiere a la totalidad de las relaciones que existen dentro de un sistema abierto, la estructura podría cambiar o permanecer estática.
- **Sistemas abiertos.** Cuando existe un intercambio de estímulos con el ambiente.
- **Sistemas cerrados.** Por lo general, sistemas no biológicos
- **Retroalimentación negativa (morfostasis).** Recurso propio de los sistemas para vigilar su autoregulación a los estímulos externos que sirven de aprendizaje. ante una perturbación o fluctuación, los sistemas ponen en marcha acciones correctivas o de cambio que garantizan su estabilidad.

Segunda etapa, primera cibernética

Se basa en el modo en que los sistemas, cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y ampliación. Fue introducida a la terapia familiar por las modalidades terapéuticas de Salvador Minuchin y Carl Whitaker, lo cual permitió la descripción de nuevos paradigmas terapéuticos. Aparecen las sesiones llenas de crisis, movimientos desequilibrantes, coaliciones, ataques a subsistemas, dramatizaciones y demás (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De acuerdo a Sánchez y Gutiérrez, (2000), esta segunda etapa dio énfasis a los procesos de ampliación hacia la desviación, a retar la desviación, y la estructura del sistema, al desequilibrio y la reestructuración del sistema, a movilizar a los subsistemas y a dar otra jerarquía a la unión de estos, a dar fuerza a un subsistema, proporcionando una visión homodinámica en lugar de una homeostática.

2.1.3 Cibernética de segundo orden, de los sistemas observantes

La cibernética de los sistemas observantes considera al observador como parte de la realidad estudiada y no como un organizador de esta. En este modelo el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de esta. Durante el proceso terapéutico, el terapeuta únicamente introduce diferencias significativas

donde puedan surgir nuevas perspectivas compartidas, para lograr el objetivo terapéutico.

Los descubrimientos y los cambios que resulten del proceso terapéutico son logros de la familia consultante, son fruto de sus propios esfuerzos y cohesiones. La relación constructivista terapeuta y sus paradigmas pueden describirse, a su vez, como una variante entre los niveles de primer y segundo orden cibernético (Von Foerster, 1998).

La relación constructivista del terapeuta y sus paradigmas pueden describirse como una variante entre los niveles de primer y segundo orden cibernético (Ortega, 2001).

2.1.3 Teoría de la Comunicación Humana

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

1.- Es imposible no comunicar. Toda conducta es comunicación, por tanto es imposible dejar de comportarse y al mismo tiempo no comunicarse. Actividad o inactividad, palabras o silencios, tienen siempre valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente no puede dejar de comunicarse.

2.- Cada comunicación tienen un aspecto de contenido y otro de relación. Toda comunicación transmite información (contenido) y a su vez al significado de la relación entre los comunicantes.

3.- La puntuación de la secuencia de hechos. Una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia in-interrumpida de intercambios; sin embargo, quienes participan en la interacción, introducen una puntuación de la secuencia de hechos, de modo que uno de ellos o el otro, tiene iniciativa, predominio, dependencia, etc.

4. La comunicación humana implica dos modalidades: la digital y la analógica. La primera es la que se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos, mientras que la segunda contiene la conducta no verbal (gestos, movimientos, entonación).

5. Los intercambios comunicacionales pueden ser tanto simétricos como complementarios. Toda relación puede ser clasificada dentro de estas dos categorías. En la complementaria, uno de los miembros complementa a otro, ocupando una posición superior o primaria, mientras que el otro ocupa un lugar

secundario. En la simétrica los participantes tienen un comportamiento recíproco en condiciones de igualdad. En este tipo de relación puede llegar a producirse la llamada “escalada simétrica” cuando hay un desequilibrio de la relación.

2.1.4 Constructivismo

El constructivismo, consideran que la capacidad perceptual del ser humano es limitada, y que por tanto la relación entre el conocimiento y la realidad se debe establecer desde una perspectiva evolutiva y adaptativa. Dicho de otra forma la representación de la realidad se limita a la experiencia particular de cada individuo y a la estructura mental que posee y le permite construir esta experiencia.

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 de respuesta tanto a modificaciones del medio externo como a perturbaciones internas, hasta llegar al punto de desintegración.
5. Los sistemas humanos son sistemas observadores, que describen, distinguen y diseñan en palabras y símbolos (lenguaje). “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.

Bertrando y Toffanetti (2004) identifican diferentes constructivismos de acuerdo a 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 Construccionismo social

El construccionismo social sugiere que el conocimiento se alcanza a través del lenguaje y al acuerdo social.

El movimiento construccionista es liderado por Kenneth Gergen (1985), de acuerdo con este autor las premisas de esta corriente son:

1. Lo que observamos del mundo no define lo que conocemos o comprendemos de él. El conocimiento natural no es inductivo ni probador de hipótesis. Las palabras que usamos para describir el mundo provienen de convenciones sociales, por lo tanto no deben tomarse por sentadas.
2. Los términos con que el mundo es comprendido son artefactos sociales, producto de intercambios sociales situados históricamente. Son una acción activa y cooperativa. Se debe poner atención a esto en las teorías e investigaciones sociales, tener presente que el investigador investiga desde su cultura.
3. La elaboración de conceptos y teorías no depende tanto de sus pruebas empíricas como de procesos sociales entre los científicos (retórica, persuasión, negociación).
4. Las formas de comprensión negociada del mundo son de vital importancia en la vida social, ya que se relacionan con muchas otras actividades de ésta. Las descripciones y explicaciones del mundo son actos sociales que tienen efectos en este. La forma en que la Psicología explica al hombre y el mundo (por ejemplo las categorías de enfermedad mental o la superioridad del juicio racional) ha generado formas de vivir social distintos en las últimas décadas.

Finalmente lo expuesto hasta aquí sugiere una transformación importante sobre cómo se concibe la realidad, la cual, se construye en el lenguaje y en el intercambio social. En otras palabras se pasa de la singularidad al aspecto relacional en la construcción de significados, donde la conducta e ideas del individuo están de acuerdo al contexto social donde se desarrolla.

El lenguaje por otra parte es un elemento que nos permite construir significados. Con base a ello el conocimiento es una representación, narrativa o relato que se presenta en la conversación y no como verdades universales como lo sugiere la ciencia moderna.

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

Dentro del campo de la terapia familiar diversos son los enfoques que se agrupan dentro de esta disciplina. Esta clasificación de modelos, además de compartir esta nomenclatura, tiene en común una misma base epistemológica, desde la

teoría de los sistemas al pensamiento posmoderno. Tomando en cuenta lo anterior se ofrece una descripción breve de cada uno de estos enfoques.

2.2.1 Modelo Estructural

De acuerdo con Desatnik (2004), Minuchin creció en el seno de una familia de inmigrantes judíos-rusos. Estudió en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba graduándose en 1946.

En 1948 se trasladó al recientemente creado Estado de Israel y en 1950 emigró nuevamente a los EE.UU. para estudiar psiquiatría.

Durante los años '60 sus concepciones acerca de la importancia de las estructuras y los límites en los contextos familiares se impusieron en el medio de los psicoterapeutas que habían comenzado recientemente a tratar familias en vez de a personas individuales.

A partir de su práctica clínica y de su contacto con sus propuestas teóricas de la terapia sistémica, comenzó a plantear formas novedosas de abordar los problemas de salud mental, derivadas de su trabajo con poblaciones pobres de zonas marginadas de Estados Unidos y con familias que tenían miembros con problemas psicosomáticos.

Representantes del modelo

Salvador Minuchin llevo a cabo su trabajo inicial en la Philadelphia Child Guidance Clinic en Estados Unidos. Las personas con las que trabajo inicialmente fueron Jay Haley (quien posteriormente desarrollo su propio modelo al que denomino estratégico), Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte, Bernice Rosman.

Conceptos. Elementos de la estructura familiar

Minuchin (1976), en su libro familias y terapia familiar define una serie de elementos que componen la estructura familiar.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Pautas transaccionales que regulan la conducta de los miembros de la familia. Son mantenidas por dos sistemas de coacción. El primero implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar y el segundo las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia.

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de *subsistemas*. La participación dentro de estos favorece la identidad, pertenencia y separación/autonomía de sus miembros.

Subsistema conyugal. Constituidos por dos adultos con la intención expresa de constituir una familia. Posee tareas o funciones específicas, vitales para el funcionamiento de la familia. La complementariedad y la acomodación son las principales cualidades para el desarrollo de tareas.

Subsistema parental. El nacimiento de un hijo produce una transacción del subsistema conyugal al parental, donde ambos cónyuges deben de establecer un límite en relación a las tareas que desempeñan como padres y como esposos. La relación de paternidad requiere la alimentación, guía y control. Así como brindar pertenencia y autonomía en los hijos.

Subsistema fraterno. Conformado por los hijos de la pareja, este favorece la relación entre iguales y la incorporación de pautas de interacción aprendidas de sistemas extra familiares.

Límites. Están constituidos por reglas que definen quienes participan y de qué manera. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado los límites de los subsistemas deben de ser claros y deben de permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también debe de permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros. Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto entre un continuo de límites difusos y límites rígidos. Estos dos extremos del funcionamiento son designados como desligamiento y aglutinamiento.

Jerarquía. Se refiere a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, que marca subordinación de un miembro respecto a otro.

Alianzas. Interés compartido por dos miembros de la familia en una acción común.
Coaliciones. Proceso de acción conjunta entre dos o más personas, contra otra persona.

Triángulos. Tiene como función dentro de un sistema equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero.

Técnicas de terapia estructural

Las técnicas de la terapia estructural llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de organización. Las técnicas están agrupadas en tres grandes categorías, aunque se podrían utilizar simultáneamente (Minuchin, 2004).

Reencuadre: cuestionamiento del síntoma. Dentro de esta categoría se encuentran las siguientes técnicas:

- Escenificación. La familia danza en presencia del terapeuta, se ponen en escena interacciones familiares: secuencias espontaneas, provocar interacciones, promover alternativas.
- Enfoque. El terapeuta selecciona y pone de relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera que sea acorde con las estrategias y objetivos terapéuticos.
- Intensidad: intervenir de manera que la familia registre el mensaje, que sea reconocido en su importancia. Incluye repetición del mensaje, repetición de interacciones isomórficas, cambio de tiempo, cambio de distancia y resistencia a la presión familiar.

Reestructuración: cuestionamiento de la estructura. Las técnicas dentro de esta categoría son las siguientes:

- Fijación de fronteras. Modifica la participación de los miembros en distintos subsistemas, regula la permeabilidad de las fronteras que separan los subsistemas. Distancia psicológica, duración de la interacción.
- Desequilibrio. Modifica jerarquía de personas dentro de un subsistema. Alianza con miembros de la familia, alianza alterante, ignorar a miembros de la familia, coalición contra un miembro de la familia.
- 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 problema, cuestionamiento del control lineal, cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.

Construcción de la realidad: cuestionamiento de la realidad familiar. Dentro de esta categoría se encuentran las siguientes técnicas:

- Realidades. Brindar a la familia una visión más flexible y plural. La concepción del mundo de la familia, La elaboración del mundo de la familia, Validación de una concepción del mundo, cuestionamiento de la concepción del mundo.
- Construcciones. Se cuestiona y se modifica el esquema explicativo preferencial de la familia; lo que pondrá al alcance de la familia nuevas modalidades de interacción. Símbolos universales, verdades familiares, consejo especializado.
- Los lados fuertes. Resaltar los recursos y logros de la familia o de algunos de sus miembros.

2.2.2 Modelo Estratégico

Inicialmente, entre 1952 y 1962, Haley trabajo en la investigación de Bateson sobre los problemas de comunicación. Tras terminar este proyecto, empezó a investigar sobre las estrategias en psicoterapia, trabajando primeramente con

Minuchin y Montalvo, recibiendo ya la influencia de la forma de trabajo de Milton Erickson. En 1974 Haley crea su propio programa en el Instituto de Terapia Familiar de Whashington (Reséndiz, 2004).

Representantes del modelo

Se consideran como principales representantes a Jay Haley y Cloe Madanes (Galicia, 2004).

Postulados

En la obra de Haley se pueden identificar tres elementos que influyen de forma general y directa: una concepción particular de la comunicación construida en relación con lo expuesto por Gregory Bateson y John Weaklan, un enfoque en general de lo que constituye la terapia, derivada de las consultas con Milton H. Erickson, y un acercamiento a la familia orientado por las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo (Galicia, 2004).

Principales conceptos.

Haley ha desarrollado algunos conceptos que se consideran básicos para entender a la familia y su dinámica, como lo son:

- Jerarquía. La familia es una organización en la que se establecen jerarquías y se elaboran reglas sobre quienes tienen más poder y estatus, así como quienes juegan los niveles secundarios (Haley, 1976).
- Poder. Posesión de dominio o capacidad de gobierno sobre otros (Haley, 1971).
- Coaliciones. Alianza inapropiada que se da entre alguno o ambos padres y los hijos contra una tercera persona (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- Secuencia. Una jerarquía puede delinearse observando la secuencia de hechos que ocurren dentro de una organización, pues una estructura está compuesta por actos reiterados entre personas. La secuencia rígida y repetitiva dentro de los límites estrechos es la que determina el caso patológico (Haley, 1976).
- Comunicación digital. Integrada por mensajes donde cada formulación posee un único referente específico (Haley, 1976).
- Comunicación analógica. Tipos de mensajes que encierran múltiples referentes, cada mensaje se refiere a un contexto de otros mensajes o lo

- establece. Se puede expresar mediante un enunciado verbal (símil o metáfora) o mediante una acción (Haley, 1976).
- Comunicación complementaria. Es cuando dos personas intercambian tipos diferentes de conducta, pues uno se encuentra en posición superior y la otra en posición secundaria (Haley, 1973).
 - Ciclo vital de la familia. Se refiere a los procesos vitales “normales” u “ordinarios” de las familias. Cualquiera que sea la etapa de la vida familiar, la transición a la siguiente etapa constituye un hito crucial en el desarrollo de una persona y de su familia (Haley, 1973).

Etapas de la primera entrevista

Haley (1976), establece una serie de etapas que se presentan a lo largo de la entrevista:

1. Etapa social. Consiste en la presentación de los miembros de la familia y el terapeuta. Se promueve que cada miembro de la familia se sienta cómodo y se les trasmite la idea de que todos son importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado. En esta etapa el terapeuta observa los comportamientos de la familia, las alianzas y las coaliciones, así como la forma en que se organizan a partir de cómo se sienten.
2. Planteamiento del problema. El terapeuta dirige la conversación para obtener la opinión de cada miembro de la familia respecto al problema.
3. Etapa de interacción. El terapeuta pide a los miembros de la familia que conversen entre sí y lo que observa y escucha le permite elaborar hipótesis en torno a la función del síntoma y recoge información sobre la secuencia sintomática para establecer como están delineadas las jerarquías en la familia.
4. Etapa de fijación de metas. Se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr, estos deben ser claros e identificables cuando se den tanto por la familia como por el terapeuta. Asimismo, la meta de implicar una definición congruente del poder dentro de la familia que remita la conducta sintomática.

La primera entrevista debe de esclarecer la estructura familiar, y en su transcurso el terapeuta y la familia de llegar a un acuerdo acerca de la naturaleza del problema, las metas y los objetivos de la terapia. A estas alturas, la tarea del terapeuta es comprender el problema y formularlo de manera tal que pueda hacerse algo al respecto (Haley, 1976).

Haley (1973), manifiesta que la conducta sintomática es señal que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía.

En esta parte de la terapia, el síntoma es definido, en términos operativos, con la mayor precisión posible, la terapia se centra más en la situación social, que en la persona. El síntoma es un tipo de conducta que integra una secuencia de actos realizados entre varias personas; la terapia se concentra justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos (llamada pauta sintomática). Este síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social.

De lo anterior, se desprende que la definición del problema (síntoma), es realizada por los pacientes bajo la dirección del terapeuta, del mismo modo, los objetivos del paciente con respecto a la terapia, la realizan los pacientes bajo los mismos términos operacionales, lo importante del diseño de los objetivos terapéuticos, es que estos deben de ser planteados de modo que el paciente pueda lograrlos, estableciendo en ellos también, un mínimo esperado.

Técnicas y estrategias de terapia estratégica

Haley (1973), describe una serie de procedimientos análogos a la hipnosis, para motivar a la persona para que siga directivas y se comprometa a encarar la resistencia cuando esta surja.

Aliento de la resistencia. El terapeuta le solicita al sujeto o a la familia que haga algo deliberadamente –en general algo que ya se está haciendo- y después solicita un cambio espontáneo, o bien este cambio ocurre como consecuencia de haber alentado la conducta habitual.

Ofrecimiento de una alternativa peor. Con un sujeto que no coopera, se le indica que realice algo que no le gusta, esperando que este se oponga y elija otra, a veces se emplea una amenaza o algún procedimiento que induzca a la persona a cambiar.

Aliento de una recaída. Si un paciente es demasiado cooperativo y parece recuperarse con excesiva rapidez, es probable que tenga una recaída y se manifieste desilusionado con la terapia. Para evitarlo, el terapeuta, aceptara la mejoría pero prescribiría al paciente una recaída. La única manera en el que el paciente puede resistir es no tener una recaída y seguir mejorando.

Frustración de una respuesta para alentarla. Se le impide al paciente en principio que realice una respuesta o conducta que desea, esperando a que el paciente se resista a esta directiva y realice el comportamiento deseado.

El empleo del espacio y de la posición. El terapeuta modifica la conducta de cada miembro hacia los otros si se cambia su orientación espacial. Los pasos que bosqueja para trabajar con una familia son: primero, definir a la persona en términos de su posición, y luego, alterar su posición para que con ella cambie la persona.

Énfasis en lo positivo. Consiste en destacar lo que hay de positivo en la conducta de una persona.

Siembra de ideas. Se introducen o se subrayan ciertas ideas en la etapa de recolección de información. Más adelante, si la situación se presta, se podrán construir sobre estas ideas; siempre dentro de un marco referencial que lo conecta con algo hecho previamente.

Ampliación con una desviación. Se elige un aspecto del sistema y se provoca en él una desviación, que después es alentada y ampliada hasta que el sistema se descontrola y tiene que reorganizarse según una nueva serie de pautas.

Amnesia y control de información. El terapeuta se dirige a diversas partes de la familia, con un cuidadoso control de cómo se distribuye la información entre sus miembros.

Directivas. Aquella que puede darse en forma directa o implícita y que constituye un mensaje para que la otra persona haga algo en ese sentido (Haley, 1976).

Paradojas. Cuando la familia rechaza o se resiste a las directivas del terapeuta; se le prescribe a la familia que continúen comportándose como lo han estado haciendo.

El enfoque paradójico siempre presenta dos mensajes; transmitidos a niveles diferentes: “cambien” y dentro del marco del mensaje “no cambien”.

Redefinición del problema. Consiste en cambiar la definición del problema de tal forma en que ser solucionado. El propósito es plantear un problema resoluble.

Partiendo de las técnicas generales, Haley (1976), también propone técnicas específicas para el manejo de conflictos bi-generacionales que son:

Utilizar a la persona periférica. El terapeuta trata de romper la intensa relación entre la diada, valiéndose de la persona periférica para lograrlo.

Quebrar la diada mediante una tarea. Se orienta hacia ocupaciones diferentes a los integrantes de la diada, para que se debilite su vínculo. Otra forma consiste en impartir una tarea que estimule el involucramiento, pero que en realidad rompa la diada debido al sobre-involucramiento.

Penetrar a través de los progenitores. Se rompe la diada sobre-involucrada pasando a una relación más intensa entre los padres. El terapeuta se desengancha dejando a los progenitores involucrados entre si y al hijo relacionándose con sus pares.

Madanes (1982) por su parte, propone algunas técnicas específicas para resolver los conflictos entre padres e hijos como lo son:

Cambio de la acción metafórica. Consiste en modificar la conducta perturbada de un hijo reemplazando su conducta con otra acción, de modo tal que la nueva acción metafórica cumpla una función positiva en la familia sin consecuencias.

Suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso. Un hijo sintomático expresa metafóricamente los fracasos de un progenitor, el terapeuta debe, por adelantado, recetar a ese progenitor la mejoría del hijo, de tal manera que las hijas conductas del hijo se conviertan en metáforas del éxito del progenitor.

Cambio de la solución metafórica. La conducta perturbada de un niño es a la vez una metáfora y una solución del problema de un progenitor; el terapeuta debe de cambiar estas consecuencias de modo que se convierta en un sacrificio para el progenitor o en una solución desagradable para el hijo, ahí su conducta perturbada ya no cumplirá su función y será desechada.

2.2.3 Mental Research Institute (MRI)

El M.R.I. comenzó como institución en 1959, como una rama de la Fundación de Investigación Médica de Palo Alto. Surge con la finalidad de realizar una investigación sobre esquizofrenia. El grupo piloto fue conformado por el mencionado Jackson, Jules Riskin, Virginia Satir, al que a posteriormente se unió Paul Watzlawick, Richard Fisch y Arthur Bodin (Wittezaele y García, 1994).

Su particular enfoque, se caracteriza por centralizar y determinar cuál es el problema para trazar una estrategia de resolución. El énfasis está colocado en prestar atención tanto a la estabilidad como al cambio cuando se conceptualiza el problema que presenta el cliente, a la importancia del lenguaje y del sistema de creencias del terapeuta en su influencia sobre que va a ocurrir en terapia (Vargas, 2002).

Es un modelo de resolución rápida de problemas, por lo tanto posee un número limitado de sesiones. Podríamos sintetizar que este modelo se fundamenta en los siguientes avales epistemológicos (Wittezaele y García, 1994):

- 1) Como base teórica de la terapia sistémica: la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética, la Pragmática de la comunicación.
- 2) Como enfoque estratégico: El Constructivismo y la Hipnoterapia de Milton Erickson.

Estructura del proceso terapéutico.

De acuerdo con Vargas (2002) la práctica de intervención del MRI se divide en cinco tiempos:

1. Determinar quién es el “que se queja”.
2. Definir el problema. El terapeuta debe formular el problema de forma clara y breve, integrando todos los elementos que intervienen en la dolencia actual (quien, que, a quien y como).
3. Examinar las soluciones empleadas. El problema o problemas se mantienen por las soluciones que el cliente y otras personas realizan sobre él. De acuerdo con esta premisa, el terapeuta debe tener una comprensión clara y detallada sobre tales acciones que el paciente utiliza en el momento presente.
4. Definir un objetivo accesible.
5. Formular y poner en ejecución un proyecto o táctica de cambio. En resumen, el terapeuta planifica sus intervenciones concretas calculando que acciones se apartan en mayor grado de las solución intentada, que acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, que acciones se incorporan con mayor facilidad a la rutina propia del cliente y que persona (o personas) desempeña un papel más estratégico para la persistencia del problema (Fisch, Segal y Weakland, 1988).

Estructura para el trabajo terapéutico con el modelo de terapia breve del CTB

De acuerdo a Fisch, Segal y Weakland, (1984), la estructura del trabajo terapéutico se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

1. Cuál es el problema o queja. Que persona(as) tiene una queja.
2. Intentos de solución. Establecer un tema en común que de sentido a lo hecho o dicho para resolver el problema.
3. Postura del cliente. Cuál es su marco de referencia.
4. Definición de metas. Cuál será la primera señal observable de que existe un progreso.

5. Estrategia terapéutica. Giro de 180grados de la temática principal del cliente.
6. Tarea específica. Ofrecer al cliente la sugerencia más fácil de realizar, que se aleje de los intentos de solución que está empleando.
7. Chequeo de la tarea.

Intervenciones

Fisch, Segal y Weakland, (1984), dividen en dos grandes categorías de intervenciones planificadas. La primera comprende las intervenciones principales, las cuales son utilizadas después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta.

Intervenciones principales

1. El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea.

La estrategia global que a menudo se utiliza para solucionar problemas de rendimiento se centra en invertir el intento del paciente de superar el problema, para lo cual se le suministran razones y directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento. Estas razones pertenecen de ordinario a dos categorías principales:

a) Antes que nada, puede explicársele al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico. El terapeuta explica que aún hace falta gran cantidad de información necesaria para solucionar el problema y el cliente es el único que puede proporcionarla si provoca deliberadamente el síntoma, porque cuando el sujeto lo experimenta de modo espontáneo se encuentra demasiado absorto en la angustia de luchar contra el síntoma y no puede observarlo como conviene. Sin embargo si planifica deliberadamente su aparición, estará en condiciones de advertir datos muy sutiles pero enormemente significativos que hasta ahora no había logrado percibir. (En las siguientes sesiones ante cualquier cambio se debe insistir en la prescripción y se debe evitar elogiar).

b) En el segundo gran tipo de razonamiento justificativo se le manifiesta al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo. (Terapeuta: usted debe controlar esos pensamientos indeseables decidiendo el momento en que deberán ausentarse, aunque estos pensamientos decidan aparecer en cualquier momento usted deberá mantenerlos algunos minutos más de lo que regularmente duran así que cuando comience a

distraerse deberá evocar nuevamente estos pensamientos, tal vez ellos decidan cuando aparecer, pero usted decidirá cuándo se irán).

2. El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.

El hilo conductor de las estrategias de solución ante los problemas de miedo-evitación es, por consiguiente, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

3. El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición

Un modo de impedir esta solución consiste en hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir en una postura de debilidad. Como la modificación que se requiere en la solución ensayada suele ser una variación difícil para el cliente, la intervención en estos problemas exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o “venta” de la intervención más que de establecer cuál es la intervención concreta que debe realizar el cliente. En líneas generales, el cliente necesita una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes cómodamente, en un estilo no autoritario, como por ejemplo: “te estaría muy agradecido su tú”, más bien que “tiene obligación de”.

4. El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación

La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule modo arbitrario. Este tipo de cliente se encuentran a menudo motivados por el deseo de mostrarse benévolos, de acuerdo con una postura que cabría enunciar así: “No quiero que lo haga, si es que él no se siente feliz haciéndolo”. El terapeuta puede utilizar esta postura para redefinir la benevolencia del paciente, sus peticiones indirectas, como algo inconscientemente destructivo, y a la inversa redefiniendo como beneficioso aquello que el cliente quizás considere como destructivo, las solicitudes directas.

5. La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa

El terapeuta puede preparar el terreno para una interferencia adoptando una postura neutral: “mi función aquí no consiste en hacer de detective y averiguar quién de ustedes dos está en lo cierto o se equivoca. Mi función se limita a ayudarles a ambos en su comunicación recíproca, que, obviamente se ha roto. En consecuencia no me puedo preocupar por (cantidad de alcohol, acusaciones de infidelidad, etc.). Si los pacientes no se oponen con vigor a esta definición del papel del terapeuta, este puede comenzar a interferir en el juego.

Las intervenciones generales

Hay momentos en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención más específica. Ante esta situación es necesario que el terapeuta considere:

1 .No apresurarse.

Una táctica que se usa con mucha frecuencia es pedirle o concientizar al paciente en que no se adelante a la solución del problema, con el argumento de que un cambio apresurado traerá mayor problemática y consecuentemente la perpetuación del problema y/o agravamiento del síntoma. Esta situación debe plantearse si es posible, en la primera sesión, o cuando el cliente después de una intervención concreta regresa a la terapia expresando sus mejorías en la resolución del problema.

El autor plantea que esta táctica es de utilidad ya que permite que el terapeuta no se vea como alguien que pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos con demasiada rapidez, esta situación provoca que el paciente quiera colaborar con mayor rapidez. El paciente ha exagerado en sus esfuerzos por solucionar el problema y es más probable que abandone esos esfuerzos ya que únicamente perpetúan el problema y es más probable que abandone estos esfuerzos si se le manifiesta que la solución satisfactoria de la dificultad depende de que avance con lentitud.

2. Los peligros de una mejoría

Esto se puede considerar como una ampliación del no apresurarse, sin embargo tiene objetivos un poco diferentes y se aplica a determinadas resistencias de los pacientes. Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros que implica la solución del problema. Una vez que el terapeuta legitima su postura, puede usar esta intervención para diversos objetivos: puede ampliar la técnica del no apresurarse, puede ser usada para presionar al paciente para que obedezca nuevos encargos, después de incumplimiento de los planteados. En este sentido hay que plantearle al paciente que la mera solución del problema implica amenaza o peligro para la pareja o familia. La idea básica es hacer consciencia de que surgirán nuevos problemas si se soluciona el que ahora es objeto de tratamiento.

3. Un cambio de dirección.

Por cambio de dirección el autor plantea la situación en la que el terapeuta cambia de directriz y al hacerlo ofrece al cliente una explicación de dicha variación. Se

requiere un cambio de dirección cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero más adelante se muestra como no productivo.

4. Cómo empeorar el problema

El terapeuta abandona la actitud “esto podría ser útil” y en cambio da sugerencias con las siguientes palabras: “Si usted lleva a cabo esto que estoy a punto de recomendarle, casi le podría garantizar que su problema empeorara” ó “no se me ocurre algo en cómo pueda ayudarle, pero en cambio puedo darle un ejemplo concreto sobre cómo conseguir que las cosas vayan aún peor”. Al sugerir la forma en la que el problema empeora, permite al paciente ser más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores y subraya como el paciente desempeña un papel activo en la persistencia de su problema.

Lo anterior resulta útil en dos casos: al principio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia, o cerca ya del final para reforzar el progreso obtenido. El terapeuta puede prescribir aquello que el paciente ha estado haciendo, pero sin presentarlo como sugerencia para que las cosas empeoren. Por el contrario al tiempo que define la conducta del paciente como potencialmente útil para la definitiva solución del problema, el terapeuta exige que el paciente ejecute la acción hasta el grado que provoque aversión.

2.2.4 Terapia Centrada en Soluciones o Terapia Orientada a Soluciones.

La terapia centrada en soluciones, fue desarrollada inicialmente por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y posteriormente por William Hudson O'Hanlon, corriente que recibió influencia de la Escuela de Palo Alto California, y a últimas fechas de Karl Tomm (Ochoa, 1995).

Principios fundamentales

Del trabajo de De Shazer y O'Hanlon se desprenden los siguientes principios para el desarrollo de la terapia:

Principios fundamentales	
De Shazer 1986 ¹	O'Hanlon, 1990 ²
<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las quejas se desarrollan y se mantienen en el contexto de la interacción humana. Las soluciones residen en el cambio de interacciones en el contexto de las limitaciones. • La tarea de la terapia es ayudar a los clientes a hacer algo distinto, cambiando su conducta interactiva y/o o su interpretación de la conductas o de las situaciones, de modo que pueda llegarse a una conclusión (a la solución de la queja). • Resistencia. Cada familia (individuo o la pareja) muestra una manera única de tratar de cooperar, y el trabajo del terapeuta se convierte, en primer lugar, en descubrir la forma particular de cooperar de cada familia y por tanto, promover el cambio (De Shazer, 1984). • Toda conducta puede ser contemplada desde muchos puntos de vista y el significado que se da a la conducta (o a una secuencia de comportamientos) depende de la construcción mental o interpretación del observador. • Solo se requiere un pequeño cambio. Por consiguiente, solo es necesario un objetivo mínimo y razonable. • Un cambio en una parte del sistema lleva a cambios en el sistema en su conjunto • Puede conseguirse una terapia efectiva incluso cuando el terapeuta no puede describir de que se queja propiamente el cliente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas. • El cambio es constante e inevitable. • El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. • Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla. Lo que parece importante para los terapeutas centrados en las soluciones es lo que los clientes hacen y que les da buenos resultados. • No es necesario conocer la causa o la función de la queja para resolverla. • Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en la parte del sistema puede provocar cambios en otra parte del sistema. • Los clientes definen los objetivos. • El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. • No hay una única forma de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. • Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

1 Berg, I. Shazer, S., Weiners-Davis, M. (1986). Family Process, 25: 207-222,1986.

2 O'Hanlon, B. y Weiners-Davis, M (1990). En busca de soluciones: Un nuevo enfoque en psicoterapia. Paidós: México.

Como conducir la primera sesión

De Shazer y O'Hanlon proponen una serie de lineamientos para conducir la primera sesión:

- Unión. El terapeuta muestra un interés genuino por el cliente y ayuda a que se sientan cómodos.
- Evaluar la clientela. De Shazer (1988), ha elaborado una guía terapéutica para evaluar quien, dentro del sistema del paciente, está más motivado para trabajar con el terapeuta en la resolución del problema y los definen de la siguiente forma:
 1. Visitantes. El cliente acude a la consulta derivado por un agente de control social o algún integrante del sistema significativo del paciente.
 2. Demandante. Incluye algún integrante del sistema del paciente, funcionario o agente de control social que solicita la atención para el cliente. Los demandantes, no se consideran parte de la resolución del problema.
 3. Cliente. Es la persona que se presenta a terapia y desea trabajar con el terapeuta para un problema específico.
- Breve descripción al problema. En términos concretos y específicos sobre la pauta de la queja del cliente.
- Excepciones al problema. Hay situaciones u ocasiones que por alguna razón el problema no ocurre, esto brinda información sobre cómo resolver el problema.
- Definición de objetivos. Selekman (1995), propone que los objetivos sean formulados en términos concretos, positivos, medibles y observables.
- Pausa. La finalidad de esta interrupción es decidir que hay que hacer y cómo. En este caso, es un resumen de las cosas bien hechas, de los elogios, comentarios normalizadores y nuevos marcos de referencia y finalmente una prescripción o una tarea.
- Mensaje final e indicaciones terapéuticas.

Intervenciones

- Uso del lenguaje. O'Hanlon y Weiner, 1990 sugieren los siguientes métodos para producir cambios en la percepción y conducta del paciente:
 - ✓ Emplear las palabras, metáforas y modalidades sensoriales que usan los pacientes para unirse a ellos y establecer rapport.

- ✓ Encauzar el lenguaje del paciente.
- Excepciones. Terapeuta y cliente identifican las situaciones o momentos en que la queja o problema no se presenta, y cuáles son las ideas y comportamientos que presenta el cliente en esos momentos.

De acuerdo con Beyebach, (1995) existen cinco pasos para el trabajo con las excepciones:

1. Elicitar. El terapeuta suscita el tema de las excepciones.
 2. Marcar la excepción. El terapeuta promueve que el cliente identifique excepciones y les otorgue importancia.
 3. Ampliar. Los clientes deben de ofrecer la mayor cantidad de detalles sobre la excepción.
 4. Atribuir control. Una vez ampliada una excepción, se atribuye el control de ella a los clientes.
 5. Seguir. Si los pasos anteriores fueron desarrollados correctamente. Resulta conveniente investigar sobre otras excepciones.
- Preguntas presuposicionales. Orientan al cliente a considerar su situación desde nuevas perspectivas (Selekman, 1995).
 - Secuencia del cambio previo al tratamiento. La pregunta no solo les trasmite a los pacientes la confianza del terapeuta en las fuerzas y recursos que ellos poseen para intentar un cambio, sino que presupone que el cambio se ha producido, lo que ayuda a poner en marcha la co-creación de una profecía de auto cumplimiento (Selekman, 1996).
“Y entonces, ¿Qué has notado que anda mejor desde que llamaste por primera vez a la clínica?”
 - Escalas. Permiten evaluar cambios y progresos en el cliente.

En una escala que va de cero a diez, en la que cero representa lo peor, y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos ¿Dónde se situaría usted el día de hoy?

O’Hanlon y Cade (1993) sugieren los siguientes usos:

1. Cuando se discuten cambios sutiles o cautelosos puede servir una escala de cero a cien.
2. Para evaluar la motivación de los miembros de una pareja al iniciar la terapia.
3. Explora las posibilidades de cambio.

- Normalizar y despatologizar. Se considera la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico.
- Elogios. Se utiliza para localizar y destacar tendencias positivas.
- La pregunta del milagro. Se emplea como un instrumento para construir con los clientes “objetivos bien formados”.

“Supón que una noche, mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera, ¿Cómo te darías cuenta?”

La formulación básica consta de una serie de elementos (Beyebach, 1995):

- La búsqueda de un efecto hipnótico y un lenguaje presuposicional.
- La manera en que se formula la pregunta incluye cualquier posible problema que el cliente quiere resolver, y a su vez limita los problemas que no tengan relación con la terapia.
- Incluir una matización “no como en la vida real” para transmitir al cliente que lograr sus objetivos supone trabajo de su parte y a la vez les brinda la posibilidad de imaginar cómo serán las cosas cuando las consigan.
- Realizar una introducción a la pregunta a fin de crear una escucha más atenta.

- Intervenciones en la pauta.

Frecuentemente, la forma más sencilla y directa de intervenir en un contexto que contiene una queja es alterar el propio patrón de la queja. El terapeuta hace que el/los cliente/s introduzcan alguna modificación pequeña o insignificante en el desarrollo de la queja (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Las clases de intervenciones que se emplean en este ámbito se pueden resumir como siguen (O’Hanlon, 1986, 1987, De Shazer, 1986):

- I. Cambiar la frecuencia o tasa de la queja.
- II. Cambiar el tiempo de la ejecución de la queja.
- III. Cambiar el lugar en el que se produce la queja.
- IV. Cambiar la ubicación o lugar en el que se produce la queja.
- V. Añadir o suprimir un elemento nuevo al patrón de la queja.
- VI. Cambiar la secuencia de los acontecimientos que rodean al síntoma.
- VII. Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños.
- VIII. Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.

- Emociones. O’Hanlon y Cade (1993) sugieren que para intervenir en las emociones de los clientes, se tiene que considerar lo siguiente:

- a) El feedback entre cliente y terapeuta permite verificar que ambos se entienden mutuamente.
 - b) El terapeuta valida las experiencias afectivas del cliente.
 - c) Modificar el significado que el cliente atribuye a su experiencia emocional.
- Reenmarcado y desenmarcado. Proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o un significado nuevo o alternativo para una situación, de modo directo o indirecto, reenmarcado. Si el terapeuta desafía (directa o indirectamente) los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco, esto se llama desenmarcado (O'Hanlon y Cade, 1993)

2.2.5 Modelo de Milán

Esta orientación epistemológica o enfoque terapéutico tuvo sus orígenes en el año de 1969, en el grupo formado en principio por Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Con el transcurso de los años el grupo ha experimentado diferentes fases donde se reformularon conceptos e ideas y se incorporaron otras orientaciones epistemológicas al trabajo desarrollado con familias, parejas e individuos.

Fase psicoanalítica.

Formados bajo una orientación psicoanalítica, el grupo comenzó a tratar la conflictiva familiar bajo estos principios. No obstante, los resultados poco alentadores que el grupo logro, surgieron algunas ideas que aun forman parte del modelo en la actualidad.

De acuerdo con Reséndiz (2010), las aportaciones del grupo en esta etapa fueron las siguientes:

- Discutir las ideas del equipo sin que nadie tuviera la verdad última.
- El nivel analógico sirve de contexto para entender el digital.
- Los conceptos de hipótesis, neutralidad y circularidad.

Fase estratégica sistémica

Después de esta fase de orientación psicoanalítica (1967-1971), el grupo adoptó el modelo sistémico estratégico del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, influenciado por las ideas de Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson y Milton Erikson (Bertrando y Boscolo, 2005).

Bajo este nuevo esquema de trabajo, que duraría de 1971 a 1979, el grupo publica el libro: "Paradoja y contraparadoja" en 1978 y el artículo de "Hipótesis,

neutralidad y circularidad: Tres guías para la conducción de la sesión” en 1980, el cual, sería el último que escribirían como equipo de cuatro personas.

Otras aportaciones que surgen en esta fase son (Reséndiz, 2010):

- El formato de trabajo se divide en cinco segmentos.
- Se establecía un contrato de diez sesiones con intervalos mensuales. En otras palabras una terapia breve de larga duración.
- El pensamiento del grupo parte de las ideas sistémicas y la cibernética de primer orden.
- Las hipótesis corresponden a la organización de la familia en torno al síntoma o a lo que ellos llamaban “juego familiar”.
- Se emplean rituales y paradojas (connotación positiva) como intervenciones al final de la sesión.

Al final de este periodo, Selvini-Palazzoli y Prata abandonaron el Centro para continuar su propia investigación sobre las familias. Esta investigación, fundada sobre una cibernética de primer orden estaba dirigida a “descubrir” posibles organizaciones familiares específicas (“juegos”), relativas a síndromes específicas, como la anorexia y la psicosis. (Bertrando y Boscolo, 2005). Producto de esta labor son los textos: “Los juegos psicóticos en la familia” (1988), y “Muchachas anoréxicas y bulímicas” (1987).

Por su parte Boscolo y Cecchin continúan con la formación de terapeutas, el cual habían iniciado en el año de 1977.

Fase batesiana

A partir de esta separación, los cambios que experimenta el modelo deben atribuirse a Boscolo y Cecchin, por ser ellos los responsables de la inclusión de diferentes aportaciones a nivel epistemológico.

El interés de Cecchin y Boscolo por las ideas Batesonianas, se ve reflejado en la reformulación de los conceptos de Hipótesis, Neutralidad y circularidad, y en la inclusión de términos epistemológicos, como son las premisas, preguntas que conectan, los contextos y relaciones los cuales son entendidos desde el pensamiento de Bateson.

Fase constructivista.

Los encuentros personales que Cecchin y Boscolo tuvieron con Humberto Maturana, Heinz von Foerster y más tarde con Ernest von Glasersfeld. Dieron origen a la fase constructivista del modelo.

Se abandona la idea de los sistemas observados y se considera a los sistemas observantes. Con base a ello comienzan a formular la hipótesis del sistema

significativo, incluyendo al terapeuta dentro del mismo (Bertrando y Boscolo, 2005).

Hacia el final de este periodo Boscolo y Checchin, retoman la teoría del manejo coordinado de significados de Vernon Cronen y Barnett Pearce. El acercamiento a esta teoría sirvió para dar un salto más en la comprensión y complejización de los sistemas (Reséndiz, 2010).

Fase posmoderna (construcción social/pos Milán)

En esta etapa se integran por un lado el construccionismo social y por el otro las diferentes ideas y conceptos desarrollados por Checchin, Boscolo y Bertrando.

- 1996. La patología surge cuando se pierde la coordinación entre los tiempos.
- 1997. Los prejuicios son formas de pre-entendimiento las cuales utiliza el terapeuta para comprender la realidad.
- 2000. Resurge de la terapia sistémica individual.
- 2002. La irreverencia es la postura que asume el terapeuta asume para multiplicar el número de opciones posibles para el sistema.
- 2003. El respeto, como una postura de entendimiento de la experiencia de las personas.

Fase dialógica

Bertrando y su equipo de Torino son considerados por Reséndiz, (2010), como los principales exponentes de la fase dialógica.

La terapia dialógica (Bertrando, 2007), tiene como ejes centrales lo siguiente: el interés por el espacio relacional, político y discursivo entre las personas, una visión hipotética del mundo o de mundos posibles, la atención a la posición del terapeuta dentro del sistema, el interés por la construcción de la relación terapéutica, una forma de entender la terapia dialógicamente y las tecnologías del self.

Principios básicos

Regularmente los conceptos de hipótesis, neutralidad y circularidad son los conceptos que se consideran como base del Modelo. No obstante, como se puede apreciar en el desarrollo que ha tenido esta orientación epistemológica. Aparecen otros principios que favorecen un acercamiento más completo y complejo de la realidad de los sistemas. Al mismo tiempo estas ideas nos permiten introducir

información, generar incertidumbre y producir diferencias en el contexto terapéutico.

Con base al orden cronológico en que fueron apareciendo se describirán dichos principios.

Hipótesis

Las hipótesis permiten conectar las informaciones, los significados y las acciones que surgen en el dialogo, orientan el proceso terapéutico, y son de carácter provisional.

En la actualidad han dejado de tener este carácter crítico y se someten a discusión con los consultantes, los cuales colaboran activamente en la construcción de estas.

Para Bertrando (2007) es imposible no tener ideas o hipótesis cuando se entra en dialogo con el paciente.

Neutralidad

Ante la imposibilidad del terapeuta por no tomar una posición frente a la familia, el termino se reformulo como curiosidad (Cecchin, 1987), el cual es entendido como las distintas posiciones que el terapeuta toma dentro del sistema.

Circularidad

El encuentro entre la familia y el terapeuta constituye un sistema de intercambio continuo y reciproco. A través de estas acciones el sistema terapéutico se transforma y se mantiene bajo ciertos límites o dominios. La tarea del terapeuta, es promover y encontrar con la familia diferencias que los llevan a experimentar un cambio en su forma de percibir su situación, manteniendo una atención constante al feedback que la familia le brinda.

Formato de las sesiones

En la practica el formato de las sesiones se continua llevando de la misma forma, en cómo fue propuesto originalmente. El terapeuta discutía con el equipo y el supervisor, en la pre-sesión, pausa y al término de la sesión. Durante el desarrollo de la sesión el equipo observaba y realiza comentarios entre ellos.

Juego familiar e intervenciones (rituales y paradojas).

Ambos principios corresponden a la aproximación de Selvinni y colaboradores más que a la de Checchin y Boscolo. Si pensamos estos términos dentro del Modelo de Milán, su existencia sería prácticamente nula, por las diferencias epistemológicas entre ambas posturas.

El modelo de Milán construye sus hipótesis mediante el dialogo. Sus intervenciones, por una parte se encuentran en la entrevista y por otra en los mensajes que se dan al final de la sesión, privilegiando que estos sean en forma de preguntas, ideas, o comentarios que se le hacen a la familia, más que tareas a realizarse en casa.

Premisas

Las premisas son las creencias estructuradas en el profundo inconsciente familiar, son puntuaciones compartidas por los integrantes de la familia sin que ellos tengan conciencia de ellas y que los llevan a tener una visión compartida de su realidad, tiene también como particularidad que son enunciados relacionales, es decir que dictan la forma de relacionarse en las familias. Normalmente las premisas están alimentadas por la cultura (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Preguntas que conectan

A través de las preguntas el terapeuta conecta datos que la familia le brinda y los vuelve información, que permite trazar distinciones y alternativas en el sistema.

Contexto y relaciones

Si seguimos la idea de Bateson (1972) de que el contexto es “la matriz de significados”. Toda relación es entendida bajo el contexto en el que se desarrolla. Si aceptamos esta premisa de que la interacción de la familia ocurre bajo ciertas condiciones, esto sugiere que la intervención y dialogo que el terapeuta tenga con la familia debe corresponder a este contexto en particular.

Sistema significativo

El sistema significativo incluye todas aquellas unidades (personas e instituciones) que se activan en el intento de aliviar los problemas cuya solución se solicita a los profesionales (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1987).

Tiempos y coordinación entre los tiempos

Bertrando y Boscolo (1996), postulan que la patología aparece cuando se pierde la coordinación entre los tiempos. Estos se presentan como individuales, sociales y culturales, los cuales se influyen recíprocamente.

Prejuicios

Son formas de pre-entendimiento que el terapeuta aprende de los diferentes núcleos en los que participa para entender la realidad. Estos pueden ser empleados como medios para propiciar cambios o diferencias, o por el contrario puede generar dificultades, cuando él estos no están en correspondencia con la realidad del sistema.

Respeto

“...buscamos tener respeto por la “elección de las personas”, en las circunstancias en las que se encuentran y con las relaciones que tienen...” Checchin, (2005). En otras palabras el terapeuta a través de una postura de curiosidad busca entender el comportamiento, lenguaje y elecciones del consultante.

Dicha posición implica que el terapeuta abandone ideas o diagnósticos que limitan esta comprensión y que constriñen la experiencia de las personas a criterios de normalidad o de patología.

Marcos y relaciones

La terapia se desarrolla dentro de marco que establece las normas y reglas sobre la que se construirá la terapia. En este sentido el marco terapéutico tiene que desenvolverse constantemente fuera de la terapia y al mismo tiempo mantener la terapia distinta a la vida y si esta distinción deja de existir la terapia deja de funcionar (Bertrando, 2011).

Por otra parte explica Bertrando (2011), que si la relación terapéutica es significativa en el marco adecuado, entonces lo que el terapeuta diga puede fomentar alguna evolución significativa, tanto en el consultante, como en el mismo. Es difícil predecir qué forma tomará esta relación, sin embargo, es posible definir las condiciones para que aparezca. Parte de esas condiciones es el propósito consciente y experticia por parte del terapeuta, en una especie de movimiento de péndulo en donde el terapeuta se deja llevar por sus sentimientos para luego salir de él y observar la relación terapéutica y su posición en sistemas más amplios.

Posición del terapeuta

Bertrando (2011) propone que la posición del terapeuta en el sistema influye en lo que el terapeuta ve o hace con los consultantes y los efectos de los actos tienen sobre los otros, un terapeuta puede conocer lo que su posición le permite conocer y hacer lo que la misma posición le permite hacer. De ahí la importancia de conocer la posición en el sistema terapéutico. De esta manera Bertrando nos invita a pensar en esta posición del terapeuta utilizando los conceptos de irreverencia (Cecchin, Lane y Ray, 1992) y curiosidad propuestos por Cecchin (1987). En donde la irreverencia nos invita a cuestionar constantemente nuestra posición y la curiosidad como a la exploración y la invención de movimientos alternativos, "...Es decir no adherirse a ninguna posición particular" ni con las persona o teorías.

Diálogos y sistemas

De acuerdo a Bertrando (2011) la terapia sólo es posible en el diálogo donde el terapeuta tiene ideas que pone siempre en juego con el cliente. El terapeuta propone ideas de forma respetuosa, las afirma para explicarse y al mismo tiempo dejando la última palabra a los clientes, es decir, no trata de influir en los clientes. La terapia desde ese punto de vista, es un proceso continuo de negociación de significados, imposible de alcanzar un punto final, donde cada negociación abre nuevos contextos que generan nuevos significados. Se entiende que los terapeutas y clientes son activos en este proceso, así como otras personas e instituciones que participan en la generación de contextos.

2.2.6 Modelos derivados del posmodernismo

2.2.6.1 Modelo Narrativo

El modelo fue desarrollado por Michael White y David Epston (White y Epston, 1993).

La visión de White (2002) se desprende de las ideas de Bateson y de Michael Foucault quienes lo influyeron notoriamente.

La terapia narrativa busca un acercamiento respetuoso, la cual centra a la persona como expertos en su vida.

Ve el problema separado de las personas y asume que las personas tienen muchas habilidades, competencias, convicciones, valores, compromisos y capacidades que los asistirá a reducir la influencia del problema en sus vidas.

Las conversaciones narrativas son interactivas y siempre en colaboración con la persona que consulta al terapeuta. El terapeuta busca entender lo que es de interés para la persona que lo consulta y como el camino se ajusta a las preferencias de quien lo consulta.

La conversación puede tomar muchas direcciones, siempre se puede cambiar de camino, volver a retomarlo, ir por el mismo camino. No hay un camino “correcto” sino muchas posibilidades de dónde escoger.

Las historias son importantes por el significado y sentido que el consultante les otorga. Esta narrativa se presenta en forma de eventos ligados en una secuencia a través del tiempo, que son seleccionados unos sobre otros y que encajan en una historia dominante. Los que quedan fuera de la historia dominante permanecen ocultos o con menos significado (White y Epston, 1993).

La historia dominante no solo afecta el presente, sino que tendrá implicaciones para las acciones futuras.

Considerar otros eventos, significados e interpretaciones puede llevar a una historia alternativa; la cual, también tiene efectos en los individuos.

Las personas simultáneamente interpretan y construyen sus experiencias entre historias dominantes e historias alternativas.

En el contexto terapéutico la historia dominante se manifiesta en la identidad de los individuos en una forma negativa o como historias saturadas de problemas. Estas historias se sostienen sobre una serie de restricciones que forman parte de la cosmovisión del cliente.

El cambio se produce, cuando terapeuta y consultante desarrollan una “perspectiva múltiple” la cual produce historias alternativas o logros aislados que contradicen la historia saturada de problemas (White y Epston, 1993).

De acuerdo con White (1988), el terapeuta inicia el proceso separando de la persona de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas. Cuando las personas se separan del problema, sus habilidades, intereses, competencias, compromisos se hacen más visibles. Al ser más visibles, están más al alcance y reduce la culpa y la condena y deja lugar a la responsabilidad. **Externalizar** conversaciones des-empodera los efectos de la etiqueta, la patologización, el diagnóstico, que generalmente son percibidos por las personas como condiciones que empobrecen sus vidas.

La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a materializar y a veces, a personificar los problemas que los oprimen. En este proceso el problema se convierte en una entidad separada, externa por tanto a la persona o a la relación a la que se atribuía. Los problemas considerados inherentes y las cualidades relativamente fijas que se atribuyen a personas o relaciones se hacen así menos constantes y restrictivos (White y Epston, 1993).

Se abren posibilidades para describirse a sí mismos y a sus relaciones desde una posición nueva y no saturadas de problemas. Permite un desarrollo de una historia alternativa que sea más atractiva para las personas o la familia.

Al separarse del problema, empiezan a hablar de sí mismos como afectados por el problema en vez de ser ellos el problema, y se abren opciones, será más fácil darse cuenta de las veces que están separados del problema o que éste no esté presente. A esto se le llama **resultados únicos** los cuales proveen espacios para historias diferentes y descripciones más ricas de la vida de las personas (White, 1988).

De esta manera, la persona deja de pensar a quien culpar y piensa en el problema como una identidad independiente. La cooperación y la colaboración se vuelven posibles cuando el problema no está localizado en la identidad de las personas.

Una vez nombrado el problema, se investiga la historia del mismo, en la vida de la persona, lo cual incluye cualquier cosa del pasado distante, quizá antes de que el problema entrara a la vida de la persona, hasta lo más cercano al día anterior, la semana pasada, antes de la cita, un minuto antes.

Esta historia del problema ayuda a ver cómo se mueve el problema y ver áreas en donde el problema tiene menos influencia (**resultados únicos**) y se pueden ver las habilidades de las personas en ese momento.

Las conversaciones que trazan la historia del problema permiten al terapeuta tener un sentido sobre el significado que la persona ha alcanzado durante la existencia del problema. Estas conclusiones se pueden explorar con otras conversaciones para abrir posibilidades para nuevos y diferentes significados.

El hecho de hablar de los efectos del problema va en contra de los intereses del problema y tiene el potencial de reducir la influencia del mismo (White y Epston, 1993).

Luego se evalúan los efectos del problema, si va o no con la vida de la persona, si es bueno o malo, si ayuda o no, si es positivo, negativo o neutro, de qué le gustaría que hubiera más o menos.

El terapeuta jamás asumirá que sabe los significados de los efectos del problema para la persona que lo está discutiendo, por lo tanto tiene que preguntar para que realmente entienda la situación, por lo que evalúa de esa manera los efectos del problema. De aquí se empieza a trazar una historia diferente en la vida de las personas y sobre sus preferencias e intereses. Atraer la atención a esto, ayuda a reconectar con estas partes.

Desde el punto de vista de la terapia narrativa, los problemas solo sobreviven cuando están respaldados por ideas particulares, creencias y principios. A través de preguntas y conversaciones, se puede examinar estas ideas, y ver cómo sostienen al problema y trazar su historia.

Se llama **deconstrucción** a resaltar y examinar las verdades que se dan por hecho (White, 1994).

La terapeuta hará preguntas acerca de la historia de estas ideas y los efectos en su vida y sus relaciones.

Al nombrar y “desempacar” alguna de las prácticas culturales dominantes, se puede explorar cómo ha sido afectada la relación, la historia de estos efectos y considerar las maneras en que cada persona puede vivir su propia experiencia.

La **deconstrucción** puede llevar a cuestionar las ideas que “dan por hecho” y abren alternativas para asistir a las personas a cuestionar o desafiar y romper con la visión del problema y a estar más conectados con lo que ellos prefieren para sus vidas, modos de ser y de pensar.

Estas conversaciones habilitan con frecuencia a las personas a romper con el sentimiento de culpa y condena al ver que el problema no habla de su identidad.

Cuando se ven las ideas que han apoyado al problema, se ve también las veces en que la persona desafió o se paró en contra del problema, éste es un resultado único que abre posibilidades para **co-construir** una historia alternativa (White, 2004).

2.2.6.2 Terapia colaborativa

La terapia colaborativa se ubica dentro de las aproximaciones posmodernas. Se suele describir más como una postura epistemológica, que como un modelo de terapia. El proceso terapéutico se centra en los sistemas lingüísticos de significado que expresa el consultante. El terapeuta abandona la posición de experto, toma la definición del problema del consultante y a través de la conversación entre ambos se buscan generar posibilidades e hipótesis alternativas, que favorezcan el cambio de significados y comprensiones, más que de conductas.

Los autores de este enfoque son Harlene Anderson y Gary Goolishian

De acuerdo con Anderson (2003), la postura colaborativa se expresa a través de una serie de ideas o conceptos que se ponen de manifiesto en la práctica:

- *Sociedades conversacionales.* Para lograr esto es necesario que el foco de atención sea lo que el cliente tiene que decir y que el terapeuta constantemente escuche, aprenda y trate de entender al cliente desde la perspectiva y el lenguaje de éste.
- *La terapia como investigación.* El dialogo se centra en la experiencia y conversación del cliente, más que por una teoría que explique su conducta.
- Hay un interés por el «conocimiento local», es decir por lo que el cliente sabe sobre su experiencia y su situación, más que por una teoría general

que la explique. De acuerdo con Anderson, la labor del terapeuta es clarificar, amplía y transformar el relato del consultante.

- *El cliente es el experto.* El terapeuta respeta la historia del cliente y toma en serio lo que éste tiene que decir y la manera en la que quiere expresarlo.
- *La postura de «no saber».* El terapeuta trata de seguir el paso y el ritmo de la narración del cliente y de mantener sus preguntas dentro de los parámetros de los problemas y soluciones descritos por el cliente.
- *La incertidumbre.* El encuentro entre consultante y cliente, no está sujeto a una dirección determinada, por lo que durante el proceso pueden surgir ideas este último junto con el consultante toma Una parte del no-saber tiene que ver con la incertidumbre.
- *Ser «público» como terapeuta.* El terapeuta comparte abiertamente lo que piensa con el cliente, con el propósito de participar en el dialogo, no para guiarlo o dirigirlo.
- *La terapia como vida cotidiana.* La terapia es solo uno de los muchos sistemas conversacionales, de los que el consultante forma parte.
- *La multiplicidad de perspectivas.* Existen muchas perspectivas y diferentes significados posibles para cualquier evento de la vida.

2.2.6.3 Equipo Reflexivo

Esta nueva posición o técnica terapéutica se constituye a partir de conceptos tomados de Bateson, Bülow-Hansen, Maturana y Varela (Andersen, 1994).

- Bateson. De acuerdo con Bateson hay dos significados distintos en el uso de la palabra diferencia: primero, algo es distinto al ser diferente de su entorno, y segundo, un cambio es una diferencia a lo largo del tiempo causada por una diferencia (Andersen, 1991). Lo anterior sugiere que distintos observadores pueden realizar diferentes distinciones o puntuaciones de un mismo hecho, y que estas distinciones o diferencias también pueden apreciarse a través del tiempo.
- Bülow-Hansen. Basado en el trabajo de dos fisioterapeutas, Andersen considero tres tipos de diferencias empleadas en la conversación: usuales, inusuales, o una combinación entre las dos anteriores. Lo usual en terapia, probablemente no despierta ninguna reacción en el consultante; lo inusual puede ofrecer una diferencia tan alejada de la experiencia del cliente, que lo atemoriza; por lo cual, lo apropiadamente diferente para incitar un cambio debe ser algo inusual, pero que no lo sea tanto.

- Maturana y Varela. Las personas están determinadas desde el punto de vista estructural; pero estas estructuras biológicas cambian continuamente. Durante el dialogo que se construye entre el terapeuta y consultante, el primero debe de ser sensible a las respuestas que brinda el segundo, con el objetivo de respetar la integridad del cliente, y al mismo tiempo provocar distinciones en él.

Con base a estas ideas se desprende que la participación del equipo promueva una perspectiva múltiple sobre la historia o puntuación que realiza el consultante. Conduciendo el dialogo a niveles de orden superior. Un primer nivel es el de terapeuta-consultante, el segundo equipo-terapeuta/consultante y el tercero nuevamente consultante-terapeuta. En cada uno de estos niveles existe un dialogo, pero en los niveles superiores es un dialogo del dialogo lo que brinda diferencias que hacen una diferencia.

El procedimiento con equipo reflexivo y los lineamientos principales para la participación de los miembros del equipo (Andersen, 1994):

- El terapeuta asignado al caso conversa con el consultante, mientras el equipo escucha el dialogo.
- El terapeuta, solicita al equipo que presente sus reflexiones.
- Los integrantes del equipo presentan sus ideas y preguntas al terapeuta y consultantes. No establecen contacto visual con la familia y expresan sus ideas en términos positivos.
- Los integrantes del equipo hablan durante 5 o 10 minutos, al término de esto intercambian posiciones con el terapeuta y los consultantes, y ahora es el equipo el que escucha.
- El terapeuta y los consultantes conversan sobre las ideas que tuvieron al escuchar las reflexiones del equipo.

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas terapéuticas

3.1.1 Sustento teórico de los casos reportados

“Los sistemas lingüísticos como alternativas de transformación de la identidad”

La ausencia de otras personas en las sesiones y el modelo epistemológico utilizado en el caso, caracterizaron el proceso como una terapia sistémica individual.

Es importante señalar, que desde el primer contacto con los consultantes se buscó explorar su problemática desde un contexto relacional y al mismo tiempo se trató de conectar diferentes elementos que iban surgiendo durante la terapia.

Esta forma de aproximación permitió tener una imagen inicial de quienes era el paciente, su estructura familiar y el conjunto de sus relaciones. Al continuar en esta dirección los diferentes datos proporcionados por los consultantes, se conectaban bajo un tema en común: **su identidad**. Entendida como continuidad y permanencia en tiempo y en el espacio y que expresa el significado y la valoración que el sujeto le otorga (Giddens, 2004)

Esta representación, construida con base a sucesos históricos, la cual, de acuerdo con su misma, se mantenía actualmente en gran medida, pero al mismo tiempo se confrontaba con estos mismos hechos, cuestionando al paciente, respecto a su plan de vida, y toma de decisiones.

El cuestionamiento del pasado, su influencia en el presente, y viceversa, pone de manifiesto la importancia de la relación entre los tiempos de vida de una persona y como ésta transforma la identidad del individuo, lo dicho o hecho en un momento de la vida, carecerá de importancia o tendrá un significado distinto en un momento posterior.

Con esto podría pensarse que el proceso de transformación y de cambio de la identidad personal, es una cuestión que solo depende del individuo. No obstante, dicha concepción se nutre en palabras de Bauman (2005) de una “comunidad de ideas y principios perteneciente a lo social”. Visto de esta manera, la identidad se presenta como una construcción social, sujeta al discurso, que está inmerso en un mundo de significados, los cuales orientan formas de pensar y de comportarse ante un evento o circunstancia particular en la vida de las personas.

El individuo ante estas circunstancias busca mantenerse unido a las referencias comunitarias que dan significado a su identidad, no siempre consciente de que estas evolucionan rápidamente. En las condiciones posmodernas actuales, las personas están en un estado de construcción y reconstrucción permanente. La identidad, a partir de estas ideas se construye de forma constante y de forma dialéctica con la sociedad. Este ajuste social y constante, responde a un proceso de pertenencia e inclusión, donde la tendencia es homogenizar la identidad dentro un grupo social, en respuesta al individualismo que divide y delinea fronteras entre las personas.

Gergen (1992), en su expresión “ya no hay ningún eje que nos sostenga” considera que la saturación social ha invadido la vida cotidiana, colonizando al ser propio que refleja la fusión de identidades parciales, desarmando y desgastando al yo. Este proceso provoca, la aparición de nuevas dimensiones: la realidad de la relación y la conciencia de construcción.

Ambos aspectos están inmersos en el lenguaje, por lo que la identidad es “una creación comunitaria derivada del discurso” (Gergen, 1987). Esta condición dialógica, ofrece dos posibilidades, la primera presenta al sujeto como un participante activo en la construcción de su identidad, o por el contrario como un agente pasivo, que pese a formar parte de este marco de relación, es vulnerable al mundo de significados y percepciones del discurso social.

Esto parece resumirse básicamente en la posibilidad de elección del individuo. Es decir el sujeto es capaz de modificar su identidad a su libre voluntad, o por el contrario el medio social le impone una identidad. Una tercera vía es que la persona logre situarse simultáneamente dentro del discurso social y al mismo tiempo en su self o individualidad logrando un acompañamiento armónico.

Una posición de este tipo, permite aceptar y hacer propios los principios e ideas colectivas a las cuales está sujeta la persona y que le brindan pertenencia; al mismo tiempo reconocer prácticas y políticas de poder, que reproducen modelos rígidos de comportamiento y formas de pensar, y que por tanto son sujetos a cambio. Pese a los recursos y al deseo de las personas, por oponerse y presentar resistencia a esta situación, pueden ceder ante el peso de identidades impuestas o a la gran volatilidad o diversidad de estas.

De prevalecer esta condición, existirá un malestar e insatisfacción por parte de la persona, por alinearse a una situación que no le resulta satisfactoria y con la cual no se identifica, pero que acepta, por la posibilidad de ser colocado en un “identidad de clase inferior” es decir, en una ausencia de identidad, anulación o desfiguración de su individualidad.

Una situación complementaria a este dilema, son aquellas acciones que se toman rutinariamente como reflejo de la identidad de la gente, de tal forma que la construyen como un fracaso por definición. En otras palabras, las personas someten sus acciones a juicios normalizantes, y la falta de correspondencia a estas normas sociales las conducen a una sensación de fracaso.

Para White (2002), la experiencia del fracaso personal puede ser considerada un reflejo del fracaso parcial de un sistema de poder particular, cuya existencia depende de su éxito en enrolar a la gente al moldear y disciplinar sus identidades de acuerdo a estas normas y específicamente en sus éxitos, al comprometerse en la armonización de sus vidas con estas normas.

En el contexto terapéutico pueden observarse estas posiciones por parte de los consultantes, cada persona que acude a terapia se presenta con una narrativa dominante acerca de su problema o demanda. Esta historia cargada de significados, revela los valores y creencias que el sujeto tiene de sí mismo, y el efecto que produce en su vida y en la de los demás.

La tarea por parte del terapeuta es ofrecer a los consultantes posibilidades e hipótesis útiles que favorezcan perspectivas múltiples, con significados y comprensiones distintas acerca de la identidad individual.

Los casos que a continuación se presentan pretenden describir y ejemplificar las ideas anteriormente expuestas. Ambos casos convergen en la noción de identidad, cuya comprensión e intervención se realizó desde marcos de aproximaciones terapéuticas distintas.

El primero de ellos **“Re-escribiendo la vida a los ochenta”** describe la terapia realizada con un paciente masculino de 78 años de edad. El proceso ilustra como la identidad y relaciones se transforman a través del tiempo y se ven influenciadas por juicios normativos, que constriñen y limitan la experiencia de las personas. El caso fue atendido en el Instituto Nacional de Rehabilitación, bajo la perspectiva de la Terapia Relacional de Milán.

El segundo caso **“Entre la aceptación y el rechazo, un dilema de identidad”**, expone las dificultades que enfrenta un hombre de 19 años por de-construir y transformar su identidad, por estar sujeta a la relación dialéctica entre lo individual y lo social. El abordaje clínico se realizó a través de la Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI), en las instalaciones del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Ávila” de la Facultad de Psicología.

3.1.2 Integración de expedientes de trabajo clínico

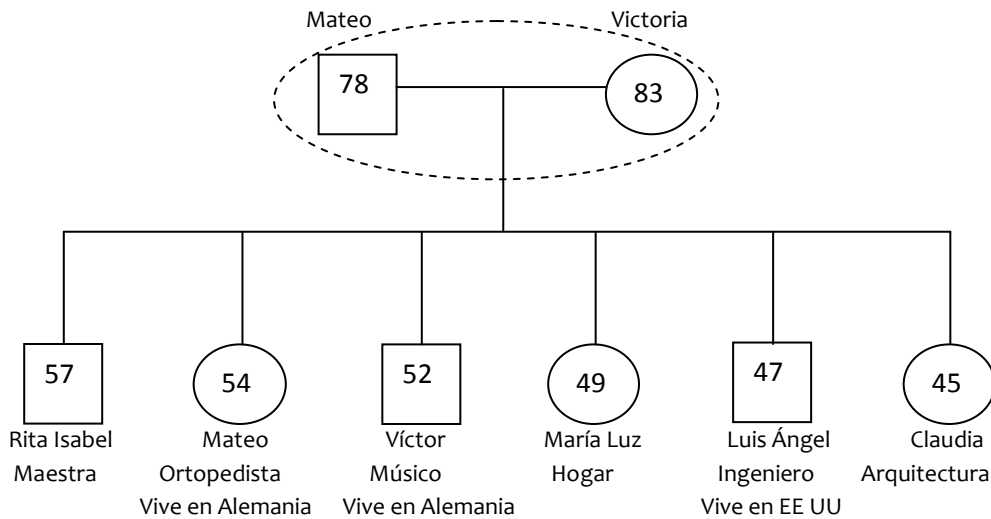
3.1.2.1 Caso 1: “Re-escribiendo la vida a los ochenta”

Consultante 1: “Mateo”

Número de sesiones: 8

Modelo: Terapia Relacional de Milán

Familiograma



Motivo de consulta: el paciente refiere sueño insuficiente, de mala calidad, o no restaurador, así como también ansiedad, expresada en la forma de tensión e inquietud, imposibilidad de relajarse, impaciencia y preocupación.

Supervisor: Maestro Gerardo Reséndiz Juárez

Terapeuta: Oscar Arvizu López

Equipo: Mariana Cervantes, Laura Mancera, Giovanni Martínez Ortega y Gerardo Reséndiz Juárez.

Resumen de las sesiones

Sesión 1

Mateo se presentó puntual a la sesión, se le explica el encuadre de trabajo, y se orienta la entrevista a recopilar información sobre la estructura y organización familiar. El consultante es un hombre de 78 años de edad, casado, la pareja tuvo seis hijos, de los cuales 3 son mujeres. Refiere que los hijos varones radican fuera del país. Actualmente no trabaja, vive con su pareja, se desempeñó 35 años como transportista, pero suspende su actividad hace 10 años tras haber sufrido un asalto, este evento lo hizo reflexionar sobre su seguridad personal, y los posibles riesgos y peligros que podrían presentarse en su trabajo. Durante el tiempo que se ejerció este empleo, era común que se sintiera presionado y dejara de comer por entregar a tiempo sus pedidos, considero que por su edad ya no estaba en condiciones de continuar bajo estas circunstancias. Las situaciones antes descritas, junto con el hecho de que sus hijos radiquen en el extranjero, y el escaso interés mostrado por sus hijas, lo llevaron a tomar la decisión de cerrar su negocio de transporte de mercancía.

Durante este periodo el desempeña un rol de proveedor y su esposa se dedica del cuidado y educación de los hijos, describe que cuando estaba joven le gustaba estar fuera de casa, y con los amigos, por lo cual se muestra como una figura periférica y ausente a los restantes integrantes de la familia.

Tras el retiro laboral, se sintió deprimido, expresa que fue un cambio radical el que experimentó, de mantenerse ocupado a lo largo del día, paso a desempeñar unas pocas actividades en su casa. Si bien es cierto, que su trabajo presentaba aspectos desfavorables, se sentía satisfecho y productivo, pero en su situación actual no se siente así. Sabe que esta decisión trajo también beneficios, mantiene una relación más cercana con su esposa y sus hijas, y ya no vive bajo presión y estrés.

Al final de la sesión el consultante expresa su satisfacción de contar con un espacio individual para expresar sus problemas.

Físicamente presenta que padece problemas de columna, gastritis, dolor de cuello. Ha sido operado de cataratas en un ojo. Es referido por experimentar insomnio y ansiedad.

Procesos por los que atraviesa el consultante

El retiro laboral por parte del consultante representó el abandono de una vida productiva e independiente, y el camino hacia un escenario rutinario, con acciones de escaso valor ante los ojos de Mateo. El asalto sufrido, parece ser una situación que no solo produjo temor en el consultante, también significó el verse solo en un periodo de su vida donde los hijos tendría que haber prestado apoyo e interés a su legado familiar. No obstante, esta colaboración no puede ser brindada por los hijos por tener su residencia en otro país y por la falta de interés de sus hijas en el negocio familiar. La decisión de abandonar la empresa familiar quizá para el resto de los integrantes de la familia, representó una transición natural dada su edad, aunado a ello la posición del padre dentro del sistema se modifica, de ser una figura ausente y activa, se presenta en la actualidad como un miembro con un mayor acercamiento y presencia hacia los demás integrantes de la familia.

Se pudieran entender los síntomas del señor Mateo como el resultado de las dificultades propias de la edad, en donde la necesidad de apoyo y ayuda de los demás puede ser cada vez mayor y ante el cual el señor Mateo pudiera sentirse hasta cierto punto fuera de contexto ya que se describe a lo largo de su vida como una persona independiente y un tanto desligada de la familia, probablemente acostumbrado a marchar como individuo, que en grupo. Aun así, con el tiempo ha encontrado un mayor acercamiento con las hijas y con su esposa, no así, con los hijos, probablemente ellos comparten la idea del señor Mateo de conservar su independencia con respecto a la familia de origen. Quizá el señor Mateo necesita encontrar formas de interactuar que promuevan la cohesión de la familia.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

El terapeuta define una línea de exploración en principio, toma las aperturas dadas por el consultante y ambos construyen el dialogo. Este último muestra disposición a contestar y expresar sus ideas.

Durante el desarrollo de esta primera sesión no se toca el motivo por el cual fue derivado al servicio de terapia familiar. Se parte del supuesto que el síntoma se debe de entender a través del contexto relacional, el paciente por su parte no muestra oposición o deseos de centrarse en el motivo de consulta, quizá por el desconocimiento de cómo se conduce la terapia o a la confianza depositada en la competencia del terapeuta. De esta forma no se construye un sistema terapéutico basado en la organización-problema; dis-solución – problema, sino más bien en la conversación. El equipo detrás del espejo sugiere que el terapeuta exprese sus ideas en forma de preguntas en lugar de afirmaciones.

Sesión 2

Mateo describe sentirse insatisfecho y aburrido por la rutina que lleva a cabo diariamente a partir de que dejó de trabajar. Considera que la falta de planeación para vivir esta etapa lo ha llevado a conducirse de la forma en que lo hace actualmente. A partir del cierre de su empresa de transporte, Mateo se retira del mundo laboral, permanece la mayor parte del tiempo en su casa, auxilia a su esposa en algunas actividades, y se comporta como un cuidador primario, debido a que las condiciones físicas de su esposa son menos saludables que las suyas, dicha actividad absorbe gran parte de su tiempo, y simultáneamente relega a una posición secundaria otras actividades de su interés. No obstante, refiere que estar en casa lo hace sentirse más identificado con su familia, lo cual genera que lo perciban más comprensivo y cercano.

Las hijas por su parte participan escasamente en el cuidado de ambos padres, estos mantienen su independencia y autonomía. No obstante, conviven frecuentemente con ellos. Mateo considera que es natural que cuando los hijos se vuelven adultos se distancien de los padres por dedicarse a sus propias familias y actividades. Al mismo tiempo se muestra en desacuerdo en que las hijas se involucren en el cuidado de ambos, considera que es responsabilidad de él cuidar de su esposa mientras esté en condiciones de cumplir con ese papel.

Por el contrario con sus hijos percibe que la relación con ellos es más distante, no solo porque estos radican en otro país, sino también porque anteriormente se disgustó con ellos. En la actualidad esta molestia continua, y se manifiesta en el dialogo esporádico y breve que tiene con ellos.

Percibe que la relación que guardan los hijos con la madre es cercana y de un interés mutuo.

Al final de la sesión el terapeuta refleja las emociones del consultante expresándole que no obstante la identificación y cercanía lograda con sus hijas y su esposa, experimenta insatisfacción por no llevar la vida que desea. Se le pide al paciente que reflexione sobre el tipo de relación que desea construir a futuro con sus hijos.

Procesos por los que atraviesa el consultante

El retiro laboral modifica las pautas de relación y el rol que desempeña el consultante con los demás integrantes del sistema. Se muestra más cercano hacia los demás y desempeña labores de cuidador primario hacia su esposa. Asume que esta función es su responsabilidad; por su parte, sus hijas deben de orientarse al cuidado de sus propias familias. Las hijas mantienen una distancia con respecto al cuidado de los padres, respetando la autonomía e independencia de estos y al mismo tiempo se mantiene lo suficientemente cercanas para intervenir de ser necesario y mantener su sentido de pertenencia. No obstante, el consultante, se muestra absorbido por el cuidado que le da a la esposa, y se niega a solicitar ayuda mientras esté en condiciones de desempeñar esta función, esto produce un efecto de aislamiento. El posponer actividades de interés particular, al mismo tiempo define los términos en la que los integrantes de la familia se relacionan.

Quizá el aceptar la ayuda por parte de los hijos es un acto que significa la transformación de la propia identidad, al pasar de un hombre autosuficiente, a un hombre dependiente.

Por otra parte, su situación de vida actual, lo lleva a reflexionar sobre el efecto de las acciones y decisiones hechas en el pasado.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

En esta sesión se continuó a los temas expuestos en la sesión anterior. El consultante amplía su descripción de su vida familiar actual, los cambios experimentados por la edad y sus creencias sobre cómo deben de ser las relaciones y roles familiares. El terapeuta realiza una escucha activa de lo que expresa Mateo, reconoce y valida su punto de vista, con la intención de favorecer la relación terapéutica, y generar confianza en el consultante para expresar sus dificultades, ideas y sentimientos. El paciente parece cómodo interactuando con el terapeuta, se muestra convencido sobre su postura e ideas que debe asumir frente a su esposa y sus hijas. Las preguntas y comentarios empleados por el terapeuta, se orientan a expresar interés, reflejar emociones, ampliar la comprensión, destacar los aspectos positivos y reflexionar sobre las condiciones que desea que estén presentes en el futuro. Se discute con el equipo, que aún no se ha explorado el motivo de consulta por el que fue derivado Mateo, y como este hecho vuelve confuso el contexto terapéutico, por la limitación que encuentra el

terapeuta en la comprensión del caso, al considerar como un elemento esencial la presencia de un síntoma o un problema manifiesto para dar sentido al proceso.

Sesión 3

Mateo menciona que siempre tuvo el deseo de tener un oficio, pero debido a su situación laboral no lo llevó a cabo en el pasado, su negocio de transporte de mercancías absorbía gran parte de su tiempo. Previo a dedicarse a esa actividad laboró como empleado de Teléfonos de México, durante 5 años el puesto que tenía era de chofer. En ese periodo de su vida juzgó adecuado tener un negocio propio, por lo que renunció a teléfonos de México, durante el tiempo que se dedicó a trabajar por su cuenta considera que le fue bien, pese al estrés y al tiempo que dedicó a esta actividad. No obstante, cree que de haber continuado como empleado de teléfonos, tendría una pensión y seguridad social, como algunos de sus conocidos que decidieron continuar laborando en esta empresa. Dicha situación lo lleva a cuestionarse si fue adecuado renunciar y tener un negocio propio, por no contar con los beneficios que estas prestaciones pueden representar en la vida adulta.

En la actualidad dispone de tiempo para llevar a cabo alguna actividad de su interés. Sin embargo, considera que por la edad en la que se encuentra no está en condiciones de realizar algunas cosas que anteriormente hubiera podido hacer con facilidad. Aunado a ello, por las condiciones de salud de su esposa requiere permanecer en casa y asistirle regularmente. Se le expresa que tiene razón en lo que dice, pero que esta postura que manifiesta también lo priva de concentrarse en las actividades que si puede llevar a cabo y que le resultan significativas.

Derivado de lo anterior se le pregunta, si desearía que sus hijas lo asistieran en esta tarea, responde que mientras su esposa y él sean autosuficientes no será necesaria su ayuda, pero está seguro que de requerirlo lo auxiliarían.

La salud de su esposa, aunado a la ansiedad y la inquietud que experimenta por pensar lo que no logro en el pasado, suelen ser motivos que ocasionalmente le quitan la tranquilidad. No obstante, acepta las circunstancias bajo las que vivió.

Se le comenta que el periodo de vida en el que se encuentra le permite percibir la vida de una mejor forma y evaluar correctamente sus acciones.

El sentirse tranquilo es un aspecto que Mateo desea tener, junto con una buena salud, continuar relacionado con la gente y llevar a cabo alguna actividad que le guste.

Se elogia este optimismo por parte de Mateo por construir condiciones de vida más satisfactorias.

Mateo durante la sesión refiere dificultades, pero a su vez recursos que aparentemente le permiten manejarlas o trascenderlas.

Procesos por los que atraviesa el consultante

Mateo expresa incertidumbre por el supuesto de que el llevar a cabo diferentes actividades cuando Joven, lo pudo llevar a la construcción de condiciones distintas de vida, que en la actualidad serían más favorables para él y su esposa. Observa su futuro sujeto a limitaciones impuestas por la edad y circunstancias de vida, lo que interfiere en el desempeño de actividades de su interés. Es natural que en el pensamiento de Mateo exista la idea de que las capacidades y competencias de las personas cambian con respecto a la edad, pero simultáneamente también expresa su renuncia a llevarlas a cabo, por las dificultades que estas pueden representar o porque no guardan correspondencia con su periodo de vida. A esto se suma el papel de cuidador primario, el cual absorbe parte de su tiempo, y produce un abandono de actividades de interés, por cumplir con esta tarea.

No obstante, expresa aceptación y adaptación a las circunstancias de su vida. Quizá asume que lo hecho en el pasado posee un aspecto inmodificable y que el sentido que le ha dado se ha visto transformado con el tiempo. Asume que lo que juzgo en el pasado como pertinente es visto en el presente como inadecuado, posiblemente no ha abandonado el valor que tuvo en su momento las decisiones y acciones tomadas, lo que permite aceptar mejor su condición de vida del presente.

A la par de esta aceptación expresa su deseo de construir condiciones de vida favorables, que le permitan expresar satisfacción.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

El contexto terapéutico le brinda un espacio de reflexión a Mateo, se debate entre la satisfacción por lo construido, y la culpa por lo no realizado. El terapeuta busca orientarlo a encontrar un sentido a sus acciones y decisiones en el pasado y las repercusiones que estas tienen en el presente, el paciente muestra parcial aceptación. Expresa un par de creencias que pueden ser auto limitantes: su edad le impide realizar ciertas actividades y el rol que deben desempeñar sus hijas con respecto al cuidado y cercanía que estas deben tener hacia los padres. Se acepta el punto de vista del consultante, pero se le pide que considere otras

posibilidades en relación a estas ideas. Se redefine el periodo de vida como un recurso que le permite evaluar las cosas de una mejor forma y se cierra la sesión preguntándole al paciente hacia donde quiere conducir su vida, Mateo pese a la preocupación que le genera su situación expresa su deseo de alcanzar objetivos en términos positivos.

Sesión 4

Describe el resultado de la operación de cataratas de su ojo derecho, su visibilidad es borrosa por lo que está esperando que el doctor le mencione si requiere alguna operación para que su visión mejore.

Se retoma el tema sobre la aprobación de su vida. Vuelve mencionar su renuncia a teléfonos de México, y lo que se derivó de este hecho. Cree que si hubiera continuado laborando ahí, tendría una pensión y un seguro de salud, las cuales no tiene en la actualidad, ambas situaciones le producen preocupación. Los ahorros del negocio familiar, los considera insuficientes para satisfacer las necesidades instrumentales y de salud que surgen del periodo de vida en el que se encuentra él y su esposa. Evalúa de una forma positiva el periodo que laboró por cuenta propia. Supone que fue una decisión correcta.

Se conversa con él, sobre si pese a no contar con estas prestaciones, la decisión que tomó al renunciar a ese empleo trajo consecuencias favorables. Acepta en parte que así fue, no obstante, la atención que presta a su situación actual y al dinero, no le permite inclinarse completamente por esta apreciación.

Con base en ello, se le pregunta sobre como enfrenta esta preocupación, menciona que tiene un ahorro, que su esposa lo apoya y que sabe que en un momento determinado podrá contar con la ayuda de sus hijos. Se dialoga con el paciente, sobre si estos recursos personales y familiares le permiten percibir su situación de forma diferente y experimentar tranquilidad. Considera que el apoyo familiar le permite sentirse mejor, y que su preocupación disminuiría. Se le comenta si sabiendo esto puede empezar a compartir la responsabilidad económica y de salud que enfrenta y que considere que esta etapa en su vida es una oportunidad de que padres e hijos pueden estar juntos de una forma distinta.

Responde no haber considerado esa posibilidad.

Procesos por los que atraviesa el consultante

Mateo de forma tradicional se le asignó el rol de proveedor, fallar en el cumplimiento de esta tarea no solo le produce preocupación, quizá también lo

lleve a cuestionarse su propia identidad. En la actualidad no acepta ayuda externa para cumplir con esta función, pese a que percibe que sus ahorros son insuficientes, quizá los sentimientos derivados de esta tarea, representa una alternativa mejor, que los que se podrían originar de ser dependiente o recibir ayuda de los demás.

La familia mantiene su cohesión familiar por el apoyo que el paciente percibe por parte de sus hijas y su esposa.

Tal vez ha empezado a considerar que la entrada a la vejez puede ser un periodo que debe vivirse acompañado y con el apoyo y colaboración de los integrantes de su familia.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

Mateo reconoce el valor de sus acciones del pasado, pero sigue considerando estas como responsables de su situación actual, la cual no es del todo favorable. El terapeuta busca reducir esta ambivalencia, preguntando al consultante como enfrenta este hecho. Manifiesta recursos personales y familiares, estos aparentemente pueden producir el efecto de reducir su preocupación y ansiedad. Se le comenta que esta etapa de su vida le ofrece la oportunidad de estar con sus hijos de una manera diferente, esto con la intención de que vea que este periodo de su vida no solo le presenta limitaciones, sino también opciones que no había considerado.

Sesión 5

Mateo comenta que su esposa se encuentra convaleciente tras una operación realizada en su rodilla. Debido a ello debe permanecer en reposo, por lo que debe de ser asistida para realizar algunas de sus actividades. Él se muestra dispuesto a cooperar con ella y apoyarla durante el tiempo en el que dura su recuperación. Sus hijas se han sumado al cuidado de la madre, turnándose entre ellas para auxiliar al padre en esta tarea. Mateo expresa sentirse satisfecho por la actitud mostrada por sus hijas, al mismo tiempo considera que es deber de ellas ocuparse de la madre cuando esta se encuentre delicada de salud, y más ahora que es un adulto mayor.

Esta idea por parte de Mateo proviene de su propia experiencia con sus padres. Recuerda que cuando estos envejecieron, el asumió la responsabilidad de su cuidado. Tiene la creencia que esto es una tarea que deben cumplir los hijos, ya que los padres en este periodo requieren de apoyo y ayuda. Piensa que esto no

es una tarea sencilla, por las necesidades económicas y de salud que requieren las personas, además de que el cuidado de una persona de la tercera edad puede resultar una carga para los demás. Se le pregunta cómo fue para él esta etapa, considera que requirió de esfuerzo y trabajo, pero juzga que la cercanía que tuvo con sus padres lo unió más a ellos. Se orienta la conversación sobre las diferencias que percibe ahora que él está en la posición de sus padres. Observa que sus hijos e hijas se muestran al pendiente de él y de su esposa, y que regularmente expresan interés por su salud, así como disposición para ayudarlos. Aunque él tiende a limitarlos, porque asume que es responsabilidad de él de cuidar de su esposa.

Se dialoga con él sobre si esta idea, está basada en opiniones o hechos que muestran sus hijas. Considera que es una idea que se originó de la educación que él recibió y de lo que otras personas le han expresado, más que en las acciones de sus hijas.

Se le comenta que la idea de que es una carga ocuparse de un adulto mayor es cultural y que la entrada a la vejez brinda una oportunidad a padres e hijos para estar juntos de una forma distinta.

Procesos por los que atraviesa el consultante

Mateo expresa la creencia que los hijos deben de ocuparse de los padres cuando estos comienzan a envejecer. El cumplimiento de esta obligación puede ser una tarea gravosa o incomoda por las necesidades y peculiaridades que puede enfrentar el cuidado de un adulto mayor.

El subsistema fraterno responde de la manera que el paciente espera, organizándose para cuidar y asistir a la madre ahora que esta se encuentra convaleciente, y al mismo tiempo compartir la responsabilidad con Mateo el cual cumple el papel de cuidador primario.

Este continúa asumiendo que la responsabilidad del cuidado de su esposa le corresponde a él, pero parece que comienza a compartir esta tarea con las hijas. Sin que la ayuda proporcionada por estas produzcan un efecto negativo en su persona o devalúe su identidad.

De esta forma Mateo, su esposa y sus hijas construyen en conjunto una nueva configuración donde la participación de las hijas toma una importancia mayor en este periodo de vida de los padres.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

A partir de la apertura brindada por el paciente sobre el estado de salud de su esposa, se busca orientar el proceso sobre cómo ha respondido ante este hecho y sus hijas. Describe el paciente una organización funcional, de cooperación e interés mutuo. Se realizan dos distinciones con el paciente durante este proceso, la primera de que el cuidado de un adulto mayor puede ser una carga, proviene de un medio cultural, más que de la experiencia personal y que el periodo de la vejez es un etapa que brinda una oportunidad a padres a hijos de estar juntos de manera diferente. Ambos comentarios se ajustan a la descripción y experiencia de vida del paciente. Resaltando los aspectos positivos de la unión y cooperación familiar en momentos donde es necesario emplear este recurso para adaptarse y mantener la estabilidad y cohesión familiar. El paciente parece tomar estos comentarios y participa activamente en la conversación.

Sesión 6

Se explora con Mateo las expectativas que tiene hacia la terapia y si esta ha tenido algún efecto sobre de él. Refiere cambios sobre la forma en que percibe las decisiones que tomo en el pasado, la participación y relación que deben tener sus hijos con él y su esposa. Muestra aceptación y comodidad sobre lo hecho en el pasado, acepta que sus hijas participen en el cuidado de la madre de una forma más activa, considera que la cercanía que estas deben tener hacia él y su esposa no solo debe estar motivada por el cumplimiento de esta tarea, sino por el deseo de construir una mejor relación entre ellos, donde existe armonía y una convivencia adecuada, sabe que a partir de que dejo de trabajar la relación entre ellos se ha modificado, pero que durante mucho tiempo fue una figura ausente para sus hijas y esposa, por lo que ahora desea cultivar una relación distinta con ellas. Se le comenta que muestra una posición activa en su vida aceptando y no esperando que su situación cambie en función a circunstancias que no están en sus manos.

No obstante, comenta que los motivos por los que acudió a consulta aun los experimenta. Con base a lo anterior se conversa con Mateo sobre el insomnio y ansiedad que siente.

Describe que acostumbra ver televisión por lo que se duerme entre las 11 y 12 de la noche. Cuando decide irse a dormir es porque ya siente sueño. Tarda en dormirse, porque a menudo piensa en lo que vio y escucho en la televisión. Duerme en promedio 4 horas de forma continua, de ahí en adelante permanece

dormitando en su cama, pero menciona que no logra descansar. Se le pregunta si esta pauta que sigue previo a descansar pudiera modificarla, si la calidad de su sueño mejoraría. Para ello tendría que renunciar a un hábito que disfruta como es ver televisión, pero que al mismo tiempo lo altera por el contenido. Responde que el cambiar de hábitos puede ser una alternativa, pero que no sería fácil para el renunciar a este gusto. Se dialoga con él sobre los beneficios y se reconoce que si bien es cierto esto representa el abandono de una actividad placentera, también significa la oportunidad de experimentar otras alternativas que sean de su interés, responde que lo considerara. Se cierra este tema mencionándole al paciente que quizá el problema se deba a una cuestión de hábitos más que por insomnio.

Se aborda el tema de la ansiedad, describe que esta la percibe desde años. Explica que para llevar a cabo su trabajo, estaba sujeto a mucha presión tanto interna como externa, para él incumplir con sus compromisos laborales o retrasarse en una entrega le genera la ansiedad y preocupación, esto significaba que no le daba la debida importancia a su trabajo o que estaba siendo ineficaz para desempeñarlo. Actualmente esta ansiedad se manifiesta cuando debe realizar alguna actividad que sea significativa para él, tiende a sentirse inquieto, y preocupado; si programa con tiempo la ejecución de esta, la ansiedad disminuye en frecuencia e intensidad. Se normaliza este estado pidiéndole al paciente que considere que es natural que ante situaciones de importancia se experimente cierto nivel de ansiedad. Su familia cuando lo observa bajo ese estado le solicita que se tranquilice, ante este señalamiento, logra remitirlo. Se le pide que explique qué es lo que permite que logre hacer esto, responde que el interés que sus hijas muestran por él le permite dar un significado distinto a este hecho y considera que puede enfrentar esta situación acompañado.

Procesos por los que atraviesa el consultante

Mateo ha modificado su percepción sobre lo hecho en el pasado. Ha empezado a aceptar que sus hijas se involucren y participen en la satisfacción de necesidades y solución de problemas que él y su esposa pueden enfrentar en esta etapa de su vida.

Describe una pauta problemática, que afecta la calidad de su sueño y disminuye sus horas de descanso. Reconoce que su hábito de ver televisión, lo perturba por el contenido al que se ve expuesto, pero al mismo tiempo este le brinda bienestar. Dicha situación lo sitúa en el dilema de elegir entre su bienestar y continuar con dificultades para dormir. Al mismo tiempo, el optar por un cambio de hábitos, le presenta el desafío de abandonar una actividad placentera por otras actividades

de igual interés y significado. Lo dialogado con el paciente le brinda alternativas para enfrentar esta situación.

La ansiedad parece ser una dificultad que Mateo enfrenta con mejores resultados, identifica que esta se presenta bajo situaciones específicas y que el dialogo con su familia le permite dar a los eventos generadores de ansiedad un significado distinto, además de ello, el prepararse para enfrentar estas situaciones le permiten disminuir esta ansiedad.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

Mateo describe los cambios experimentados a partir de que inicio la terapia. Hace la observación de que los problemas por los que acudió a consulta aún continúan. A esta altura del proceso el consultante quizá siente la confianza necesaria en el terapeuta para plantar de manera abierta una demanda, situación que no había pasado en otros momentos del proceso. El terapeuta atiende esta solicitud, el dialogo se orienta a explorar los síntomas que Mateo presenta. Se redefine el síntoma del insomnio como una cuestión de hábitos, posible de cambiar si el paciente muestra intenciones de modificar. Por otra parte, se normaliza la ansiedad, y se delinea con Mateo un par de estrategias para atenuar su inquietud y preocupación. Se discute con el equipo terapéutico que un cambio 1 o varios de este tipo pueden ayudar a lograr un cambio 2.

Sesión 7

Mateo desea conocer la opinión del terapeuta acerca de cómo se ha conducido en su vida, si ha hecho lo correcto. Se le contesta que lo conveniente o útil de su vida lo tiene que determinar él, que es valioso escuchar la opinión de los demás porque nos brinda la oportunidad de reflexionar de una manera distinta, pero que esto solo será una interpretación parcial porque las circunstancias de su vida solo él las conoce. Se le describe las acciones y decisiones que ha tenido que tomar, como estas adquieren un significado distinto dependiendo del tiempo en el que él se sitúa y las recuerda, y que quizá esta forma de ver, puede ser una forma incompleta y parcial de observar las situaciones, porque los logros y obstáculos que ha tenido no cambian o desaparecen con el tiempo, sola la interpretación que actualmente se les da a ellos. Reflexiona sobre esto y expresa que antes de llegar a este periodo había percibido su vida con méritos, pese a los tropiezos y errores que llego a tener. En la actualidad desearía vivir bajo condiciones distintas. No obstante, no se considera negligente o descuidado en la planeación de su futuro, busco construir condiciones adecuadas de retiro para él y para su esposa, también

sabe que en caso de no poder satisfacer por sí mismo sus necesidades cuenta con el apoyo de sus hijos e hijas.

Se le pregunta que le gustaría llevar a cabo en esta etapa de su vida. Se dialoga con él sobre sus aficiones y sus gustos, describe que en el pasado acostumbraba salir mucho, pero ahora que ya está grande pasa la mayor parte del tiempo en su casa, coopera en las actividades del hogar y mantiene una relación de armonía con su esposa. No obstante, se aburre en casa y se desespera fácilmente. Se le invita a considerar realizar alguna actividad complementaria a las actividades que regularmente lleva a cabo, se le pregunta si tiene alguna idea sobre eso, contesta que ocasionalmente frecuenta algunos amigos, y que en otro tiempo pensó tener un taller. Se connota esta idea como útil, se habla sobre que otras opciones existen que sean probables de llevarse a cabo y sobre la importancia de cultivar relaciones satisfactorias dentro y fuera del entorno familiar. Finalmente se cierra la sesión, preguntándole su opinión sobre cómo percibe el proceso terapéutico, responde sentirse bien, y que desea saber si el equipo tiene alguna sugerencia sobre qué es lo que él necesita hablar o cambiar aun, se le sugiere que reflexione sobre lo que el consideraría útil abordar en terapia, y que en caso de que no encuentre una idea útil, evalúe si es necesario que continúe asistiendo a terapia.

Procesos por los que atraviesa el consultante

Mateo expresa su deseo de aprobación por parte del terapeuta sobre las decisiones y acciones que ha tomado en su vida. La opinión o valor que él pueda brindarle quizá sea un paso decisivo para terminar por sentirse cómodo, aceptar su vida, y dar un significado distinto a su pasado y presente. Por otro lado, también este hecho, puede significar el fin del proceso terapéutico.

Anteriormente el paciente se mostraba convencido que por su edad no se encontraba en condiciones de realizar actividades de su interés. Ahora tal vez se muestre con disposición para llevarlas a cabo, centrándose en lo que es posible y siguiendo tal vez la sugerencia de cultivar relaciones satisfactorias.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

El paciente expresa su deseo de conocer la opinión del terapeuta. Este busca satisfacer su solicitud presentando sus ideas de manera tentativa, y al mismo tiempo expresa que el reconocimiento sobre su vida solo la puede hacer el por sí mismo. Parece que el paciente considera las ideas del terapeuta como útiles, da un sentido positivo a lo hecho en el pasado, y percibe sus acciones orientadas

hacia lo constructivo. Además de ello manifiesta aceptación por el apoyo que sus hijos puedan brindarle en caso de necesitarlo.

El terapeuta busca utilizar esta inercia positiva que manifiesta el paciente, se explora con él un tema sobre el cual ha mostrado interés en sesiones anteriores, se definen alternativas de acción y se le invita llevarlas a cabo.

Al cierre de la sesión se le pide al paciente que reflexione sobre el proceso terapéutico y que con base a ello determine continuar o suspender la terapia dado los recursos y cambios que expresa

Sesión 8

Se describe contento, la semana anterior comió con sus hijas y disfrutó mucho ese momento, expresa su deseo de convivir más con ellas, y estar en contacto con sus hijos que viven en el exterior, ha pensado dejar a un lado las diferencias que ha tenido con ellos y cultivar una relación diferente. Considera que ha perdido tiempo, por concentrarse en las diferencias y problemas que hubo en el pasado. Contempla realizar algunas actividades y salir más frecuentemente con amigos.

Reflexionó sobre el hecho de continuar en terapia, por el momento no juzga necesario hacerlo se siente satisfecho, no identifica algún tema u objetivo que sea relevante o importante para él. Agradece la atención brindada por el equipo y el terapeuta.

Por su parte el terapeuta reconoce el compromiso y la colaboración mostrada por Mateo.

Procesos por los que atraviesa el consultante

Mateo parece evaluar de una manera diferente la cercanía con sus hijos, es probable que aprecie involucrarse con ellos por afecto e interés mutuo. Este acto ya no significaba invasión a su autonomía, cuestionar su desempeño como padre y esposo, o el cumplimiento de un deber por parte de sus hijos.

Además muestra iniciativa para llevar a cabo esta tarea, quizá anteriormente consideraba que por su posición de padre era obligación de ellos hacerlo. De ser así no solo se reestructuran las relaciones con los integrantes del sistema, sino también la forma en que estas se conciben por parte del paciente.

La decisión de dar por terminado la terapia trae consigo un cambio en la forma de percibirse, su papel dentro del sistema terapéutico se modifica, deja de ser un consultante cuya presencia se justificaba por la demanda o queja que presento.

Finalmente, este hecho también puede representar el satisfacer un requerimiento o sugerencia médica, pero al mismo tiempo el adquirir una conciencia diferente sobre sus relaciones e identidad.

Procesos por lo que atraviesa el consultante y el terapeuta

La sesión se orienta a dialogar sobre los cambios favorables que Mateo considera llevar a cabo en su contexto relacional y en su individualidad. El terapeuta realiza una escucha activa, y busca a través de preguntas conocer la posición del consultante sobre este tema. Este responde a las preguntas y colabora en la sesión. Se discute con el consultante el hecho de continuar en terapia, este ha decidido dar por terminado el proceso. Se acepta la decisión de Mateo, se elogia su colaboración y se reconocen los cambios logrados.

Análisis del sistema familiar

Sistema significativo.

La esposa, hijas e hijos del paciente, el terapeuta y el equipo.

Premisas:

- El crecimiento por parte de los hijos trae consigo el distanciamiento de los padres.
- Afectiva. El paciente atrae la culpa y rechaza la satisfacción.
- La premisa del señor Mateo pudiera ser que la responsabilidad genera autonomía. Así le sucedió a él en el pasado, en la actualidad solicita a sus hijas que se ocupen de sus propias familias, de esta forma, las percibe independientes y autónomas, probablemente piense lo mismo de los hijos.

Creencias

- Los hijos tendrían que haber manifestado interés por conservar la empresa fundada por el padre.
- El cuidado de la madre es una tarea que solo le corresponde realizar al paciente por ser el conyugue.
- El cuidado de los padres es una tarea secundaria para los hijos porque estos deben de ocuparse de sus propias familias.

- La entrada a la vejez impide realizar actividades de interés personal.
- De haber una decisión distinta en el pasado, la vida del consultante en el presente sería mejor.
- Los hijos deben de ocuparse de los padres cuando estos comienzan a envejecer.
- El cuidado de un adulto mayor es una tarea gravosa.
- Lo que no se hizo en la juventud no se puede hacer en la vejez.

Temporalidad

- Horizonte temporal. Mateo se ubica en los tres tiempos, la imagen que tiene en el presente guarda relación con la conducta, actitudes y decisiones que tomo en el pasado y al mismo tiempo con la visión que tiene de su futuro.

Su presente; también se ve influido, por otra variable: su edad. Al ubicarse como un hombre de 78 años, percibe que sus posibilidades de cambiar y de llevar a cabo otras conductas disminuyen o se vuelven más difíciles. Esta interpretación limita sus experiencias en el presente y futuro y lo remite nuevamente a cuestionarse sobre su pasado. Con base a lo que ocurrió en el pasado y lo que está sucediendo en el presente, construye su futuro. Imaginando por un parte, que de haber hecho algo diferente en el pasado, sus preocupaciones sobre el futuro no existirían, y al mismo tiempo que las acciones que no ha intentado en su presente, -debido a su edad y a las decisiones tomadas en el pasado- es un indicador de lo que no puede hacer en el futuro.

- Tiempo cultural. La edad, aunada al hecho de que Mateo dejó de trabajar, sugiere que los padres se encuentran en un periodo de descanso, disfrutando de diferentes actividades y de su familia. En este contexto los hijos deben mostrarse más involucrados en el cuidado de los padres y al mismo tiempo deben estar separándose de ellos.
- Tiempo social. La edad de Mateo, aunado a su retiro laboral y la enfermedad de su esposa, limita su convivencia y participación social a encuentros esporádicos con su familia. Cuando era más joven participaba en un mayor número de espacios y actividades sociales.

Hipótesis

- El proceso de envejecimiento de Mateo genera confusión en su identidad y en su posición dentro de su sistema familiar.
- La reflexión que Mateo hace sobre su vida atrae culpa y rechaza satisfacción.
- La posición del paciente dentro de su estructura familiar se ha visto modificada por el ciclo de vida que cursa y los padecimientos que experimenta.
- El proceso de envejecimiento que enfrenta el paciente le genera confusión.
- La salud de la esposa, y la falta de involucramiento de los hijos impide a Mateo realizar actividades de su interés y cultivar relaciones satisfactorias.
- La ansiedad e insomnio que experimenta es por la responsabilidad de cuidar a su esposa y la negativa de pedir ayuda.
- El consultante no realiza actividades de interés o cultiva relaciones satisfactorias, quizá por la culpa y rechazo que él y los demás le expresarán por no priorizar el cuidado de la madre.
- Las dificultades que experimenta Mateo, son ocasionadas por mantener su rol de proveedor y de responsabilidad con su esposa. Esta posición se refuerza por el escaso involucramiento de sus hijos e hijas.
- Los hijos tal vez, conservan la imagen del padre que tuvieron en el pasado, desinteresado y distante de la familia. Esto genera dificultades para construir condiciones de relaciones distintas entre ellos y el padre en la actualidad.
- La culpa que experimenta Mateo por lo hecho en el pasado, le impide solicitar y recibir ayuda de los hijos.
- La presencia del síntoma le da libertad al paciente de recibir ayuda de los hijos.
- La asistencia a la terapia por parte de Mateo, es por sugerencia médica, de esta forma el sistema terapéutico está sustentado en un requerimiento institucional, más que por iniciativa propia.

Procesos

Procesualidad

- El retiro laboral reestructura las relaciones entre el consultante y su familia y al mismo tiempo brinda un contexto de vida nuevo al paciente el cual tendrá que asimilar y adaptarse.
- La relación de pareja se construye ahora en función del cuidado y apoyo que Mateo brinda a su esposa.
- La participación e involucramiento que tienen los hijos, ahora que el periodo de vida y las condiciones de salud de los padres han cambiado.
- Simultáneamente las hijas mantiene distancia y cercanía con respecto a los padres, esto permite conservar la autonomía de estos últimos y el sentido de pertenencia de los primeros.
- Al no aceptar la ayuda de sus hijas el consultante conserva su autonomía y posición dentro del sistema familiar.
- La aceptación que muestra el paciente hacia sus decisiones y acciones tomadas en el pasado.
- La satisfacción por lo construido y la culpa por no realizado.
- El subsistema fraterno se organiza para cuidar y asistir a la madre cuando está convaleciente, al mismo tiempo el padre muestra aceptación ante la participación de las hijas sin que ello signifique un cuestionamiento a su identidad.
- La participación de las hijas toma una importancia mayor en este periodo de los padres.
- El apoyo familiar como un recurso para manejar la ansiedad.
- La aprobación por parte del terapeuta como un elemento para dar un significado distinto a su vida.
- Se reestructuran las relaciones entre los integrantes de la familia, así como la forma en que estas se conciben por parte del paciente.
- Llevar a cabo actividades de interés por parte del paciente y el cultivar relaciones satisfactorias dentro y fuera del entorno familiar.

Macroproceso

- La autonomía de padres e hijos.
- La cohesión mostrada por la familia en relación al cuidado de la madre y el apoyo hacia el padre.
- La conservación y transformación de la identidad del paciente ahora que es un adulto mayor.

Recursividad

- La autonomía de los padres permite conservar la distancia con sus hijos. A su vez la separación de los hijos con respecto a los padres, exige por parte de estos una mayor autonomía.
- Lo mismo puede ocurrir con la familia extensa de paciente, con la cual también se mantiene distante.
- Los problemas de salud de la esposa fortalece la pertenencia del esposo en la relación conyugal, pero limita su participación en otros espacios.
- La edad del paciente define su participación en otros espacios y con su familia.
- La idea cultural de que los hijos deben de ocuparse del cuidado de los padres cuando estos envejecen, es contraria a la posición y creencia que Mateo manifiesta. Mateo desea mayor participación y acercamiento por parte de sus hijos. No obstante, si solicita esta ayuda, es ir contra de la creencia y postura que él asume. Por su parte, si los hijos aceptan el significado que su padre le da a esta situación, renunciarían a brindarles los cuidados y apoyo a sus padres, si la aceptan contradicen una creencia familiar.
- La sugerencia de la doctora a Mateo para que este acuda a terapia familiar, quizá es tomada por el paciente como un requerimiento que debe de cumplir, más que por una necesidad propia, el seguimiento de esta instrucción es un elemento necesario para construir el sistema terapéutico, la posterior terminación de la terapia, satisface la derivación hecho por la médico y cumplimiento puntual del consultante de un requisito institucional.

Prejuicios del terapeuta

- Es necesario establecer una causa para encontrar sentido a la situación del paciente.
- El paciente debería de tener una relación más cercana con sus hijos.
- Los hijos deberían de involucrarse en mayor proporción en el cuidado de los padres.
- Mateo debería participar en otros espacios y actividades.
- El terapeuta debe decirme cual es la solución a mis problemas

Funcionamiento del equipo con respecto a su organización particular entre sus integrantes y con los terapeutas.

La participación simultanea del terapeuta en varios sistemas. Desde el constituido por su persona, pasando por el que se estructura con el consultante, supervisor y equipo terapéutico.

Se siguió el formato de Milán para conducir las sesiones. En este caso la terapia se llevaba a cabo siguiendo las diferentes etapas sugeridas por el modelo. El terapeuta discutía con el equipo, en la pre-sesión, pausa y al término de la sesión. Durante el desarrollo de la sesión el equipo observaba y realizaba comentarios entre ellos. El equipo y los terapeutas mutuamente se beneficiaron de la labor que cada parte desempeño en el proceso. El resultado de este esfuerzo compartido, fue una visión más amplia y diversa de la familia, lo cual, permitió construir significados, diferencias y alternativas durante el proceso.

Emociones emergentes en el sistema total.

Al inicio del proceso terapéutico se genera incertidumbre de manera recíproca entre el consultante y el terapeuta, el primero parece no saber exactamente qué espera, quizá esta en terapia más por atender la sugerencia o requerimiento médico, que por iniciativa propia. Por su parte, el terapeuta al atender a diferentes contextos- el propio, el constituido consultante y el conformado con el supervisor y el equipo- le presenta dificultades para atender y satisfacer simultáneamente todos estos sistemas. Se emplearon una serie de recursos durante el proceso para no quedar atrapado en este estado:

1.- introducir nueva información y entablar una conversación diferente con Mateo, las primeras sesiones permitieron construir un sistema basado en la conversación,

más que en el sistema problema-solución, lo que permitió superar para ambas partes la incertidumbre

2.- Dialogar sobre los temas de interés del paciente, los cuales giraban en función de su identidad y relaciones y

3.- Conversar sobre las emociones que acompañan estos temas, como por ejemplo, la culpa, la insatisfacción, rechazo, ansiedad, bienestar, con ello se reconoce y se manifiesta comprensión hacia el estado emocional, y al mismo tiempo se busca promover a través del dialogo nuevos significados que modifiquen las acciones y emociones de Mateo.

Sobre la familia (porque se reorganizo o no), el terapeuta, el equipo, el supervisor y el sistema terapéutico en su conjunto.

El paciente por decisión propia dio por terminada la terapia, la razón fue por no considerar necesario continuar asistiendo. Esto puede significar procesos de transformación y cambio en el consultante, y al mismo tiempo la ausencia de problemas o motivos de consulta. Los cambios y ajustes presentes durante el proceso terapéutico permitieron la reestructuración y significación de las relaciones familiares y de la identidad del consultante. Sin embargo, hay que considerar, que el sistema terapéutico requirió un tiempo para constituirse, esto debido a la incertidumbre y confusión por las partes involucradas, parece que la presencia de ambos se encontrada justificada por la sugerencia o requerimiento médico hecho por la doctora del paciente, más que un acuerdo mutuo para generar historias alternativas y significados para la disolución de problemas. Superado este obstáculo, se puede suponer que la terapia brindó elementos de cambio.

En lo particular, pase de centrarme en el problema, a buscar información sobre el contexto relacional del paciente. Tuve que esperar tres sesiones para tener cierta certeza de que lo abordado en la sesión, era de interés y utilidad para el paciente.

El equipo cumple su función de ofrecer una visión más amplia del sistema con sus comentarios, preguntas e hipótesis.

El supervisor simultáneamente, permite que el terapeuta se desempeñe dentro del contexto terapéutico y a su vez ofrece la dirección e ideas sobre lo que puede resultar útil en cada sesión. Incluye todas las ideas del equipo, y deja en manos del terapeuta la decisión de decidir sobre lo que se tiene que hacer antes, durante y al final de la consulta.

Alternativas posibles para la familia y para el sistema terapéutico.

- Qué de su presente inmediato, le ayudaría a modificar la visión que tiene del pasado y a su vez ser más optimista hacia el futuro.
- En qué medida sus relaciones familiares pueden influir para que perciba diferente con respecto al futuro.
- Reconocer su papel del cuidador primario de su esposa, y al mismo tiempo invitarlo a que considere compartir esta responsabilidad con sus hijos e hijas.
- La aceptación y satisfacción de lo hecho en el pasado.
- El reconocimiento de la importancia de la cohesión familiar frente a los problemas instrumentales y afectivos de sus integrantes.
- El asumir una posición activa frente a su interés y relaciones.

Comentarios terapéuticos

- Se le comenta que el periodo de vida en el que se encuentra le permite percibir la vida de una mejor forma y evaluar correctamente sus acciones.
- Se elogia el optimismo que muestra Mateo por construir condiciones de vida más satisfactorias.
- Se reconoce la preocupación de Mateo como una disyuntiva entre mantenerse activo en su vida y la dificultad de enfrentarse a las necesidades que se le presentan.
- Se le comenta que considere compartir la responsabilidad económica y de salud de su esposa.
- Se le menciona que la idea de que es una carga ocuparse de un adulto mayor es cultural y que la entrada a la vejez es una oportunidad de padres e hijos pueden estar juntos de una forma distinta.
- Se redefine el síntoma del insomnio como una cuestión de hábitos, posible de cambiar si el paciente muestra intenciones de modificar. Por otra parte, se normaliza la ansiedad, y se delinea con Mateo un par de estrategias para atenuar su inquietud y preocupación.

- Se le expresa que lo conveniente o útil de su vida lo tiene que determinar él, que es valioso escuchar la opinión de los demás porque nos brinda la oportunidad de reflexionar de una manera distinta, pero que esto solo será una interpretación parcial porque las circunstancias de su vida solo él las conoce. Se le describe las acciones y decisiones que ha tenido que tomar, como estas adquieren un significado distinto dependiendo del tiempo en el que él se sitúa y las recuerda, y que quizá esta forma de ver, puede ser una forma incompleta y parcial de observar las situaciones, porque los logros y obstáculos que ha tenido no cambian o desaparecen con el tiempo, sola la interpretación que actualmente se les da a ellos.
- Se connota como útil de llevar a cabo alguna actividad de su interés se habla sobre que otras opciones existen que sean probables de llevarse a cabo y sobre la importancia de cultivar relaciones satisfactorias dentro y fuera del entorno familiar.

Preguntas que conectan

Se emplearon diferentes tipos de preguntas y comentarios durante las sesiones con el paciente:

- ¿Cambio algo en la relación con su esposa y sus hijos cuando dejo de laboral?
- ¿La percepción que ahora tiene sus hijos de él es la misma que tenían cuando estos vivían en casa y esté era más joven?
- ¿De la relación que tiene actualmente con sus hijos y esposa habrá algo que tenga que cambiar o modificarse?
- ¿Cuál es el papel o la participación de su familia en su futuro?
- ¿La forma en la que vive es la que espera vivir cuando dejara de trabajar?
- ¿Sus hijas estarían de acuerdo con usted de que la relación que tiene con ellas es más cercana?
- ¿Qué cambio en la relación con su esposa cuando dejo de trabajar?
- ¿Si tuviera que hacer un cambio en la relación que tiene con sus hijos cual sería?
- ¿Para llevar a cabo el cambio de vida que usted desea, es necesaria la participación de miembros de su familia?
- ¿Es necesaria una mayor participación de sus hijas en el cuidado de su esposa?
- ¿Si les preguntara a sus hijas quien de ustedes dos –el paciente y su esposa- requiere una mayor apoyo quien sería?

¿El auxiliar a su esposa de alguna forma ha intervenido para que usted no realice otras actividades?

¿La tranquilidad que usted experimenta es por lo que le da su esposa o por las actividades que usted realiza?

¿Usted le llegó ocurrir en algún momento que no aceptara la edad que tenía?

¿Por qué los 40 son mejores que los 80?

¿La edad que tiene influye de alguna manera para que usted no realice alguna actividad?

¿Qué actividades podría realizar sin que la edad fuera un factor que influyera para que usted la cumpliera?

¿Qué de lo que ha hecho con vida le permite pensar que ha hecho las cosas correctamente?

¿Quién de su familia estaría de acuerdo con lo que me ha dicho?

¿De los errores que usted considera que ha cometido, sino hubieran pasado que sería diferente en este momento?

¿Le inquieta saber cómo ha sido su vida, si las cosas han salido bien?

¿Es diferente la evaluación que se da ahora de sí mismo de la que se hubiera dado antes?

¿Ahora que ya están grandes sus hijos han comentado con usted este tema?

¿Qué le ayuda a superar esta situación?

¿Para usted que es más importante tener una mejor relación con ellos, o lo económico?

¿Considera necesario que sus hijos estén enterados de lo que le preocupa?

¿Usted desearía que esta preocupación que tienen en la actualidad la lleve usted solo o su familia la comparta con usted?

¿Para que este tema pudiera ser hablado en su familia, para usted sería mejor que sus hijos le preguntara que le preocupa, o preferiría se usted el que hablara?

¿Si sus hijos supieran que le preocupa esta situación y se ofrecieran hacer algo al respecto que efecto tendría esto en usted?

¿Si sus hijos están más involucrados en su economía y salud, esto mejoraría la relación que tiene con ellos o esto tendría un efecto negativo?

¿Si sus hijos no se han involucrado en estos temas es porque creen que usted no necesita ayuda o porque suponen que usted se sentiría incomodo al recibir ayuda de ellos?

¿La doctora lo vería igual o diferente?

¿Qué idea tenía de venir aquí?

¿Cómo decide ir a la cama?

¿Es una cuestión de hábitos o de insomnio?

¿Es una cuestión de cantidad o de calidad de su sueño?

¿La presión que tiene ahora es la misma que tenía antes?

- ¿Qué de lo que ha hecho hasta ahora le ha permitido estar mejor?
- ¿Quién o quiénes de su familia se han percatado de este cambio?
- ¿Se percibe igual como hace meses o ahora es diferente?
- ¿Qué sería diferente en su vida si el insomnio y ansiedad no estuvieran presentes?
- ¿De qué tema tendríamos que hablar para que usted pensara que la sesión fue de utilidad?

Resultados

Se dio por terminada la terapia de común acuerdo, con el compromiso de que en el caso que el paciente lo requiriera se tendría una sesión de seguimiento. Durante el proceso, se abordaron diferentes temas que convergen en un mismo eje: La Identidad de Mateo. Más que una intervención, se construyó una relación entre el consultante y el terapeuta, que abrió posibilidades e hipótesis tentativas sobre el discurso o narrativa presentada por el paciente.

3.1.2.2 Análisis del proceso

Previo al inicio de la terapia, el supervisor compartió con el equipo la información que tenía sobre el caso, dio a conocer los antecedentes médicos del paciente y el motivo por el que Mateo había sido referido al servicio de terapia familiar del Instituto. La solicitud de atención, hacía mención a los problemas de ansiedad e insomnio que experimentaba el paciente. Con base a esta información y al hecho de que el paciente acudiría solo a la consulta, se discutió el por qué este caso tenía que ser atendido desde una perspectiva relacional, confiando finalmente en el conocimiento clínico (e incluso la intuición) de la doctora que derivó el caso, suponiendo que lo observado por ella sugería que dichos síntomas guardaban una relación con el sistema significativo del paciente.

Partiendo de este hecho el proceso terapéutico se orientó a entender la experiencia del paciente desde el contexto relacional y no hacia la solución del problema. Esta forma de comprender la demanda, quizá la mayor parte de las veces resulta efectiva, dada la respuesta favorable por parte de los consultantes y a la confianza que estos depositan en el clínico, dando por hecho que lo que se hace en la sesión obedece al propósito de solucionar los problemas que presentan las personas. Esta condición, describe la agenda o dirección que sigue el terapeuta para abordar situaciones clínicas, sin embargo, hasta qué punto refleja la agenda del paciente y como está converge con la del profesional de la salud durante el encuentro terapéutico.

Mateo llegó con la expectativa de solucionar sus problemas de insomnio y ansiedad, pero a lo largo de las sesiones, esta demanda ocupó una posición secundaria con respecto a otros temas. En principio se discutió con el equipo que no era necesario hacer esto, dado que el paciente, participaba activamente en el diálogo, y no mostraba indicios de que deseara tocar estos temas. Sin embargo, durante el curso de la terapia, se consideró necesario abordar este tema, e intervenir en consecuencia. Por lo que en un momento determinado, se abandonó este enfoque relacional y se orientó el proceso al problema desde una postura posmoderna, aunque dicho movimiento solo ocurrió por lapsos cortos. La alternativa ofrecida al paciente para manejar estas situaciones, estuvieron dirigidas al significado, más que a la modificación de los comportamientos que de ellas se derivaban. Es decir no se cubrió la demanda bajo los criterios convencionales de otros enfoques que buscan eliminar o modificar el síntoma.

Esto constituye un buen ejemplo de la forma en cómo se condujo el proceso, donde en ningún momento se formuló un objetivo concreto. Los temas discutidos en la terapia fueron diversos, pero se encontraban en un punto común que era la vida del paciente.

Es natural que al llegar a la tercera edad Mateo, se hiciera una serie de cuestionamientos en torno a su vida. Erickson sugiere que en este periodo la persona observa sus logros y desarrolla integridad si considera que ha llevado una vida acertada.

Los marcos implícitos con los que se evalúa y con los que la persona se enfrenta a la realidad se modifican conforme se desarrolla y alcanza la vida adulta. Las personas aprenden a interpretar los hechos de su propia vida de un modo nuevo a medida que su vida alcanza. Las capacidades reflexivas sobre vivencias propias se hacen más profundas y amplias. Esta habilidad, repercute necesariamente en nuestra visión de nosotros mismos, esto es, en el auto concepto y en la identidad (Corral, 2009).

El adulto mayor se ve expuesto con múltiples realidades (lo afectivo, lo físico, lo social y lo intelectual), cada uno con su propia complejidad y, como, tantas veces, su afrontamiento produce conflictos y contradicciones. Por el contrario, si la persona sabe aprovechar estas ocasiones, desarrolle lo que se conoce como esquemas de sabiduría (Corral, 2009).

En la edad madura suelen observarse un deterioro o una reducción de las capacidades físicas, quizá esto obliga a aceptar el fin de la vida laboral, y el cuidado de los otros, lo que puede derivar en otras consecuencias sociales como son: aislamiento, pérdida de contacto social, problemas instrumentales (bajos

ingresos económicos o pobreza, acceso limitado a los servicios de salud) y falta de estímulos o actividades de interés. A nivel emocional la persona puede experimentar baja autoestima, depresión, soledad, malestar, apatía, resentimiento, frustración y pérdida de independencia.

Si estas situaciones de vida por el contrario son favorables pueden representar un periodo de oportunidades y experiencias nuevas. Sin embargo, la realidad social en México, señala lo poco probable de estas circunstancias, al poner de manifiesto condiciones de pobreza, falta de seguridad social, abandono, maltrato y ausencia de políticas públicas que garantizan una vida digna (CONAPO, 2010).

De acuerdo a Erickson (1968), una tarea central del desarrollo a partir de la adolescencia consiste en conservar una identidad relativamente uniforme, es decir, un conjunto congruente de conceptos sobre los propios atributos físicos, psicológicos y sociales. Para los ancianos, mantener la cohesión de identidad personal puede ser muy importante cuando experimentan grandes cambios en su salud y en su forma de vida. En la teoría de Erickson esta circunstancia corresponde al conflicto psicosocial de integridad frente a la desesperación. Según Levinson (1986), existe un periodo de transición que entrelaza la estructura la vida anterior del individuo con la vejez. Atchley (1989), considera que tratamos de mantener una conducta congruente, porque esto nos hace sentir seguros de nuestros roles, capacidades y cambio de relaciones.

En el caso del consultante las decisiones tomadas en ciertas etapas de su vida, que en su momento considero como acertadas, en la actualidad tenían un valor distinto, porque el resultado de dichas acciones no corresponde a lo que él hubiera deseado vivir. De esta forma, los tiempos de vida se conectan, y se influyen recíprocamente. Esta experiencia es común para todas las personas, la benevolencia o severidad con la que se califican los individuos dependerá de lo cerca o lejos que estén de los resultados que socialmente se pueden considerar aceptables. Si tomamos esto como criterio, básicamente tenemos dos desenlaces; el éxito o el fracaso. Cualquiera que sea el aspecto con el que la persona se identifique, este formara parte de su individualidad.

En el caso de Mateo, daba la impresión que se ubicaba en el segundo grupo, por no reproducir una vida que refleje las normas apropiadas que la cultura establece. White (2002) sugiere que esta falta de correspondencia a los juicios normativos sociales, se origina por la percepción por parte de la persona por no haber realizado o cumplido con ciertas expectativas en su vida, no hacer uso de las oportunidades que se le presentaron o por haberse negado a satisfacer las expectativas sociales depositadas en él. Estos criterios de normalidad o de

sentido, son una parte un criterio de pertenencia social, pero al mismo tiempo un obstáculo para la persona.

Mateo se enfrentaba a este hecho, y la historia de su vida reflejaba estos conflictos derivados del poder social. Ante esto el propósito de la terapia fue invitarlo a pensar en posibilidades e hipótesis alternativas a estos juicios normativos.

Los procesos de cohesión y autonomía, junto con otros de menor proporción, presentes en el consultante y en su sistema significativo favorecieron que las relaciones familiares se reestructuraran y adquirieran un nuevo significado y al mismo tiempo desarrollar la individualidad.

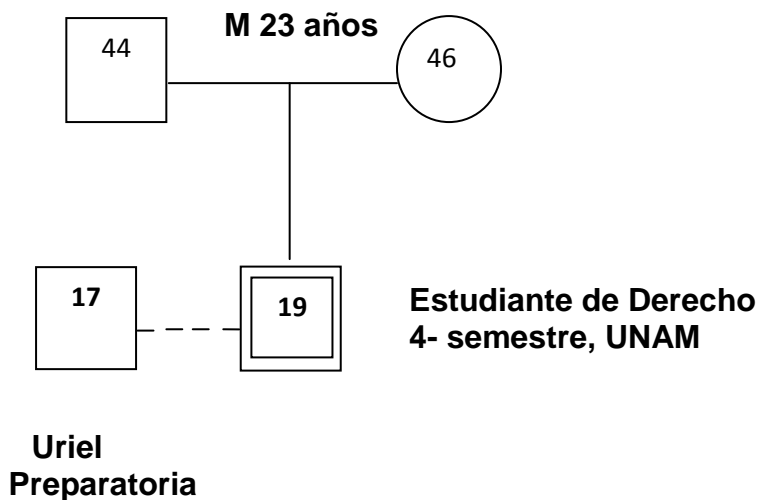
CASO 2:
“ENTRE LA ACEPTACIÓN Y EL RECHAZO; UN DILEMA DE IDENTIDAD”

Consultante: Javier

Numero de sesiones: 4

Modelo: Mental Research Institute (MRI)

Familiograma



Motivo de consulta: confusión sobre su identidad sexual.

Supervisor: Mtra. Erika Trujillo

Terapeuta: Oscar Arvizu López

Equipo: Mariana Cervantes, Abraham Islas, Laura Mancera, Giovanni Martínez, Jessica Mendoza, Luz Elena Nava, Raúl Reducindo, Gabriela Sandoval, Joan Le Turq y Mariana Ortiz.

DESCRIPCIÓN DEL PROCESO TERAPÉUTICO

Primera Sesión

Problema o queja

En el mes de diciembre del año anterior, Javier se relaciona de forma frecuente y cercana con su amigo. Comenzó a sentirse obsesionado con él, por lo que busco mantener un contacto personal de forma regular o a través del teléfono. Cuando no podía comunicarse o verlo; experimentaba ansiedad porque pensaba que él no deseaba verlo o prefería estar con otras personas.

La forma en que se relacionaba con su amigo, lo llevo a tener dudas sobre su orientación sexual. Aunado a ello, están los comentarios de amigos y de ambas familias.

Sumado a esta situación está el sentido que Javier le da al estado de ánimo de su amigo. En ocasiones cuando lo encuentra serio y no habla mucho, Javier interpreta esto como un signo de que algo no anda bien, lo interroga, pero este niega el hecho sobre el cual se le cuestiona; Javier no conforme con esta respuesta insiste nuevamente al punto de molestar a Uriel que termina por pedirle que lo deje solo, excusándose de que tiene cosas que hacer, sin reconocer que esta reacción obedece a la actitud de Javier. Bajo esa circunstancia Javier se ofende y se retira, confirmando que Uriel no revela su verdadero estado de ánimo, aumentando con ello sus dudas y su deseo por saber cuál estado real de su amigo.

Intentos de solución: El paciente ha buscado mantenerse ocupado, por medio de la escuela y otras actividades que realiza. También busca permanecer más tiempo con su amigo, lo que le permite disminuir la ansiedad que experimenta.

Los esfuerzos del paciente se orientan a permanecer en la relación, sin enfrentar el significado que estos sentimientos sugieren; así como, los que lo llevan a experimentar la ansiedad y preocupación por no estar con él.

Esta posición por parte del paciente es paradójica en dos niveles: Primero, no le es posible negar o controlar algo que le resulta espontaneo, como son sus sentimientos hacia su amigo. Segundo, el reconocimiento de estos sentimientos implicaría que se reconozca como homosexual; situación que no está dispuesto a admitir porque no desea exponerse a las consecuencias que esto le produciría; en principio: al rechazo por parte de su amigo a tener una relación.

Esto coloca al cliente en el siguiente problema: buscar un método que no presente riesgos, cuando un cierto grado de riesgo es inevitable.

En conclusión el foco de los intentos de solución están dirigidos a controlar sus ideas y sentimientos hacia su amigo; situación que resulta inevitable por el tipo de relación que mantienen.

Postura del paciente

A pesar de lo incomodo de su situación, el paciente se mantiene dentro de la relación, le es imposible mantenerse al margen o controlar sus sentimientos o ideas. Manifiesta ambivalencia en cómo interpretar la relación.

Pautas de Interacción Sistémica

Cuando Uriel se muestra distante, callado o no está con Javier, éste interpreta estas conductas como signos de que la relación entre ellos se está deteriorando, intenta confirmar esta suposición, llamándole y mostrándose inquisidor con él. Uriel se incomoda ante tal actitud y rechaza a Javier. Éste al no lograr confirmar sus suposiciones se angustia aún más, quedando probablemente con la híbris sobre-estimulada, lo que hace que aumenten sus esfuerzos para confirmar sus sospechas.

Su relación aparentemente es complementaria pero cuando surgen las sospechas y los cuestionamientos, se vuelve simétrica y ocurren ligeras escaladas. En el nivel digital Uriel no expresa rechazo hacia Javier, pero en el nivel analógico éste infiere cierta molestia y rechazo que lo lleva a una gran confusión.

Temáticas relevantes.

Explicaciones y Atribuciones de significado (Creencias, Valores, etc.)

Javier explica que su ansiedad se debe a que no deja de pensar en Uriel, que le atormenta no saber qué hace cuando no están juntos y al temor de no saber qué podría pasar si fuera homosexual. Dice que anteriormente ya había tenido esta situación con un amigo y que ante tal antecedente, lo que se puede hacer es esperar el mismo resultado, por lo tanto es menester cortar esta relación para poder terminar con su ansiedad.

Mitos, secretos o tabúes

Ante el tema de la homosexualidad, Javier se muestra reacio a aceptar esta tendencia, considera que es un imperioso sentimiento de fraternidad. Sin embargo su comportamiento indica una especie de enamoramiento. Piensa en él todo el tiempo y se pone celoso ante el contacto con otras personas, conviven muy de cerca y en ocasiones también hay contacto físico (juegos de cosquilleo). Cuando piensa en esa posibilidad no sabe cómo lo puede asumir su familia pero principalmente le preocupa cómo lo pueda interpretar su amigo, a quien tampoco le atribuye alguna tendencia homosexual a pesar de su situación actual.

Definición de metas

Se le pregunto al paciente sobre dos posible metas a trabajar en la terapia: la primera en relación a lo que experimenta y la segunda sobre el de tener mayor claridad sobre lo que significa la relación que tiene con su amigo.

Eligió que deseaba no experimentar, ansiedad y preocupación por su amigo; cuando no lo ve y no se comunica con él.

Plan terapéutico

Se dejó una tarea similar al “Diario a bordo” que proponen Watzlawick y Nardone en *“El arte del cambio”* en donde el objetivo es crear una respuesta paradójica de su síntoma. Deberá anotar todas sus respuestas fisiológicas de la ansiedad en un diario con el aparente objetivo de recabar información; lo que se busca es coartar la espontaneidad del síntoma, provocándolo e incluso controlándolo.

Para la próxima sesión se espera recabar información sobre los resultados de la tarea, si es que la hizo o no y porqué; además de indagar más en su contexto, familiar y en los significados existentes en relación a temas importantes como la homosexualidad.

Hipótesis:

- La ansiedad que experimenta Javier responde al hecho de que sus padres cuestionen o rechacen su orientación sexual.
- La orientación sexual de Javier puede producir un conflicto o distanciamiento entre sus padres.

Segunda sesión

Se revisó la realización de la tarea. El cliente refiere no traer todos los registros de las ocasiones que experimentó ansiedad. Menciona que durante 9 días identificó este estado; muestra en forma escrita lo correspondiente a dos días; y explica los restantes. No precisa cuantas ocasiones por día sucede esto -salvo en el registro escrito, donde por cada día, la ansiedad se presentó en dos ocasiones- la duración de cada episodio fue en promedio de 5 minutos.

El paciente aclara que los pensamientos que acompañaban la angustia se vieron modificados bajo su control, no fijando su atención y tiempo en ellos. Aunado a ello ha buscado permanecer más tiempo con su amigo; y mantener un contacto más frecuente con él; por lo que esto ha contribuido a reducir la ansiedad. No obstante los cambios reportados por el paciente, continúa señalando que la relación que mantiene con Uriel no lo hace sentir bien; sintiéndose incapaz de terminar con ella. Se le pregunta qué sucedería si él fuera homosexual, manifiesto un claro rechazo ante tal situación, confiesa que es algo que no aceptaría y que intentaría reprimirlo.

Revisión de la tarea

La mejoría mencionada por el paciente solo podría ser en apariencia; a nivel analógico se le percibía ansioso; tal vez podría ser posible que respondiera más a una cuestión de reciprocidad hacia el terapeuta; que al cambio derivado por las intervenciones.

Se señaló la importancia de que la terapia responda más hacia las expectativas del terapeuta; que hacia los objetivos del paciente.

Las creencias o prejuicios del terapeuta, influyen en las intervenciones o mensajes que se le brindan al paciente.

Falto connotar positivamente la mejoría del paciente al final de la sesión.

Intervenciones realizadas

Al final de la sesión se dijo al paciente que dadas las circunstancias, sentimientos e ideas que caracterizaban la relación que mantiene con su amigo, daba la impresión de que estaba enamorado. Lo inesperado de esta situación generaba dudas e incertidumbre en él, por lo que se mostraba ambivalente ante este estado.

Al no definir lo que desea obtener de este escenario, experimenta ansiedad; la cual funge como un aliado, que le permite manejar esta ambivalencia; en el momento en que él se decida como quiere conducirse en relación hacia su amigo y hacia sí mismo la ansiedad desaparecerá.

Plan terapéutico

Los intentos de solución de Javier, se ubican dentro de aquellas que proponen Fisch, Weakland y Segal en *“La táctica del cambio”* y que retroalimentan el problema.

Tal vez la tendencia de Javier a evitar confrontar ciertas situaciones podría pertenecer al intento de solución llamado: *“El intento de dominar un acontecimiento temido, aplazándolo”*

Tercera Sesión

Javier continúa experimentando cierta ansiedad por la falta de contacto y comunicación con Uriel, pero esta disminuye en la medida que se mantiene ocupado y en interacción con otras personas. Pensó sobre lo comentado en la sesión anterior, no desecha por completo la idea de sentir algo por Uriel, sin embargo, no cree que tenga una orientación claramente homosexual, dado sus antecedentes de las relaciones que ha mantenido anteriormente con mujeres. Se le pregunta sobre la opinión de sus padres en relación a este tema, responde que su madre es mucho más abierta dado su experiencia como maestra, por su parte el padre, rechaza por completo esta situación. Ambos se sentirían sorprendidos si él se declarara homosexual.

Revisión de las tareas

Reflexiona sobre los mensajes finales de la sesión anterior, reconoce sentir algo, pero no lo suficiente para definir una posición con respecto a su orientación sexual. Reconoce que logra frenar el propósito de buscar a Uriel si se mantiene ocupado y le da un significado distinto a la conducta de este último.

Intervenciones realizadas

Se le sugiere continuar manteniéndose ocupado y dándole significados distintos a la conducta de Uriel, ya que estas medidas le permiten manejar la preocupación y ansiedad por no estar con él.

Se le pide que piense cuales serían las desventajas de dejar de preocuparse por la relación que tiene con él. Para concluir, se le menciona que estos sentimientos no necesariamente lo obligan a que asuma una posición con respecto a su sexualidad.

Plan terapéutico

Plantear al paciente que la solución del problema implica amenaza o peligro.

La idea básica es hacerlo consciente de que surgirán nuevos problemas si se soluciona el que ahora es objeto de tratamiento. Una vez que se legitime esta postura, se espera que Javier abandone esos esfuerzos ya que únicamente perpetúan el problema.

Se le invita a considerar una posición distinta con respecto a la relación que mantiene con Uriel.

Cuarta Sesión

Se habla con Javier sobre las desventajas de dejar de preocuparse por Uriel, él responde que no logra encontrar ninguna, se le sugiere que si no se siente de esa forma, tal vez dejaría de frecuentarlo, o que se perdería la amistad entre ellos, y como consecuencia se alejaría de él.

Reflexiona sobre lo que se le ha dicho, y comenta que no lo había percibido de esa forma y que no le gustaría alejarse, pero tampoco desea sentirse ansioso y preocupado por la cercanía y aprecio que siente. Por otra parte sigue empleando los recursos identificados en las sesiones anteriores, pero no ha logrado corregir o eliminar por completo el problema. Finalmente concuerda, que no tiene por qué tener una postura por el momento con respecto a su sexualidad.

Revisión de las tareas

No encontró desventajas si cambiaba su conducta con respecto a Uriel, sin embargo, la conversación ocurrida durante la sesión, lo hizo cambiar de parecer con respecto a que sus sentimientos no necesariamente indican una orientación sexual y que por tanto no se siente obligado a definir una postura sobre el tema.

Intervenciones realizadas

Se le sugiere no apresurarse a cambiar; considerando que la relación con Uriel puede perderse o está en riesgo, asimismo se le sugiere que piense que tipo de relación desea entablar con Uriel y como debe presentarse.

Plan terapéutico

Orientar los intentos de solución del paciente en una dirección opuesta con el propósito de que el síntoma este bajo su control. Invitarlo a pensar que otros significados puede tener la relación con su amigo, sin que haya de por medio un marco de referencia de orientación sexual.

Resultados

Después de la cuarta sesión, Javier dejó de asistir a la terapia, se buscó contactarlo vía telefónica sin resultados. De acuerdo al discurso del paciente, el problema disminuyo pero no desapareció por completo, por lo tanto se cumplió parcialmente con el objetivo. No obstante, en el nivel analógico, los cambios referidos por el paciente, fueron más una muestra de cortesía hacia el terapeuta, que un cambio real. Un tema a la par hablado durante la sesión fue su orientación sexual, se dialogó con él, se ofrecieron ideas e hipótesis en torno a este aspecto de su vida, sin lograr que definiera una postura clara.

Análisis del caso

La conducción de este caso, fue de acuerdo a los principios del Mental Research Institute (MRI). Se siguió, en parte, la estructura del proceso terapéutico que indica el modelo; lo expreso de esa manera porque considero que no se aplicó de forma ortodoxa lo sugerido por esta aproximación para entender el problema y su

posterior intervención para lograr con ello el objetivo planteado por el paciente. No me extenderé en las dificultades que esto puede representar, o por el contrario del beneficio de incorporar elementos de otros modelos o aproximaciones terapéuticas en la terapia.

La falta de rigor metodológico y clínico en este caso, obedeció a que durante el desarrollo de la sesión el intercambio lingüístico entre terapeuta y consultante, presento una narrativa o historia, cuyo contenido no solo se orientaba a las conductas derivadas del problema o queja, sino también a los significados que la acompañan. Esto último represento una apertura, difícil de ignorar o dejar pasar por parte del terapeuta, equipo y supervisor. Bajo estas circunstancias, se tomó en forma simultánea ambas situaciones, atendiendo por una parte el objetivo del cliente de disminuir su ansiedad y preocupación y al mismo tiempo dialogar sobre las implicaciones en la vida del paciente sobre el significado de la relación.

La demanda en particular fue atendida por medio de técnicas y tareas propias del modelo del MRI, con resultados parciales. Con respecto a la apertura mostrada por el paciente, se buscó dialogar con él, ofrecer posibilidades e hipótesis alternativas, invitando con ello al paciente a mirar su situación desde una perspectiva distinta o múltiple.

La decisión de conducir el proceso de esta forma, represento un doble desafío: por un lado satisfacer el objetivo del consultante, y por otro la inclusión de los Sistemas Lingüísticos de Significado fueron un elemento útil dentro del desarrollo de las sesiones y no un obstáculo que interfiriera con el cumplimiento del primero.

El tema que surgió derivado del problema en el que se encontraba el paciente, fue el significado de la relación entre él y su amigo. La situación en este caso, era si los sentimientos que experimentaba eran de fraternidad o amor. La amistad o hermandad en sí mismas, parecen no ser suficientes para cuestionar o debatir una relación, pues ambas son una condición natural entre las personas. No obstante, el amor entre dos individuos del mismo sexo, puede ser una circunstancia que visto desde lo individual y social, puede resultar muy difícil de aceptar.

Dentro de las descripciones realizadas por el paciente sobre su persona, ninguna de estas incluía una orientación sexual distinta a la heterosexual, pese a que a las dudas que su comportamiento lo sugerían. Su desarrollo había sido bajo esa línea, con todas las prácticas, ideas y conductas que implican asumir esa identidad sexual. Por lo cual, era lógico que rechazara esta posibilidad.

Esta falta de aceptación por parte del paciente, no solo obedece a la experiencia e ideas propias de su identidad, sino también al sistema significativo (ambos padres) y al entorno social.

Esto representa un reto doble para el individuo: no solo tiene que enfrentar el hecho de que algo que para él era estable y permanente se ha transformado y por lo tanto dejara de ser lo que era, también tendrá que desafiar las referencias comunitarias dentro de las cuales se desarrolló.

El adoptar una identidad distinta a la impuesta socialmente, expone al individuo a la anulación o desfiguración de su individualidad.

Por esta razón, pese al deseo y voluntad de la persona por de-construir y transformar su identidad, siempre esta estará sujeta a la relación dialéctica entre el individuo y lo social.

Un aspecto adicional a considerar es como algunas identidades se sitúan en lo que Bauman (2005) llamaría "*Identidades de clase inferior*", es decir, ausencia de identidad, las cuales son arrojadas fuera del espacio social.

Cabría preguntarnos si la homosexualidad puede ser considerada en esta categoría, y por lo tanto la persona que la hace propia se expone a este tipo de resultado.

Si bien, es cierto que el proceso terapéutico se orientó a explorar esta posibilidad, el resultado de esta idea, no fue bien recibida por el cliente, esto en parte a lo anteriormente descrito y a la falta de otras explicaciones, alternativas o por problematizar un aspecto que no formaba parte del objetivo del paciente.

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Elaboración de la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar

La presente investigación se desarrolló dentro del marco de la materia de Medición y evaluación, bajo la dirección de la Dra. Dolores Mercado Corona. El grupo de investigación se formó con los compañeros de maestría: Raúl Reducindo Vázquez, Giovanni Martínez Ortega y Joan Le Turq Segovia.

Fundamentos involucramiento afectivo familiar

La familia desarrolla ciertas pautas o maneras relativamente estables de relacionarse entre sí. El conjunto de relaciones interpersonales e intrafamiliares - o funcionamiento familiar- tiene estrecha relación con el desarrollo físico, intelectual, psicológico y espiritual de cada uno de sus miembros (Louro, 2005; Gubbins, Venegas y Romero, 1999).

El funcionamiento familiar toma en cuenta la forma de relacionarse del grupo internamente, es decir al conjunto de relaciones interpersonales intersubjetivas que se dan en el interior de cada familia y que le dan una identidad propia que caracteriza al hogar. Dichas relaciones contribuyen a crear determinado clima emocional que será determinante para el equilibrio biopsíquico y el bienestar de sus integrantes.

Weinreich e Hidalgo (2004) y Rodrigo et al. (2004) consideran a la familia cómo un factor de riesgo que genera comportamientos no saludables en sus miembros o por el contrario, como un factor protector de dichos comportamientos.

De acuerdo con lo anterior, la calidad de las relaciones familiares es la clave para el bienestar del individuo y dicha calidad se relaciona con algunas dimensiones de un adecuado funcionamiento familiar.

Se ha mencionado que el modelo de funcionamiento familiar del McMaster, es un modelo que evalúa el funcionamiento de la familia a través de seis dimensiones, precisamente una de estas dimensiones (involucramiento afectivo), se utilizó como base para la construcción de este instrumento.

PROCEDIMIENTOS PSICOMÉTRICOS EN EL DESARROLLO DE LA ESCALA DE PERCEPCIÓN DE INVOLUCRAMIENTO AFECTIVO FAMILIAR

Dimensiones teóricas

De las seis dimensiones que integran el involucramiento afectivo en el modelo de McMaster; se consideraron en un inicio solo cuatro para la construcción de este instrumento, porque eran más claramente diferenciables entre sí. Prescindiendo del *involucramiento desprovisto de afecto* y el *involucramiento simbiótico* por considerarse semejantes a la *Ausencia de involucramiento* y *Sobre-involucramiento* respectivamente.

A continuación se presentan las dimensiones utilizadas en principio y posteriormente las dimensiones obtenidas a través del análisis estadístico.

Ausencia de involucramiento

No existe interés en las actividades o el bienestar de los demás.

Involucramiento egocéntrico

Habrà interés en el otro sólo si se beneficia a sí mismo, es un interés básicamente egocéntrico.

Involucramiento empático

Existe un interés verdadero en las actividades significativas del otro, aun cuando esto sea periférico al propio interés.

Sobre-involucramiento

Excesivo interés de uno hacia el otro, e implica sobreprotección e intrusión.

Dimensiones obtenidas por el análisis estadístico.

De las cinco dimensiones que integran la escala, solo el *involucramiento empático* y *egocéntrico*, mantuvieron una correspondencia con las dimensiones teóricas planteadas en un principio. Las dimensiones restantes, *desinterés*, *exceso de control* y *falta de comunicación* se obtuvieron a partir del análisis de validez factorial hecho al instrumento, por lo que adquirieron un nombre y un significado parcialmente diferente al que originalmente se pensó con las dimensiones teóricas de *sobre-involucramiento* y *ausencia de involucramiento*.

Involucramiento empático

Los integrantes del grupo familiar manifiestan preocupación, comprensión y protección entre ellos.

Desinterés

Los integrantes del grupo familiar expresan ausencia de apego y disposición de la familia hacia alguno de sus integrantes.

Exceso de control

La conducta de los integrantes de la familia se maneja a través de normas y límites rígidos que no dan lugar a comportamientos alternativos.

Egocéntrico

La satisfacción de intereses particulares está por encima del grupo familiar.

Falta de comunicación

La expresión de sentimientos, pensamientos y conflictos entre los integrantes de la familia es escasa.

CONFORMACIÓN DE LA ESCALA.

La Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar en un inicio se conformó de 178 reactivos: 35 de ausencia de involucramiento, 42 de involucramiento narcisista, 41 de involucramiento empático y 60 de sobre-involucramiento en correspondencia con el análisis de los antecedentes teóricos investigados, los cuales exploran cada una de las dimensiones consideradas para el involucramiento afectivo.

Los reactivos se aleatorizaron y se presentaron en un formato tipo Likert con 4 opciones de respuesta relativas a la frecuencia: “Totalmente en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”.

Prueba de claridad

Con el propósito de identificar si las instrucciones y afirmaciones que componen la escala eran claras y entendibles, se realizó un piloteo con 10 sujetos con características semejantes a la población objetivo.

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

Se empleó el método de jueces Q-sort que sirve para determinar si cada uno de los reactivos mide la dimensión teórica que pretende medir.

Los reactivos se sometieron a la opinión de expertos y como resultado se eliminaron del instrumento un total de 58 reactivos.

Características de la muestra

Para obtener los índices psicométricos de validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó la Escala de Percepción del Involucramiento Afectivo Familiar (EPIAF) a una muestra de 300 participantes de bachillerato, con una media de edad de 16 años de los cuales 49% fueron hombres; así como también 51 participantes de licenciatura, con una media de edad de 21 años, y cuyo número de participantes fue el mismo para ambos sexos; todos los sujetos son residentes en el Distrito Federal y estudiantes de una escuela privada ubicada en la zona centro de la ciudad de México.

Calidad discriminatoria

Se sometió a prueba la capacidad discriminatoria de los reactivos y con el método de grupos extremos se eliminaron 7 reactivos más.

Validez factorial

Para conocer la estructura factorial de los 113 reactivos que discriminan entre los grupos de sujetos con puntuaciones altas y bajas, se aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación *varimax* que se detuvo a las 61 iteraciones. Los resultados mostraron la agrupación de 64 reactivos en 7 factores que explican el 26.41% de la varianza total.

El criterio para considerar que un reactivo pertenece a un factor fue que su carga factorial sea igual o mayor a 0.30. En el caso de reactivos que se agruparon en más de un factor; se tomó como criterio de asignación la carga factorial más alta y su congruencia conceptual.

El nombre de los factores, el porcentaje de la varianza que explican y el número de reactivos que lo componen se presentan en la tabla 1

Tabla 1. 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	Involucramiento empático	8.90%	22
2	Desinterés	4.16%	12
3	Exceso de control	3.50%	8
4	Egocéntrico	3.24%	7
5	Falta de convivencia	2.46%	6
6	Falta de comunicación	2.41%	5
7	Involucramiento por conveniencia	2.24%	4
	TOTAL	26.41%	64

La estructura factorial de la prueba estuvo formada por 7 factores denominados *involucramiento empático, desinterés, exceso de control, egocéntrico, falta de convivencia, falta de comunicación e involucramiento por conveniencia*. Se observa que el factor 1 *involucramiento empático* y el factor 2 *desinterés* contienen más reactivos que los demás factores, agrupando 22 y 12 reactivos respectivamente.

De los siete factores el factor número 1, es el único que se asocia con un adecuado involucramiento familiar, por el contrario los seis restantes evalúan o identifican un involucramiento afectivo disfuncional.

Confiabilidad

Para conocer la confiabilidad de la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar, se calculó el *alfa de Cronbach* para cada uno de los factores encontrados; así como el alfa total del instrumento. El criterio de aceptación fue de valores superiores a 0.70.

La siguiente tabla presenta los resultados del coeficiente alfa, así como el número de reactivos correspondientes a cada factor.

Tabla 2. Coeficientes de confiabilidad de los factores.

Factor	Coeficiente alfa	Número de reactivos
Factor 1: Involucramiento empático	0.91	22
Factor 2: Desinterés	0.83	12
Factor 3: Exceso de control	0.79	8
Factor 4: Egocéntrico	0.76	7
Factor 5: Falta de convivencia	0.61	6
Factor 6: Falta de comunicación	0.71	5
Factor 7: Involucramiento por conveniencia	0.63	4

Los resultados de este análisis muestra que los factores *involucramiento empático*, *desinterés*, *exceso de control*, *egocéntrico* y *falta de comunicación* obtuvieron coeficientes de confiabilidad superiores a .70. Para los factores *falta de convivencia* e *involucramiento por conveniencia* la consistencia obtenida fue menor a 0.70 por lo que al no satisfacer el criterio de aceptación fueron eliminados del instrumento.

El alfa total se calculó con base a los factores cuyo índice de consistencia fue superior a .70, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de .93, que indica que los reactivos que integran cada factor realizan mediciones estables y consistentes, con un adecuado nivel de correlación entre ellos.

La tabla 3 presenta los factores cuyo índice de confiabilidad fue superior a .70 y el número de reactivos de cada una de los factores, así como la escala total.

Tabla 3. Coeficientes de confiabilidad de los factores.

Factor	Coeficiente alfa	Reactivos
Factor 1: Involucramiento empático	0.91	22
Factor 2: Desinterés	0.83	12
Factor 3: Exceso de control	0.79	8
Factor 4: Egocéntrico	0.76	7
Factor 5: Falta de comunicación	0.71	5
Alfa total:	0.93	54

Por lo tanto la estructura de la prueba quedó conformada por cinco factores; que agrupan 54 reactivos; y cuya alfa total es de .93.

Validez de criterio.

La validez de criterio permitió corroborar contra un criterio externo lo que mide el instrumento. En esta investigación se compararon las medias de los grupos, de bachillerato y de licenciatura por medio de una prueba t para muestras independientes.

Se espera que el proceso de separación e individuación que presenta cada grupo sea distinto de acuerdo al ciclo de vida o etapa de desarrollo en el que se encuentra y que esto sirva de criterio para establecer diferencias en relación al grado y estilo de involucramiento entre ambas poblaciones.

Tabla 4. Resultados de la prueba t de Student que compara las medias de los factores de la prueba de los sujetos de bachillerato y de licenciatura.

Factores	Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias			Bachillerato		Licenciatura	
	F	Sig.	t	gl.	Sig (Bilateral)	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE
	Empático	13.713	0.000	-22.424	97.837	0.000	39.08	11.11	65.56
Desinterés	0.109	0.741	1.776	349	0.077	22.35	6.72	20.52	7.02
Exceso de control	3.990	0.047	2.956	87.431	0.004	12.18	4.05	10.80	2.89
Egocéntrico	1.922	0.167	1.065	349	0.288	13.86	3.91	12.47	3.17
Falta de comunicación	1.534	0.216	2.795	349	0.005	9.59	3.07	8.31	2.64
Suma total de factores 1, 3 y 5	38.244	0.000	- 17.4903	148.606	0.000	96.29	22.63	117.68	11.25

Los resultados obtenidos arrojaron diferencias significativas en los siguientes factores: factor 1 *involucramiento empático* ($p= .000$), factor 3 *exceso de control* ($p= .004$), factor 5 *falta de comunicación* ($p= .003$) y en la calificación total de los factores 1, 3 y 5 del instrumento $p= .000$ (ver tabla 1). Se puede decir que el instrumento es sensible y discrimina en diferentes poblaciones en estos tres factores y en la calificación total del mismo.

Se observó que los factores sensibles a este criterio fueron los factores de *involucramiento empático*, *exceso de control* y *falta de comunicación* (1,3 ,5) lo que indicó que discriminan en poblaciones diferentes. Las medias de cada grupo indican, que los estudiantes de licenciatura perciben un mayor involucramiento empático que los de bachillerato; por el contrario, en los factores de exceso de control y falta de comunicación los estudiantes de bachillerato perciben una mayor

presencia de límites y normas rígidas, así como comunicación inadecuada con su familia. Los factores *desinterés* y *egocéntrico* (2 y 4) no mostraron sensibilidad, por lo tanto no discriminan por grado académico y edad. No obstante, se sometieron a prueba en la validez concurrente para observar su utilidad.

Validez concurrente

Se sometió a prueba la validez concurrente de la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar con la prueba de Relaciones Intrafamiliares (Rivera, M.E. y Andrade, P., 2008).

Se llevó a cabo una correlación bivariada la cual tuvo el objetivo de hacer una correlación entre los reactivos de la Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar (2011) y algunos reactivos de la Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.).

De acuerdo a este análisis existe una correlación significativa de $-.712$ entre la suma total de reactivos de la ERI y la suma total de reactivos de la prueba de la EPIAF.

La tabla 5 muestra la correlación encontrada de la EPIAF y de la ERI.

Tabla 5. Correlación entre la prueba criterio y la EPIAF

		Suma total de reactivos de la ERI
Suma total de reactivos de la EPIAF	Correlación de Pearson	-.712
	Sig. (bilateral)	.000
	N	300

La correlación es significativa al nivel 0,00 (bilateral).

El factor de la prueba de EPIAF que correlaciona de forma más alta con la sumatoria de la prueba criterio, es el *involucramiento empático*, con un coeficiente de $.787$. Los demás factores de la EPIAF que son *desinterés*, *exceso de control*, *egocéntrico* y *falta de comunicación*, también correlacionan significativamente de forma negativa con la sumatoria de la prueba criterio con coeficientes de: $-.477$, $-.378$, $-.264$ y $-.489$ respectivamente.

Los factores de la EPIAF; *involucramiento empático*, *desinterés*, *exceso de control*, *egocéntrico* y *falta de comunicación*, correlacionaron significativamente con los factores *unión* y *apoyo* y *expresión afectiva* de la ERI, con coeficientes de .758, -.433, -.359, -.240 y -.466 en el factor *unión* y coeficientes de .738, -.466, -.360, -.254 y -.467 en el factor *expresión afectiva*, respectivamente.

La tabla 6 muestra las intercorrelaciones encontradas entre la EPIAF y la ERI

Tabla 6. Intercorrelaciones entre factores y sumas totales entre la ERI y la EPIAF.

	Suma total EPIAF	Factor 1 inv. Empático	Factor 2 desinterés	Factor 3 exceso de control	Factor 4 egocéntrico	Factor 5 falta de comunicación
Suma total ERI	-.712(**)	-.787(**)	-.477(**)	-.378(**)	-.264(**)	-.489(**)
Factor 1 Unión	-.673(**)	-.758(**)	-.433(**)	-.359(**)	-.240(**)	-.466(**)
Factor 2 Expresión	-.676(**)	-.738(**)	-.466(**)	-.360(**)	-.254(**)	-.467(**)

La correlación es significativa al nivel 0,00 (bilateral).

De acuerdo a estos resultados; puede interpretarse que la correlación negativa entre ambas escalas indica que miden constructos semejantes pero en diferente dirección.

Asimismo la correlación entre el *involucramiento empático* de la prueba EPIAF y los factores *unión* y *apoyo* y *expresión afectiva* de la ERI, así como su sumatoria fue la más alta en relación con el resto de los factores quizá debido a que estas dimensiones miden un adecuado involucramiento afectivo. El resto de los factores de la EPIAF correlacionaron con los factores y sumatoria de la E.R.I de forma negativa. Lo que quiere decir que miden constructos similares en forma opuesta.

Por lo tanto la estructura de la EPIAF quedó conformada por cinco factores; que agrupan 54 reactivos; y cuyo coeficiente de alfa total es de .93.

CONSIDERACIONES AL PROCEDIMIENTO PSICOMÉTRICO

La Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar es un instrumento de medición que cuenta con índices de validez y confiabilidad aceptables. Esta permite determinar la funcionalidad o deficiencia de un individuo y del sistema familiar al que pertenece con base a la percepción de este último.

La escala representa un medio y una alternativa útil en la fase de evaluación familiar. Su uso puede extenderse a la etapa de tratamiento, donde puede emplearse como un recurso para identificar si las intervenciones empleadas con la familia o individuos produjeron cambios.

REFERENCIAS

- Baeza, S. (2000). El rol de la familia en la educación de los hijos. *Psicología y Psicopedagogía*. Publicación virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador, Año I, 3. Recuperado el 15 de noviembre de 2010, de <http://www.salvador.edu.ar/ua1-9pub01-3-06.htm>.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.
- Epstein N, Bishop D. y Baldwin L. (1983) MCMASTER Model of Family Functioning: A view of Normal Family. En Walsh. *Conceptualizations of Normal Family Functioning: A view of the normal Family*. Nueva York: Family Process, Gardner Press.
- Florenzano, R., Sotomayor, C. y Otava, P. (2001). Estudio comparativo del rol de la socialización familiar y factores de personalidad en las farmacodependencias juveniles. *Revista chilena pediatría* [online]. **72**, 219-233. Recuperado el 17 noviembre 2010, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062001000300006&lng=es&nrm=iso
- Gubbins, V., Venegas, C. y Romero, S. (1999). Promoción de la salud y el rol de la familia. Recuperado el 15 de noviembre de 2010, de http://www.cide.cl/familia/promocion_salud_cide_gubbins_romero_venegas.do
- Jadue, G. (2003). Transformaciones familiares en Chile: riesgo creciente para el desarrollo emocional, psicosocial y la educación de los hijos. *Estudios pedagógicos*. [Online]. **29**, 115-126. Recuperado el 17 noviembre 2010, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071807052003000100008&lng=es&nrm=iso
- Large, T. (1989). Some aspects of loneliness in families. *Family Process*, **28**, 25-36.
- Louro, I. (2005). Modelo de salud del grupo familiar. *Revista Cubana Salud Pública*. **31**, 10-15.
- Muchnik, E. y Seidmann, S. (1998). *Aislamiento y Soledad*. Buenos Aires: Eudeba.
- Musitu, G., Román, J. y Gutiérrez, M. (1996). *Educación familiar y socialización de los hijos*. Barcelona: Idea Universitaria.

- Pinto, F., Segovia, J., Zegarra, V., Martínez, M., Ortiz, M., Camacho, O. e Isidoro, J. (2002). Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Recuperado el 19 de noviembre de 2010, de http://www.unfv.edu.pe/publicaciones_unfv/w%C3%B1ay_7/pdf/FLORITA%20PINTO,%20PSICOLOGIA.pdf.
- Rivera, M. y Andrade, P. (2010). *Escala de evaluación de las Relaciones Intrafamiliares (E.R.I.)*. **Uaricha** Revista de Psicología, 14, 12-29.
- Rodrigo, M. J., Márquez, M.L., García, M., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., y Martín, J. C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema* 2004, 16, nº 2, 203-210/ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG. Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de <http://www.psicothema.com/pdf/1183.pdf>
- Rodríguez, M. (1999). La familia multiproblemática y el modelo sistémico. *Perspectivas sistémicas* (Artículos on line). Recuperado el 20 de noviembre de 2010, de <http://www.redsistemica.com.ar/multi.htm>
- Velasco, M. y Luna, M. (2006). *Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja*. México: Pax-México.
- Weinreich, M. e Hidalgo, C. (2004). Intervención de Salud en Familias de Alto Riesgo Biopsicosocial: Seguimiento a Largo Plazo del Funcionamiento Familiar. *Psykhé*. [online], 13, 33-42. Recuperado el 17 de noviembre de 2010 de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282004000100003&lng=es&nrm=iso
- Westhey, W.A. y N.B. (1969). *The silent majority*. San Francisco: Jossey-Bass.

3.2.1 Reporte de investigación con metodología cualitativa.

El proyecto titulado “*el papel de la familia en la reinserción social de delincuentes*” que elabore junto con Raúl Reducindo Vásquez durante la formación, tuvo como objetivo realizar un acercamiento al tema de la Reinserción Social de personas que habían cometido algún delito federal, desde un enfoque cualitativo. En este sentido buscábamos conocer cuál era la visión que las personas tenían acerca de los elementos familiares que les habían favorecido una adecuada Reinserción Social. Nuestra investigación se sitúa más allá de los datos estadísticos, dándoles voces a los protagonistas de estas situaciones y exponiendo sus valoraciones. El resumen de esta investigación se presenta a continuación.

EL PAPEL DE LA FAMILIA EN LA REINSERCIÓN SOCIAL DE DELINCUENTES

I) ¿Por qué y para qué esta investigación?

En México los delitos cometidos por adultos, plantean una problemática importante de abordar. En el contexto internacional, de acuerdo con la encuesta Global Opinión trends 2002-2007, realizada en 47 países, México ocupa el lugar 17 entre los países donde la delincuencia es considerada como problema muy grave (The Pew Global Attitude Project, 2007).

El Programa Nacional de Seguridad Pública 2008-2012 (PNSP) elaborado por el gobierno federal forma parte de una estrategia global de impulso al desarrollo del país y para poner en marcha un sistema integral que vincula el Plan Nacional de Desarrollo y los programas que emanan de él, para garantizar la seguridad y tranquilidad de las familias mexicanas. Este programa concibe en materia penitenciaria importantes ventanas de oportunidad, en donde es necesario articular los programas y mecanismos de reclusión y de reinserción de los internos sentenciados en los tres ámbitos de gobierno, así como recuperar el sentido original de los centros penitenciarios, como espacios donde se promueva la reincorporación de los sentenciados a la sociedad.

La prisión debe concebirse como un mecanismo para reintegrar a la sociedad a quien ha transgredido las normas de convivencia social. Por ello este PNSP promueve que se apliquen programas educativos y de capacitación para el trabajo de los internos, y que se realicen actividades de esparcimiento, deportivas e incluso culturales, que permiten el restablecimiento de los vínculos familiares y la readquisición de valores.

El primer reto con el que se encuentra una persona al salir de prisión es luchar contra los efectos de la prisionización, entendida como los efectos iatrogénicos y

perniciosos que provoca la estancia en prisión y que son más intensos en función de muy diversos factores, como por ejemplo, el tiempo de estancia en prisión, el régimen de vida al que haya estado sometido, la edad de la persona encarcelada, la existencia de apoyos personales y/o familiares fuera de la prisión, la madurez psíquica de la persona así como su capacidad económica, etcétera.

La cárcel ha supuesto un proceso de desidentificación personal y de re identificación con valores y hábitos propios de la subcultura carcelaria que impone condiciones de vida anormalizadoras, característicos de una institución segregativa de exclusión social (Goffman, 1984).

Machiori (1982) plantea que la familia presenta características propias, con su propia historia con un proceso histórico particular y que se ubica en un contexto socio-económico y cultural, que contribuye fundamentalmente a la naturaleza de la conducta delictiva realizada por un miembro del grupo familiar. De ahí la importancia del estudio de la familia del delincuente para su comprensión y posible tratamiento.

Derivado de lo anterior, el interés de esta investigación es realizar un acercamiento a la realidad de la persona que estuvo privada de su libertad por delito federal y el papel que juega la familia en su proceso de reinserción social, las investigaciones del tema orientan por lo regular hacia los factores precipitantes de la conducta delictiva y pocos son los estudios que pueden orientar hacia los factores familiares que previenen la reincidencia y la reinserción social exitosa en este tipo de población. En este sentido las razones para realizar esta investigación pueden ser los siguientes, primero, la carencia de investigaciones para comprender este fenómeno en México y segundo, entender cuáles son los factores familiares que pueden permitir la reinserción social de las personas que perdieron su libertad por delito federal. Los resultados de esta investigación podrán orientar los programas de reinserción social que pretende la estrategia-penitenciaria 2008-2012 del gobierno federal en el área de reinserción social y en específico con la familia del liberado o preliberado, y las posibles estrategias de intervención con la familia de la persona que estuvo privada de la libertad para favorecer su reinserción social.

Teoría e ideas que pueden explicar el problema planteado

El proceso de reinserción social constituye un marco en el cual las personas deben seguir creciendo y madurando en condiciones de menor protección, mayor libertad y contacto con la sociedad. Se busca que se genere autonomía personal e integración social, también supone un estilo de vida autónomo en los diferentes ámbitos (personal, familiar, escolar, comunitario, laboral), es decir un proceso

global, dinámico, no finalista y en el que aparecen problemas y crisis, pero también logros y satisfacciones (Proyecto Hombre, 04). En este sentido en el proceso de reinserción social de los liberados y preliberados por delito federal y de sus familias no solo se tiene que contemplar la adquisición de aprendizajes en el tratamiento, sino principalmente la adquisición de habilidades y competencias, así como la puesta en práctica dentro de un proyecto de vida en los ámbitos de la cotidianidad.

De acuerdo a Manzano (1991) las necesidades de primer orden para hacer efectivo el proceso de reinserción social, son fundamentalmente tres: Primero, la reintegración laboral es la necesidad más importante, vinculada a la posibilidad de desarrollar un trabajo estable, y de reunir previamente para ello las condiciones necesarias para hacerlo posible: disposición y expectativas de trabajar, entrenamiento y experiencia laboral, calificación técnica y formación académica o profesional. El hecho de que esta población se vea afectada por la falta de acceso al mercado de trabajo, y este sea un problema fundamental tanto antes de ingresar como cuando salen de prisión, tiene su explicación en las propias funciones sociales del sistema punitivo penitenciario que se aplica —y trata de ser un mecanismo de inculcación de la disciplina social— a aquellos sectores sociales que no son disciplinados por otras vías como la fábrica, la escuela o la familia (Melossi y Pavarini, 1987).

Segundo, la recomposición familiar, manifestada como necesidad de apoyo familiar. Las propias familias consideran necesario el apoyo familiar, bien por ser inexistente, habiéndose deteriorado las relaciones en el hogar, bien por considerar necesario un reforzamiento de los lazos dado que éstos se han debilitado durante el tiempo en que ha permanecido un familiar recluido.

Tercero, el tratamiento socio-sanitario, relacionado con la necesidad de dejar las drogas. Supone una especial preocupación por la realidad específica de drogodependencias que afecta aproximadamente a las dos terceras partes de personas sobre las que recae la sanción privativa de libertad.

El proceso de reintegración social va a depender directamente del grado y formas de desarraigo social que se presenten en la vida del individuo. Ya hemos definido y caracterizado éstas en el apartado anterior, pero aún nos resta precisar la medida y evolución de éstas dificultades, consideradas hasta el momento de forma aislada. Se presentan en los mismos individuos y familias, y por tanto son además dificultades acumuladas.

Lógicamente, a medida que un sujeto esté afectado por una sola de estas necesidades (trabajo, dejar las drogas...) su proceso de reintegración será más

fácil y su nivel de desarraigo menor. Por el contrario, una persona que presenta todas las necesidades y por tanto problemáticas apuntadas, presentará un alto grado de desarraigo social; su proceso de reintegración será mucho más difícil, puesto que tanto su situación actual como las condiciones objetivas necesarias para la normalización de su vida social, son muy desfavorables.

De acuerdo a este autor se pueden distinguir tres grados de acumulación de necesidades que inciden en la posibilidad o no de reintegración al salir de prisión:

1. Sin dificultades exógenas para la reintegración

Son aquellas familias que a la salida de prisión de su componente excarcelado se encuentran en condiciones objetivas óptimas para su reintegración: sin problema de drogodependencia, sin conflictos graves en el hogar, con un relativo equilibrio afectivo con el excarcelado, etc. Estas familias representan aproximadamente el 2,5 % del total de la muestra estudiada por Manzano. Son por tanto tan sólo una de cada cuarenta las personas que no tienen estos problemas de reintegración social a la salida. Estas personas únicamente tendrán que afrontar los problemas derivados de los efectos nocivos de la estancia en prisión (imagen social, choque psicológico que produce la salida, readaptación ambiental del familiar liberado...)

2. Condiciones favorables para la reintegración

Son aquellas personas que a la salida de la prisión únicamente están afectadas por una de las distintas situaciones problemáticas arriba consideradas; consecuentemente esto significa que las posibilidades para neutralizar y atender esa necesidad específica sean mucho mayores. En esta situación se encuentra entre un 5% y un 10% del total de personas excarceladas y, por tanto, es una situación que afecta a una de cada veinte familias.

3. Condiciones desfavorables para la reintegración

Se ha tipificado en este apartado a aquellas familias del excarcelado donde se presentan de forma acumulada tres situaciones problemáticas. En este sentido, suele ser frecuente que existan conjuntamente problemas de reintegración laboral, recomposición familiar o tratamiento socio-sanitario. A este grupo pertenecen entre el 20 % y el 25 % de las familias, es decir, una de cada cinco personas al salir de prisión.

4. Condiciones muy desfavorables para la reintegración

Cuando presentan al salir de prisión un alto grado de acumulación de necesidades; este grupo se ve afectado por cuatro o más problemas. Este es un sector con condiciones objetivas de alto riesgo de reincidencia dada la presencia de una gran multiplicidad de factores de desarraigo. En la muestra estudiada por el autor representan alrededor del 70 % de la población y son por tanto dos de cada tres personas que salen de prisión. Las situaciones más frecuentes son las dificultades de trabajo, de apoyo familiar, drogodependencias y los problemas afectivos o de relaciones primarias.

En un estudio hecho en México con menores infractores (2007) se encontró en la familia de los beneficiarios que el evento infractor genera un movimiento en la familia, que va desde lo fisiológico, emocional, hasta lo económico y de relaciones sociales.

Con respecto al proceso de reinserción familiar se observaron cambios con diferencias importantes en la comunicación, disminución en el uso de la violencia y en la resolución de conflictos derivado de la apropiación y/o fortalecimiento de los roles dentro de la familia. Se definieron tareas y responsabilidades, lo que facilitó el establecimiento de límites entre los subsistemas familiares, con las bases que la comunicación, la escucha y tolerancia proporcionó frente a las problemáticas cotidianas. En resumen en este estudio se observaron incremento en los factores de protección a nivel familiar en cuanto a los cambios en la comunicación, el apoyo mutuo, la responsabilización, la definición de roles, la disminución de conflictos que favorecen una dinámica familiar mayormente satisfactoria para los integrantes. Se observó también que la carencia de la contención familiar es un pivote determinante que dificulta el proceso de reintegración social y favorece la reincidencia en conductas delictivas (Fernández, Guzmán, & Rosales, 2007).

Programas de reinserción en diferentes países

Los programas de rehabilitación tienen como finalidad que los reclusos no vuelvan a delinquir y sean capaces de reinsertarse en la sociedad al momento de ser liberados. Estos programas, cuando han sido debidamente diseñados e implementados, pueden proveer estabilidad y orden al interior de las cárceles, disminuir el ocio de los internos y el estrés asociado a vivir encarcelados, mejorar la vida de los ex reclusos y sus familias y ayudarlos a reinsertarse en la sociedad para finalmente, reducir las conductas delictivas de estos. (Mears et al., 2002).

En la medición de efectividad de los programas de rehabilitación -en términos de

la reducción de la reincidencia- se han identificado ciertas dificultades metodológicas, como por ejemplo, que la reincidencia se puede medir de distintas formas y, que pueden existir características personales de los individuos que distorsionen los resultados de un determinado programa. Debido a lo anterior, desde mediados de los años 70, se ha venido desarrollando una discusión en torno a la efectividad de los programas de rehabilitación.

En 1974 en Estados Unidos, Martinson estudió los programas de rehabilitación realizados en las cárceles, generando un debate en todo el mundo en torno a si éstos eran efectivos en reducir la reincidencia, concluyendo que los esfuerzos de rehabilitación no tenían un efecto significativo en la disminución de ésta. Años más tarde, otros investigadores (Gottfredson, 1979; Logan y Gaes, 1993), concluyeron lo mismo, logrando que la idea de los programas de rehabilitación para reclusos se transformara en una doctrina comúnmente llamada en la literatura como “Nothing Works”.

Como contrapartida, los autores Palmer (1975), Cullen y Gilbert (1982), Gendreau y Ross (1987), entre otros, refutaron la idea propuesta por Martinson, encontrando una sólida evidencia de que algunos programas de rehabilitación sí funcionan, generando una corriente de pensamiento conocida como “What Works”. Más recientemente, el Instituto Australiano de Criminología y el Congreso de Estados Unidos han afirmado que la rehabilitación logra reducir la conducta delictual en algunos reclusos, con lo cual la clave no está en descubrir si algún programa funciona o no, sino en cómo y para quién funciona. En este contexto, se ha postulado que los programas de rehabilitación efectivos son aquellos que logran conjugar cada programa con las necesidades, circunstancias y estilos de aprendizaje de los individuos.

En relación con las características de los programas de rehabilitación y reinserción que corresponden a Estados Unidos, Inglaterra y Australia, es posible establecer:

- Que los programas laborales incorporan trabajos agrícolas y servicios de mantención del establecimiento penitenciario (servicios de aseo, comida y lavandería). Adicionalmente, se han desarrollado las llamadas prisiones industriales, en las cuales privados arriendan instalaciones al interior de las cárceles para que los reclusos trabajen en la manufactura de productos.
- Que la cobertura en materia de educación al interior de las cárceles incluye programas de educación básica y secundaria, así como programas de aprendizaje vocacional, los que enseñan a reclusos conocimientos laborales y habilidades para que puedan acceder a trabajos legales una vez liberados.

- Que los programas dirigidos a la población especial, específicamente a los drogadictos y alcohólicos, se han desarrollado en dos modalidades diferentes: como programas residenciales, en los cuales los internos tratados viven en unidades aisladas del resto de la población reclusa y, no residencial. También en estos países existen las llamadas comunidades terapéuticas, que proveen a los individuos de la fuerza y los incentivos necesarios para cambiar sus actitudes y conductas. Los programas residenciales desarrollados utilizan modalidades que incluyen asistencia psicológica individual, grupos de lecturas y actividades recreacionales. Finalmente, es posible mencionar la existencia de estrategias para reducir el nivel de consumo de drogas en las cárceles. Algunas de ellas son: realización de test de drogas, mejoramiento de la seguridad en el perímetro del recinto y, mayor vigilancia cuando se realizan las visitas al interior de los establecimientos.

- Que los programas psicológicos adoptan esquemas de tratamiento diferenciados, esto es, tanto individuales como grupales. Un ejemplo de programas individuales son los cognitivos conductuales, basados en la visión de que las cogniciones (qué y cómo pensamos) son aprendidas y afectan las elecciones de conductas. Con respecto a los programas grupales, existen las terapias familiares y las comunidades terapéuticas entre otras.

- Que los programas de reinserción son claves en los procesos de disminución de reincidencia. La rehabilitación de las personas que han estado privadas de libertad no puede terminar con los programas intrapenitenciarios, sino que debe continuar luego de que el individuo es puesto en libertad. Para esto, resulta indispensable generar nexos con organismos del medio libre que apoyen y orienten a los ex reclusos en la búsqueda de oportunidades de trabajo, de vivienda, y en la continuación de los estudios, entre otros. Estas razones han motivado la puesta en marcha de una serie de iniciativas similares en los países analizados.

Finalmente, existe consenso en los tres países analizados que para poder implementar con éxito los programas de rehabilitación mencionados anteriormente, es necesario que se cumplan los siguientes requisitos:

- Que exista una oferta programática integral.

- Que los programas estén dirigidos a las necesidades específicas de cada individuo.

- Que exista un buen sistema de clasificación de los internos.
- Que los programas estén diseñados en forma rigurosa y sean evaluados en forma periódica.
- Que el personal que entregue los programas esté debidamente capacitado.
- Que exista continuidad en la entrega de programas.

De acuerdo a Cereceda (2004) el proceso de reinserción social pasa por tres fases principales:

1. El primer mes de salida.

- Después de la emoción y ansiedad inicial de haber obtenido la libertad se genera en la persona confusión y temor en cuanto a cómo reconstruir las relaciones familiares y sociales en el nuevo contexto. La persona vuelve a una familia que está organizada y funciona prescindiendo del interno, por lo que éste se percibe sin un lugar en el contexto familiar y sin un rol claro en relación a su familia, lo cual genera un sentimiento de frustración, temor y desconfianza en sí mismo.

- A lo anterior se suma la falta de actividad y de dinero que experimenta el ex interno. Esta situación genera frustración por no cumplir con su rol de proveedor de la familia, a lo que se suma el sentir que no cuentan con dinero para desarrollar su vida y satisfacer sus necesidades básicas. En esta fase inicial de reinserción es fundamental que instituciones o personas que apoyen al interno que ha salido de la cárcel y su familia.

Se requiere un trabajo con la familia de modo que ésta puede asumir una actitud positiva e integradora, y para que pueda entender el proceso que están viviendo como grupo y sepan cómo enfrentar en conjunto y en forma adecuada esta situación que es bastante crítica.

2. El segundo mes de salida: fase crítica.

- Alrededor del segundo mes se produce lo que los ex internos califican de la “gran crisis”. Es en este momento cuando las cosas se ponen más difíciles. La persona en libertad siente que la familia lo sobreprotege, que los “aplastan con sus cuidados” y que por ende no los “dejan ser”. Al mismo tiempo es la fase en que surgen dudas se realmente queda algún amigo y se comienza a cuestionar si de verdad uno puede o quiere hacer una nueva vida.

La falta de oportunidades de la sociedad para que la persona pueda configurar un espacio de encuentro con otros, especialmente por la falta de trabajo., instancia central de integración en el mundo masculino, genera en los individuos

sentimientos de marginalidad y desconfianza en sí mismos y un cuestionamiento acerca de lo que se puede esperar en el futuro. Claramente el apoyo en esta fase crítica es central para asegurar la rehabilitación.

3. El tercer mes: inicio de estabilidad.

- Recién la persona percibe la posibilidad de “sacarse la cárcel de encima”. En ésta fase la persona siente la necesidad de trabajar. De asumir un rol en la vida, de independencia y de ser parte de su familia. Es en esta fase que las personas con el apoyo de otros, inician un proceso de construcción de las confianzas básicas, prerequisite para recuperar la autoestima, la identidad social y lograr una reinserción social efectiva.

En estas tres fases el riesgo de la reincidencia es muy alto, y superarlos requiere del apoyo de organismos que puedan acompañar y orientar al interno y su familiar en estas distintas fases.

Es importante destacar que la reinserción efectiva pasa por la integración del individuo al trabajo. Una política efectiva de rehabilitación requiere asegurar trabajo a las personas que salen de la cárcel, ya sea a través de los programas de creación de microempresas o que las mismas empresas que trabajan con internos al interior del penal, reciban apoyo del Estado para crear empresas externas al penal en las que trabajen los internos que obtienen la libertad. Habría que realizar un estudio acerca de los costos y beneficios que puede tener una política integral de apoyo a las personas que obtiene su libertad que incluya ésta último aspecto.

De los estudios existentes es posible concluir que el apoyo al recluso en la fase previa a la obtención de la libertad, así como el apoyo a la familia en los primeros tres meses de libertad aparece como central para asegurar una reinserción social efectiva de los internos (Cereceda, 2004).

Metodología

El abordaje metodológico utilizado en esta investigación es el propuesto por la hermenéutica, que al ser un enfoque fenomenológico, busca esclarecer el significado de la experiencia humana (Palmer, 2002). Se realizaron entrevistas a profundidad (Taylor y Bogdan, 1986) y su análisis, tratando de estar abiertos a la información que los entrevistados nos proporcionaron. Se realizó una selección deliberada de los informantes (Rodríguez, Gil y García, 1999).

Contexto institucional

Se entrevistó a tres personas de la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo (DRSE) perteneciente a la Secretaría de Seguridad Pública Federal, que proporciona asistencia post-libe racional a los sentenciados en libertad¹ del fuero federal que han obtenido su libertad por cualquiera de las modalidades que marca la Ley. Todo ello con la finalidad de contribuir en su proceso de reinserción social en su última etapa.

La DRSE se encuentra conformada por un equipo interdisciplinario (trabajadores sociales, psicólogos y abogados) donde los profesionales de la materia realizan los procedimientos necesarios a fin de proporcionar servicios asistenciales personalizados, tales como:

- Atención psicológica en modalidad individual, pareja o familiar
- Asesoría jurídica
- Talleres psico-educativos
- Atención en trabajo social (seguimiento de casos)
- Derivación a espacios de trabajo, capacitación para el mismo y a instituciones del sector salud

Contexto del sentenciado en libertad

Pedro² obtuvo un beneficio de libertad por el delito contra la salud (posesión de cocaína con fines de venta), permaneció en reclusión aproximadamente 2 años. Pedro desde que salió del reclusorio (1 año y medio) se dedica a trabajar como supervisor de obra de construcción y los fines de semana como taxista. Acudió a la DRSE para solicitar tratamiento psicológico para él y su esposa Ana por los conflictos que tenían en su relación de pareja, la derivación a un empleo y capacitación para su esposa. Se le brindó el tratamiento psicológico en la modalidad de terapia de pareja mejorando su relación y evitaron la ruptura de la relación. A su esposa se le derivó a un empleo, sin embargo sólo permaneció en él 2 meses por un conflicto que tuvo con un superior jerárquico, después se le derivó a un curso de capacitación para el trabajo que actualmente está cursando.

¹ Sentenciado en libertad son los preliberados y liberados del fuero federal que adquieren un beneficio de libertad anticipada o por un sustitutivo de la pena.

² Los nombres son ficticios para conservar el anonimato de los entrevistados.

En la tabla 1 se presenta una descripción general que corresponde a cada uno de los participantes.

Tabla 1. Descripción general de participantes

<p>Nombre: Pedro Edad: 31 Años Hijos: 1 masculino de 9 años Ciudad de residencia: México, D.F. Ultimo grado escolar cursado: Secundaria incompleta Oficio: Mecánico automotriz Ocupación: Supervisor de obra Estuvo Detenido Anteriormente: Primodelincuente Delito por el que estuvo en reclusión: Contra la salud (posesión de droga con fines de comercio) Tiempo que estuvo recluido: 2 años Beneficio de libertad: Jornada de trabajo Motivo que lo llevó a cometer el delito: Negó la realización del delito</p>
<p>Nombre: Ana Edad: 31 Años Parentesco: Esposa Escolaridad: Secundaria Ciudad de residencia: México, D.F. Oficio: Desempleada Estuvo Detenido Anteriormente: No</p>
<p>Nombre: Leticia Edad: 45 Profesión: Lic. en Psicología Puesto: Psicóloga adscrita a la Dirección de Reincorporación Social por el Empleo (DRSE) de la Secretaría de Seguridad Pública Federal. Antigüedad en el puesto: 3 años</p>

El espacio familiar es medular en el desarrollo de la persona. Es en este espacio donde el individuo inicialmente va construyendo su ser como miembro de una sociedad. La familia se constituye en el medio por el cual la persona a través de la unión, busca la satisfacción de sus necesidades psicológicas, físicas, sociales y afectivas; así como la adquisición de habilidades sociales que le permitan la convivencia como miembro de determinada sociedad.

La persona privada de su libertad ha tenido que experimentar cambios respecto a su familia, principalmente en cuanto a la dinámica de sus interrelaciones y vínculos, esto debido, especialmente, a su permanencia en centros de reclusión

para el cumplimiento de su sanción respectiva. Esto genera una disminución de la convivencia con los miembros de su familia, por lo cual se ven modificados ciertos roles, tareas, normas, actividades, actitudes y formas de comunicación, entre otros, como parte de las estrategias implementadas por parte del grupo familiar para poder afrontar dicha situación.

A continuación se realiza un esfuerzo por describir y explicar las repercusiones que la desinstitucionalización ha tenido en el espacio familiar. Se exploran ciertos elementos que permiten explicar cuáles son los factores a nivel familiar que favorecen la reinserción social y a su vez, cómo la institucionalización influye en la familia según los mismos sujetos de estudio.

Integración teórica y entrevistas

De acuerdo a Manzano (1991) las necesidades de primer orden para hacer efectivo el proceso de reinserción social, son fundamentalmente tres: Primero, la reintegración laboral es la necesidad más importante, vinculada a la posibilidad de desarrollar un trabajo estable, y de reunir previamente para ello las condiciones necesarias para hacerlo posible: disposición y expectativas de trabajar, entrenamiento y experiencia laboral, calificación técnica y formación académica o profesional.

La importancia del tratamiento penitenciario, estriba precisamente en el conjunto de actividades que realiza el interno en el centro de reclusión, entre las cuales se encuentra, terapia ocupacional, consistente en asignar una labor a cada uno de los reclusos, así como las actividades culturales, religiosas, deportivas, etc.; asimismo una terapia de reintegración social, entre las cuales se encuentran la visita familiar y la visita conyugal; aunque en el establecimiento penitenciario se realizan algunas otras actividades psicológicas tendientes a lograr la reinserción del interno a la sociedad (Buendía, 2009).

“...nos dan sensibilización en materia laboral, por decirlo, conocemos la evidencia, conocernos a nosotros mismos, algo así...” (Pedro)

“...los beneficios eran de que, supuestamente si nosotros tomábamos, si llegábamos a tomarlos todos, que eran alrededor de unos, eran como 19 cursos, lo que teníamos que es tomarlos por partes, tenerlos, haga de cuenta que en un mes se terminaban, y otra vez, entonces, volverlos a meter, nos daban un beneficio, se llamaba anticipado, nos daban por comportamiento, teníamos que tener también, nosotros hacíamos labores allá dentro, nos comisionaban, para tirar basura, para limpieza del auditorio. Entonces teníamos que tener los cursos, tenemos que estar haciendo nuestros, haga de cuenta, la palabra se me olvido perdón, nos teníamos

que comisionar, teníamos que tener secundaria o lo que nos hiciera falta, el tipo de estudio que nos hiciera falta, y llevar nosotros un vida tranquila dentro de lo que se puede en el reclusorio, sin tener problemas, por qué había un consejo, se llamaba consejo técnico interdisciplinario, ese consta, que al igual que personas que se portan mal, entre todos tenemos que cooperar, la directora, la subdirectora, el doctor, y aparte los técnicos penitenciarios que en el turno había, ellos eran los que ponían castigos o no los quitaban...”(Pedro)

En México parte de la reinserción social son los programas en materia laboral, conductual y en habilidades sociales que el interno desarrolla mientras se encuentra privado de su libertad. En este caso, dichos programas se enfocan en particular al interno, dejando a un lado o sin considerar la importancia que tienen la familia en la reinserción social. Lo que sugiere que de existir un programa de tratamiento, este carece de un marco ecológico, que incluya al individuo, a la familia y a la comunidad como lo propone REINTEGRA³ para el tratamiento de menores infractores.

Los programas que se efectúen en esta materia deberán proponer, entregar apoyo psicosocial al interno/a y su familia, minimizar los efectos de la reclusión; fortalecer la vinculación interno/a- familia, como elemento de apoyo y facilitador de la integración socio familiar; y, finalmente, detectar situaciones que originen desvinculación familiar e impidan que se concrete el apoyo familiar hacia el privado de libertad.

“...si afectó el hecho, a mi hijo lo dejé de ver mucho tiempo y sólo lo llevaron en los últimos tres meses. A mi esposa la veía en las visitas. A mi hijo lo tuve que volver a empezar a conocer qué le gusta y qué no le gusta...” (Pedro)

“...a mi hijo no lo metí hasta el año 6 meses, más o menos...” (Pedro)

La ausencia de programas donde se incluya a la familia en el proceso de reinserción social, dificulta la incorporación del beneficiario a su contexto relacional al salir de prisión. Para evitar estos obstáculos los programas deben de incluir la participación de la familia, con el objetivo de que los vínculos afectivos, comunicación y roles que desempeña el interno se conserven y permitan una fácil incorporación al sistema familiar al que pertenece. Es importante señalar que la configuración y organización familiar cambia y se modifica durante el tiempo en el que beneficiario se encuentra privado de su libertad, así como cuando sale.

Un plan de trabajo y que incorpora entre otras cosas a los miembros de la familia o adulto significativo, que serán parte o que apoyarán el proceso de éste mientras

³ Fundación Mexicana de Reintegración Social dedicada a trabajar con adolescentes acusados de cometer una infracción

dure la condena. El sistema significativo incluye todas aquellas unidades (personas o instituciones) que se activan en aliviar el problema cuya solución se solicita a los profesionales (Boscolo, Cecchin, Hoffman & Penn, 1987).

*“...o lo que es mi familia, mi papá, mi mamá, mis hermanas, mi esposa e hijo...”
(Pedro)*

Al emplear el término de familia dentro de la reinserción social debemos atender más a las personas que resultan significativas para el beneficiario, en lugar de tomar la noción conceptual que tiene la institución o los programas de reinserción social.

Se espera que el diseño de cada plan de intervención se considere un trabajo con la familia en dos sentidos: vínculo afectivo y apoyo a la reinserción social. La definición de los objetivos del plan respecto al trabajo familiar está en directa relación con la disposición de apoyo expresado, por lo que resulta fundamental que la familia participe en cada una de las etapas propuestas.

*“...si es muy importante el apoyo que pueda recibir el interno de la familia, cuando no ven el apoyo de la familia salían y a los tres días ya estaban de vuelta en la cárcel...”
(Pedro)*

En México el sistema significativo del delincuente no forma parte de los programas de reinserción. El único medio que permite mantener los vínculos afectivos entre ambas partes son las visitas a la que tiene derecho el interno. Si bien esto es un recurso que permite reducir los efectos de la reclusión y fomentar los vínculos afectivos, no se cuenta con otros espacios orientados a las relaciones e interacciones que el interno aún tiene hacia el exterior.

Un proceso será considerado de vulnerabilidad cuando una trayectoria previamente adaptativa se convierte en negativa” (Rutter & Giller, 1990).

Se entiende por situaciones de riesgo aquellos procesos que se generan en los diferentes ámbitos y etapas de la vida de los sentenciados, que favorecen y precipitan la realización de delitos o su reincidencia, con o sin contacto con los sistemas legales (Fernández, Guzmán & Rosales, 2007).

“...le quise ayudar, y su mamá me dijo, o lo haces tú o lo hacemos nosotros, yo dije, chin, si me dio coraje pero me hizo sentir mal, ya después, voy a dejar que hagan lo que quieran, porque no tengo dinero...” (Ana)

“...ignoraban, a mí me ignoraron por completo, yo no era libre de opinar, yo no era libre de decir, este, o sea, de irlo a ver entre semana...” (Ana)

“...Se producen diversos sentimientos, que pueden ser de dolor, de tristeza, de enojo o depresión, en ocasiones existe mucha solidaridad y fidelidad hacia la persona que

es acompañada en su proceso de reclusión por su familia, pero en su mayoría son abandonados debido a las problemáticas generadas cuando estaban juntos...”
(Psicóloga)

Es necesario tomar en cuenta que ante un riesgo social tanto la vulnerabilidad como la protección son componentes interactivos. La organización y acuerdos que llega a establecer la familia para enfrentar que uno de sus integrantes sea privado de su libertad, pueden simultáneamente excluir a personas que forman parte del sistema significativo del delincuente.

Se mencionan otros factores de riesgo en la dimensión familiar (Fernández et al, 2007) analizados en las entrevistas.

Reglas y límites autoritarios, permisivos y/o confusos

“...En ocasiones no me gusta cómo corrige a mi hijo, es muy gritón para decirle las cosas y el niño se espanta...” (Ana)

Dificultades en la cohesión familiar

“...convivimos poco los tres, él sale a trabajar muy temprano y los fines de semana también tiene que trabajar en un taxi...” (Ana)

“...debido a que mi trabajo me absorbe mucho tiempo he descuidado un poco a mi esposa a mi hijo, con mis papás y hermanas por lo mismo convivimos poco...”
(Pedro)

Dificultad en la expresión de emociones entre los integrantes

“...a mí me cuesta trabajo expresarle mis afectos a mi esposa y mi hijo, ellos son más afectuosos que yo...” (Pedro)

Frecuentes conflictos conyugales

“...cuando yo tenía esa amiga discutía mucho con mi esposa, ella se ponía muy celosa, desconfiaba de mí, por eso termine esa relación para estar bien con mi esposa...” (Pedro)

“...parecía más que una amistad desde que ya no habla con ella, estamos mejor en relación ya estábamos a punto de separarnos...” (Ana)

Abuso o dependencia de sustancias psicoactivas

“...yo consumo alcohol por lo regular cada mes, o cada quince días en reuniones familiares o salidas a bailar con mi esposa y amigos. En mi familia consumimos alcohol en reuniones familiares. Hace dos meses tuve un problema con un muchacho

con el que salimos, lo aguanté mucho y si lo llegué a golpear porque él me agredió primero, ahí yo decidí bajarle a mi forma de beber...” (Pedro)

En cuanto a las situaciones de riesgo es significativo señalar que disminuyeron a partir que el sentenciado obtuvo su libertad y abandonó el centro de reclusión, así mismo el tratamiento psicológico que recibió en la DRSE mejoró la relación de pareja en cuanto a la comunicación, expresión de afectos, el apoyo mutuo. Los factores de riesgo en cuanto a los límites y reglas confusas, dificultad en la cohesión familiar y abuso en el consumo de alcohol y drogas aún persisten en esta familia, sin embargo han dejado de tomar fuerza o ser significativos por el incremento de factores de protección que han facilitado la reinserción social del beneficiario en diferentes espacios y la no reincidencia de su conducta delictiva.

Fernández et al, (2007) clasificaron factores de riesgo y factores de protección de la conducta infractora en adolescentes mexicanos, a partir de las dimensiones individual, familiar, comunitaria y social. Se tomaron aquellos factores de protección en la familia que favorecen la reinserción social y que se observaron en el análisis de las entrevistas.

Bajo situaciones de crisis y descomposición social, la familia puede ser un ámbito de riesgo extremo en el que el individuo se ve envuelto en un espacio de conflicto; alejarse puede disminuir dicha situación a la vez que activa un factor de protección.

Por factores de protección se entiende los procesos que se generan en los diferentes ámbitos y etapas de vida de los sentenciados, que pueden prevenir la realización o reincidencia de conductas delictivas y favorecen la reintegración social (Fernández et al, 2007).

Reglas y límites firmes y claros

“...Antes nos costaba poder ponernos de acuerdo para lo que íbamos a hacer, ahora decimos vamos a ver a tu mamá o vamos a ver a mis papás...Decidimos dividir los temas y no mezclar los problemas de las familias con el nuestro...” (Pedro).

Claridad en roles entre padres e hijos

“...con mi hijo, su mamá hace la guardia con su hijo, yo siento que lo sobreprotege, la mano dura y castigo la llevo a poner yo, más bien el castigo, mano dura, es un decir, el castigo lo pongo yo, yo lo regaño, yo le digo lo que estuvo mal, lo que hizo, le explicamos primero y ya después se le retiran cosas...” (Pedro).

Responsabilidades familiares claras

“...Mi responsabilidad es mantener mi casa y mi familia, con mi hijo...mi esposa en labores de la casa y entre los dos vemos por la educación de mi hijo...” (Pedro)

Fomento y cuidado de la salud

“...La ayuda psicológica que yo pedía la obtuve aquí. Pedí la ayuda porque no conocía a mi hijo, estaba confundido no sabía cómo resolver los problemas que tenía con mi esposa...” (Pedro).

Cohesión familiar

“...Prácticamente a todos, a todos, porque al de mi detención, fue un momento muy difícil, básicamente somos muy unidos en mi familia, no sabían lo que estaba pasando, fue de mucho asombro. Mi esposa, mamá, mis hermanos, papá, mamá y mis cuñados, estaban tristes y molestos por lo que estaba pasando...” (Pedro).

Sentido de filiación y pertenencia afectiva

“...Prácticamente mi hijo, diario nos veíamos, tarde o temprano, me esperaba para cenar o para comer. Mi cuñado con el platicaba mucho, trabajábamos en el mismo lado antes de que pasara esto, existía mucha comunicación. Nos íbamos juntos a trabajar, platicábamos parte de día o lo veía, por eso siento. Con mi mamá, pasar y despedirme, ¿Cómo estás?, platicar un rato con ella, con mi esposa, el tiempo después del trabajo convivía con ella...” (Pedro)

“...Y el apoyo al igual es, el apoyo, es como le decíamos nosotros allá dentro, es tu pila, tu motor para seguir adelante, para que no la vayas a regar, que no se te vaya a ocurrir, hacer cualquier tontería...”(Pedro)

Comunicación clara, directa y asertiva entre los miembros de la familia

“...ahora ya nos enojamos menos, lo que yo hago es salirme y esperar que las cosas se calmen, nos tranquilizamos y platicamos y si no lo dejamos para el otro día. Ahorita hemos estado tranquilos, antes cuando nos enojábamos nos pedíamos una disculpa, ella o yo...” (Pedro).

Expresión de emociones entre los integrantes

“...con la convivencia, sentándonos a ver la tele, respetándonos, todos tenemos voz y voto, una opinión que dar y viendo que está bien y que está mal. Con mi esposa y mi hijo un beso un abrazo, me pongo a bailar con mi esposa, a mi hijo le da por bailar con nosotros, la convivencia así ha sido... mi esposa y mi hijo son más afectuosos yo soy más simplón hacia ellos, llegan me abrazan me dan un beso y me preguntan ¿Cómo te fue?...” (Pedro).

Comunicación, respeto y tolerancia entre los miembros de la familia

“...de todos he recibido un apoyo, una palabra de aliento, económicamente. Todos han sido mi motor para no caer en alguna droga. Mi papa y mis tíos me enseñaron a trabajar la mecánica, mi mamá y hermanas a seguir adelante. Mi esposa me motiva, mi hijo...” (Pedro).

Resolución de conflictos conyugales

“...platicándolo entre todos, depende del problema que sea. Con mi esposa antes gritábamos y nos enojábamos ahora ya no...” (Pedro).

Capacidad para adaptarse a cambios en la estructura familiar (alejamiento, separación o pérdida)

“...si afectó el hecho, a mi hijo lo dejé de ver mucho tiempo y sólo lo llevaron en los últimos tres meses. A mi esposa la veía en las visitas. A mi hijo lo tuve que volver a empezar a conocer que le gusta y que no le gusta. Con mi esposa por el problema que tuvimos dejamos de platicar y a enojarnos mucho...” (Pedro)

Presencia y recurrencia a redes de apoyo familiar

“...si es muy importante el apoyo que pueda recibir el interno de la familia, cuando no ven el apoyo de la familia salían y a los tres días ya estaban de vuelta ahí...” (Pedro).

Presencia y recurrencia de red de apoyo de vecinos, amigos

“... mi jefe, antes de ser mi jefe, era mi amigo, es una persona que llevo conociéndola 14 años, luego que llegué me vio, se sorprendió mucho al verme, que ya estaba fuera...tuvo la cortesía de ofrecerme trabajo, y lo bueno es que me dio trabajo...” (Pedro).

Convivencia social

“...hay veces que convivo con mi esposa, lo que es sábado y domingo al igual irnos un rato al parque, ahí ponen un mercado sobre ruedas y nos vamos a desayunar y ya luego me voy a jugar un rato con mi hijo, nos quedamos viendo una película, en este caso, los fines de semana también los tengo ocupados trabajando, cuando lo puedo hacer lo hago, cuando no se puede, pues ni modo, nos esperamos al sábado o domingo...” (Pedro).

Uso adecuado de espacios habitacionales

“...yo vivo igual con mi esposa y mi hijo, tenemos un departamento que me renta el papá de mi jefe, tenemos un cuarto para mi esposa y otro para mi hijo...” (Pedro).

Satisfacción de necesidades básicas (vivienda, alimento, salud, educación, vestido)

“..soy el único que aporta económicamente, yo estoy aportando prácticamente todo en mi casa...pago renta, luz, agua, cosas de mi hijo, escuela, útiles, ahorita con mi esposa no trabaja, entonces, prácticamente el gasto de mi casa, tengo mucho, mucho por quién ver...” (Pedro)

Inserción laboral acordada

“...porque mi jefe, antes de ser mi jefe, era mi amigo...tuvo la cortesía de ofrecerme trabajo, y lo bueno es que me dio trabajo...prácticamente desde que salí, me quedé con trabajo” (Pedro).

Ausencia de consumo de sustancias psicoactivas

“...adentro del reclusorio llegué a consumir la marihuana, no podía dormir y con eso me dormía. Ahora ya no la consumo porque no me llama la atención, tengo prioridades mi esposa mi hijo...” (Pedro).

Ausencia de conductas delictivas y/o privación de la libertad en familiares cercanos

“...nadie, solo unos tíos tuvieron problemas con unos policías por una infracción de tránsito y no fueron procesados por eso...” (Pedro).

En muchas ocasiones la dinámica familiar se ve afectada por factores tanto internos como por situaciones externas que generan un cambio, el éxito o el fracaso depende de las estrategias y las actitudes asumidas por los miembros de la familia, en momentos de dificultades “se produce cohesión entre las familias sustentadas en verdaderos lazos de solidaridad y afectividad que, a modo de red intrafamiliar, convierten el problema de alguno de los miembros en un problema de toda la familia” (Barg, 2002).

Se puede observar cómo la persona privada de libertad, requiere que la familia no se desligue sino que se mantenga en contacto con él, que lo incluyan en los planes, es decir, que no lo excluyan del grupo familiar por el hecho de estar institucionalizado.

Se considera, que para el privado de libertad, el estar alejado de la familia, no significa que ya no sea parte de ella, sino que la estructura de la relación con ésta se modifica, pero sigue siendo miembro de la misma. Por ende, cuando la persona privada de libertad, tiene el beneficio de la libertad no se “reintegra” a la familia, ya que nunca estuvo desarticulado; sino cuenta con una mayor cantidad de tiempo para compartir con la familia, lo que permite fortalecer las relaciones que pudieron haberse debilitado al estar institucionalizado.

En general, se puede observar, la forma en que la familia utiliza mecanismos para mantener la homeóstasis y no desequilibrarse ante las tensiones de tener uno de sus miembros en la cárcel por la comisión de un delito. La familia analizada buscó maneras de “sacar” a su familiar de la cárcel, lo apoyaron visitándolo, llamándolo frecuentemente y creando estrategias para subsistir económicamente, tanto adentro como afuera de la cárcel.

Después de la emoción y ansiedad inicial de haber obtenido la libertad se genera en la persona confusión y temor en cuanto a cómo reconstruir las relaciones familiares y sociales en el nuevo contexto. La persona vuelve a una familia que está organizada y funciona prescindiendo del interno, por lo que éste se percibe sin un lugar en el contexto familiar y sin un rol claro en relación a su familia, lo cual genera un sentimiento de frustración, temor y desconfianza en sí mismo.

En esta fase de la reinserción es fundamental el apoyo de las instituciones o personas hacia el interno que ha salido de la cárcel y su familia (Cereceda, 2004).

“...La ayuda psicológica que yo pedía la obtuve aquí. Pedí la ayuda porque no conocía a mi hijo, estaba confundido no sabía cómo resolver los problemas que tenía con mi esposa. El curso de capacitación que está tomando mi esposa le ha ayudado bastante, sólo tenemos la secundaria, yo quiero que ella se supere, que ella pueda tener un trabajo mejor...” (Pedro)

“...En suma es orientar institucionalmente a los preliberados, liberados del fuero federal y familiares, para su reinserción social...” (Psicóloga)

Es importante considerar que los procesos de transformación surgen cuando las demandas internas o externas al sistema aparecen. El momento en que el interno es puesto en libertad se activan estos procesos. Si bien, la familia y el interno por sí mismos estructuran nuevas formas de organización y acuerdos dentro del sistema, son sus propiedades homeostáticas las que impiden o interrumpen el surgimiento de estos mecanismos. La participación de otras personas significativas o profesionales introduce información, que genera distinciones y contextos que favorecen los procesos de transformación.

La falta de oportunidades que brinda la sociedad para que la persona pueda configurar un espacio de encuentro con otros, especialmente por la falta de trabajo, instancia central de integración en el mundo masculino, genera en los individuos sentimientos de marginalidad y desconfianza en sí mismo y un cuestionamiento de lo que puede esperarse en el futuro.

Es importante destacar que la reinserción efectiva pasa por la integración del individuo al trabajo (Cereceda, 2004).

“...canalizar a los beneficiarios preliberados, liberados del fuero federal y sus familiares directos, a centros de capacitación del sector público y privado, a fin de que aprenda un oficio que le permita a corto plazo, integrarse a una fuente laboral y así facilitar su reincorporación social...” (Psicóloga)

“...antes de ser mi jefe, era mi amigo, es una persona que llevo conociéndola 14 años... tuvo la cortesía de ofrecerme trabajo...prácticamente desde que salí, me quedé con trabajo...” (Pedro)

La búsqueda de empleo constituye un obstáculo al salir de la prisión. Los antecedentes generan un estigma social alrededor del interno, que limitan su entrada a ciertos sectores y ámbitos laborales. En este caso las redes de apoyo social, favorecieron la incorporación del beneficiario a un trabajo. Habrá que recordar que otros modelos de reinserción social (Estados Unidos, Chile, por solo citar algunos) consideran como fundamental la construcción de un proyecto laboral, que se realiza durante el tiempo que el interno esté privado de su libertad; el cual guarda relación con instituciones con las que se tenga convenio para ejecución de este proyecto. En México la DRSE se ocupa de ésta tarea, orientando al liberado por delito federal en la búsqueda y capacitación de trabajo.

CONCLUSIONES

El programa de reinserción social utilizado en nuestro país se diseña con base a los siguientes ejes (Subsecretaría del Sistema Penitenciario Federal, 2008):

- El trabajo.
- La capacitación para el trabajo.
- La educación.
- La salud.
- El deporte.

De acuerdo al testimonio brindado por el sentenciado en libertad, la incorporación del interno a estos programas obedece más a la motivación que tiene éste por obtener beneficios y cómo emplear su tiempo, más que a un proceso pedagógico y psicológico que modifique comportamientos y actitudes que disminuyan conductas delictivas en el plano práctico.

El artículo 7 de la Ley de Normas de Readaptación en México señala que el tratamiento penitenciario tendrá un carácter progresivo y técnico, dividido en periodos de diagnóstico y tratamiento. Con base a esto el interno constantemente tendría que estar siendo evaluado, lo que permitiría constatar que los objetivos de

la readaptación están siendo cumplidos y que efectivamente el interno está siendo reeducado.

Aunado a ello está el hecho que las normas de readaptación en México (Artículos 10 y 11 de la Ley de Normas de Readaptación en México) no establecen como obligatorio el trabajo o la educación para el interno. El criterio de participación del interno en estas actividades está en relación a los beneficios que estos obtienen y que sirven para promover su pre-liberación.

Por otra parte, aunque se reconoce como parte del tratamiento que tiene el delincuente al interior del penal, el fortalecimiento, establecimiento y conservación de las relaciones de éste hacia el exterior (Artículo 12 de la Ley de Normas de Readaptación en México), los testimonios recabados en las diferentes entrevistas señalan que el éxito de este objetivo depende en mayor parte del sistema significativo del interno, más que a la labor y trabajo realizado por el personal encargado de esta actividad.

A diferencia de otros países, (particularmente Chile) México no cuenta con otros espacios o programas que estimulen la participación del sistema significativo del interno, limitando su participación a visitas familiares y conyugales. Las dificultades identificadas en los testimonios brindados por el preliberado y su esposa, en relación a los conflictos que ésta última tuvo con la familia de origen de su esposo, así como la limitada asistencia del hijo a las visitas familiares, son ejemplos de los obstáculos que encuentran las personas significativas del interno, las cuales pueden dar origen a procesos o factores de riesgo en el ámbito familiar que debilitan los vínculos afectivos con el sistema significativo.

Bajo estas condiciones es fundamental que los profesionales involucrados en el diseño o intervención de los programas de reinserción social, identifiquen en el sistema significativo del interno, fortalezas que apoyen el plan de reinserción social, así como el de debilidades que obstaculicen el mismo.

El caso, presentado en esta investigación, pone de manifiesto la presencia simultánea de factores de protección a nivel familiar que favorecen la reinserción social, así como de factores de riesgo que pueden obstaculizar este proceso; tanto durante el tiempo que el interno está recluso, como cuando sale.

La importancia de las redes sociales y el papel de las instituciones en la obtención y capacitación para el trabajo; se constituyen como alternativas útiles para cumplir con este propósito, el cual, es esencial para una reinserción social efectiva. Sin embargo, este hecho ilustra también la ausencia de planeación de un proyecto de vida laboral, el cual debería de realizarse previamente a la salida del interno.

Finalmente la demanda de atención hecha por el sentenciado en libertad para enfrentar las dificultades originadas por su reincorporación a su contexto familiar, ayuda a prevenir la desvinculación familiar y a establecer acuerdos con respecto a los roles, normas, comunicación, formas de organización y configuración familiar útiles dentro del sistema familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barg, L. (2002). *La intervención con familia: Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Argentina: Editorial Espacio.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1987). *Terapia sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Buendía, J. (2009). La privatización de los talleres en el centro preventivo y de readaptación social neza-bordo del Estado de México, para fomentar la readaptación social del delincuente. Tesis UNAM: FES-ARAGON.
- Cereceda, L. (2004). *Rehabilitación y Reinserción una visión sociológica*. Instituto de Sociología. PUC. . <http://calcuta.uc.cl>
- Fernández, M. Guzmán, S. & Rosales, R. (2007). *La reintegración de adolescentes en conflicto con la ley*. México: Ediciones REINTEGRA.
- Gendarmería de Chile. Subdirección técnica. Departamento de readaptación. (2008). Normas técnicas de intervención psicosocial penitenciaria. Gobierno de Chile. [http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/normas técnicas técnica intervención.pdf](http://html.gendarmeria.gob.cl/doc/reinsercion/normas_tecnicas_tecnica_intervencion.pdf)
- Goffman, E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Barcelona: Amorrortu.
- Ley que establece normas mínimas sobre la readaptación social de sentenciados. (2001). México.
- Machiori, H. (1982). *El estudio del delincuente*. México: Porrúa.
- Manzanos, C. (1991). *Cárcel y Marginación social*. San Sebastián: Gakoa.
- Mears, D. et al. (2002). Prison-based programming: What it can do and why it is needed. *Corrections Today*, 64(2): 66-71, 2002.
- Melossi, D. y Pavarinil, M. (1987). *Cárcel y Fábrica. Los orígenes del Sistema Penitenciario (siglos XVI-XIX)*. México: Siglo XXI.
- Palmer, R. (2002). *¿Qué es la hermenéutica? Teoría de la interpretación de Schleiermacher, Dilthey, Heidegger y Gadamer*. Madrid: Arco libros.
- Proyecto Hombre. (09 de 02 de 04). <http://www.greencom.net/proyecto-hombre/progra.htm>. Recuperado el 13 de mayo de 2011.

Rodríguez, G.G., Gil, F.J. y García, J.E. (1999). *Metodología en la investigación cualitativa*. Sevilla, España: Aljibe.

Secretaría de Seguridad Pública (2008). Programa Nacional de Seguridad Pública 2008-2012. México.

Subsecretaria del sistema penitenciario federal. (diciembre 2008). Estrategia penitenciaria 2008-2012. México.

Rutter, M. & Giller, H. (1988). *Delincuencia juvenil en serie Universidad*. España: Martínez Roca.

3.3.3 Investigación cuantitativa: Condiciones laborales y percepción de pareja en médicos residentes del ISSSTE

La presente investigación se desarrolló dentro del marco de la materia de investigación cuantitativa, bajo la dirección de la Dra. Nazira Calleja Bello. El grupo de investigación se formó con los compañeros de maestría: Giovanni Martínez Ortega y Joan Le Turq Segovia.

RESUMEN

Antecedentes: El ámbito laboral es un sistema externo a la pareja que introduce información que puede deteriorar y modificar la percepción que se tiene de esta.

Objetivo: conocer la relación que existe entre las condiciones laborales y la percepción de pareja entre los médicos residentes de primero a cuarto año del ISSSTE

Participantes y método: Se realizó una investigación Ex post facto. Estudio de campo, donde participaron 210 residentes médicos del ISSTE, de primero a cuarto año de residencia, de los cuales 78 son mujeres y 132 hombres que tengan o hayan tenido pareja en los últimos 6 meses.

Se aplicó un instrumento de auto-informe de 34 reactivos, dividido en tres dimensiones: Variables socio-demográficas, condiciones laborales y percepción de pareja.

Resultados: La mayoría de las correlaciones entre los factores correspondientes a las escalas C y D resultaron positivas y estadísticamente significativas al 0.01. Exceptuando las correlaciones entre Distanciamiento emocional con Percepción de imposición, variabilidad de horario con percepción de imposición, y Distanciamiento emocional con posibilidad de descanso. Estas últimas tuvieron mayor significancia.

Conclusión: Existe relación entre las condiciones laborales y la percepción de pareja.

Palabras claves: Condiciones laborales, percepción de pareja, médicos residentes.

ABSTRACT

Background: The work environment is an external system to the couple which introduces information that can deteriorate and modification the perception of it.

Objective: to know the existent relation between the working conditions and the perception of the couple in medical residents among the first and the fourth year in the ISSTE.

Participants and Methods: We conducted an ex post facto research. Field study, which involved 210 medical residents ISSTE, from first to fourth year of residence, of which 78 are women and 132 men who have or have had a partner in the last 6 months.

It was applied a self-report instrument of 34 reagents, divided into three dimensions: socio-demographic variables, working conditions and perception of partner.

Results: Most of the correlations between the factors for C and D scales were positive and statistically significant at 0.01. Except for the correlations between emotional distancing Perception of taxation, time variability in perception of taxation, and emotional distance with the possibility of rest. The latter had greater significance.

Conclusion: It exist a relation between the working conditions and the perception of the couple,

Key words: working conditions, perception of the couple, medical residents.

La familia y el trabajo son, hasta el presente, las dos redes sociales más significativas con la que los seres humanos se relacionan entre sí y con la sociedad en su conjunto, y en las que las personas pasan la mayor parte de su tiempo.¹

Vivir en pareja significa adaptarse a una nueva forma de vida como el sueño, la alimentación, hábitos, necesidades cognitivas y emocionales, aceptar formas de pensar y actuar, costumbres, horarios, tiene que aprender a crecer y desarrollarse, a seleccionar su medio social, determinar el tiempo dedicado a las amistades y la forma de llevar a cabo su vida social; por lo tanto la adaptación al otro significa aceptar, que es diferente a uno y con necesidades distintas. También implica una nueva organización material y económica para la sobrevivencia diaria y cumplir con obligaciones que antes no le correspondían.

Algunas ventajas de vivir en pareja son la compañía íntima, compartir gustos y disgustos, contar con un espacio físico y temporal para el proceso temporal y emocional y así establecer acuerdos de cooperación y lealtad.²

La familia y el trabajo son, hasta el presente, las dos redes sociales más significativas con la que los seres humanos se relacionan entre sí y con la sociedad en su conjunto, y en las que las personas pasan la mayor parte de su tiempo.¹

Parece ser que aún las parejas no encuentran un equilibrio entre el tiempo y la forma en que combinan trabajo y familia, ya sea por estar trabajando y/o realizar otras actividades fuera de casa. El trabajo debería ser una fuente de bienestar, de desarrollo y de salud.

Sin embargo, el empleo aleja a las personas del hogar, la forma en que se ve afectada la relación de pareja depende de lo larga que sea la separación. Si uno de los miembros no se encuentra durante un tiempo normal (10 hrs. Aprox. Contando dos horas de traslado) puede extrañársele, pero no culpársele, de problemas familiares por cuestión de trabajo. Cuando las personas tienen un horario más largo de lo común, empiezan a surgir problemas ocasionando que la relación se tambalee.³

El deterioro de la relación es una consecuencia del conflicto en la pareja que se origina por factores internos y externos a la familia. El trabajo es uno de los motivos externos. Esta situación origina transformaciones sociales que exigen una continua adaptación de estas dos esferas en las que hasta hace poco se dividía de manera rígida la vida social.⁴

Cuando las parejas se toman un espacio adecuado y un tiempo necesario para convivir constantemente, llegan a percibir su relación como más satisfactoria.⁵

La ausencia de un horario común en la pareja, en el que coincidan las horas dedicadas al descanso y a los momentos de ocio, impide, en muchas ocasiones,

el establecimiento de una programación adecuada y puede provocar efectos negativos en la relación de pareja. Asimismo puede ser relativamente habitual la disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales: la “mañana” de uno es la “noche” del otro, el “descanso” de uno es el “cansancio” del otro”.⁶

Respecto de las características del puesto de trabajo, los resultados obtenidos ponen de manifiesto que mayores niveles de conflicto trabajo-pareja se relacionan con mayor número de horas trabajadas a la semana. Es muy probable que el trabajador se encuentre cansado cuando está en casa, aspecto que conlleva la disminución de la calidad del tiempo que se pasa con la pareja.⁷

La jornada laboral varía cuando se trabaja en, hospitales, donde los periodos de descanso se dan de acuerdo a las necesidades del momento y por lo tanto no son estables.

Arenas realizó una investigación acerca de los factores externos que contribuyen a un mayor grado de estrés en los médicos. Los principales fueron la sobrecarga de trabajo, el exceso de responsabilidad, la competencia grupal y las exigencias de médicos adscritos y compañeros de mayor jerarquía. La respuesta al estrés se manifestó con patologías asociadas y manifestaciones fisiológicas que afectaban el estado de salud de los médicos especialistas en formación y sus relaciones familiares. Todos presentaron manifestaciones de estrés en el aparato cardiovascular, en el digestivo y en la esfera psicológica.⁸

Salomon y Carena mencionan que los médicos en formación tienen más problemas de pareja, a causa del trabajo, que los médicos de planta ya que perciben que el trabajo interfiere constantemente en su vida privada.⁹

Uno de los aspectos afectados en la pareja es la Cercanía Emocional, que se refiere al grado en que una persona percibe la existencia de un lazo entre él y otra u otras personas, lazo que implica sentimientos de disfrute conjunto, comprensión, respeto y o búsqueda de la compañía del otro.¹⁰

Este estudio tiene como propósito conocer la relación entre las condiciones laborales y la percepción de la relación de pareja que tienen los médicos residentes de primero a cuarto año del ISSSTE.

PARTICIPANTES Y METODO

Participantes y método: Se realizó una investigación Ex post facto. Estudio de campo, donde participaron 210 residentes médicos del ISSSTE, de primero a

cuarto año de residencia que tengan o hayan tenido pareja en los últimos 6 meses, de los cuales 78 son mujeres y 132 hombres.

Se aplicó un instrumento de auto-informe de 34 reactivos, dividido en tres dimensiones: Variables socio-demográficas, condiciones laborales y percepción de pareja que tiene su origen en el Relationship Evaluation (RELATE) Questionnaire (Holman et al., 1997) fue desarrollado a partir de una revisión del PREParation for Marriage (PREP-M) questionnaire

Los participantes regresan completos el cuestionario y este es enviado a un centro en el cual se califica para después ser devuelto a los participantes. Su consistencia interna está entre .70 y .90 (*Busby, Holman*, y Taniguchi). De hecho, de casi sesenta escalas que fueron analizadas, solo tres tienen confiabilidad cercana a .70 y la mayoría tuvieron coeficientes mucho más altos.¹¹

Se efectuó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax de las dimensiones de condiciones laborales y percepción de pareja y una correlación de Pearson de los factores obtenidos entre ambas categorías.

Para identificar las diferencias entre los datos socio-demográficos se utilizó un análisis de anova bivariada.

RESULTADOS

La muestra quedo conformada por 210 residentes médicos del ISSTE, de los cuales 46, 64, 59, 41, cursan el primero, segundo, tercero y cuarto año de residencia respectivamente. 78 mujeres y 132 hombres. El rango de edad fue de 24 a 35 años con una *media* de edad de 28.60 y *desviación estándar* de 2.342. En cuanto de los participantes el 70.5 % de la población es soltera, el 26.2% está casada y el 2.2 en unión libre. El 80.5 % tiene pareja actualmente y el 19.5 no tiene pareja.

Tabla 1. Agrupamiento de residencias

Carreras	Frecuencia	Porcentaje
Actos Quirúrgicos	71	33.8
Servicios médicos generales	45	21.4
Apoyo al diagnóstico y tratamiento	39	18.6
Urgencia	12	5.7
Otras especialidades	20	9.5
Ginecobstreta y Urología	23	11.0

Se obtuvo análisis factorial Varimax de las categorías de condiciones laborales y percepción de pareja. A continuación se presentan los resultados obtenidos en ambas escalas.

Escala de Condiciones Laborales

Se efectuó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax el cual arrojó tres factores y un indicador los cuales explican el 60.547% de la varianza. Se eliminaron los siguientes reactivos: el numero 11 no tenía carga factorial igual o mayor al .40, el 17 se excluyó por estar solo, y el 16 se omitió para aumentar la varianza explicada.

Tabla 2. Factores obtenidos en el análisis factorial

Factor 1C. Percepción de imposición		Carga Factorial
C7	¿Recibes instrucciones de residentes de otros años?	.793
C8	¿Debes acatar cualquier actividad que te impongan los residentes de mayor jerarquía?	.818
C9	¿Cuándo te es necesario tomar un descanso, tienes que pedir permiso?	.434
C10	¿Se te imponen sanciones por parte de residentes de mayor jerarquía?	.786
Factor 2C. Realización de actividades que no me corresponden		
C6	¿Realizas actividades que les corresponden a residentes de otros años?	.597
C12	Asumo la responsabilidad de los errores de residentes de otros años	.733
C13	¿Consideras que tienes más responsabilidad de la que deberías tener de acuerdo a tu año de residencia?	.714
C14	¿Durante tu práctica clínica debes estar al pendiente de actividades no médicas que corresponden a otros?	.759
C15	¿Los residentes de otros años tienden a culparte por sus propios errores?	.523
Factor 3C. variabilidad de horario		
C1	¿El horario de tu estancia hospitalaria es fijo?	.824
C2	¿Te solicitan cambiar de días de guardia de forma impredecible?	.499
C3	¿El número de horas que trabajas varía de una semana a otra??	.743
Indicador 4C. Imposibilidad de descanso		
C4	¿Tienes tiempo de descanso asignado?	.646
C5	¿Puedes tomar un descanso durante tu horario de trabajo cuando así lo requieres?	.833
	Varianza total explicada	60.547
	α de Cronbach	.794

Escala de percepción de Pareja

Se efectuó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación Varimax el cual arrojó tres factores los cuales explican el 62.842 % de la varianza. Se eliminaron los siguientes reactivos: el numero 1 por estar solo, el 13 y el 14, no guardaban relación con los demás reactivos de la escala y el 15 se eliminó para aumentar el índice de confiabilidad.

Tabla 3. Factores obtenidos en el análisis factorial

Factor 1D. Apoyo emocional de la pareja		Carga Factorial
D2	Me esfuerzo por sentirme cercano(a) y comprometido(a) en mi relación	.693
D3	Estoy ahí con mi pareja cuando él(ella) se siente agobiado(a)	.731
D4	Escucho a mi pareja cuando me comparte sus sentimientos profundos	.865
D5	Incluso cuando estamos separados, estoy en contacto con mi pareja	.712
D9	Yo le doy tranquilidad a mi pareja cuando él(ella) necesita saber que es importante para mí	.657
Factor 2D. Vulnerabilidad de la relación		
D10	¿Con qué frecuencia tú y tu pareja han hablado sobre terminar su relación (o matrimonio)?	.888
D11	¿Con qué frecuencia has pensado que tu relación (o matrimonio) podría estar en problemas?	.814
D12	¿Con qué frecuencia han terminado o se han separado y después han vuelto a estar juntos?	.796
Factor 3. Distanciamiento emocional		
D6	Es difícil para mí confiar en mi pareja	.582
D7	Rara vez estoy disponible para mi pareja	.811
D8	Es difícil para mi pareja obtener mi atención	.787
	Varianza total explicada	62.853
	α de Cronchbach	.802

Posteriormente, utilizando la *R de Pearson*, se correlacionaron los factores de la escala de condiciones laborales con los de la escala de percepción de pareja. Se encontró que la percepción de imposición, la realización de actividades que no me corresponden, la variabilidad de horario y la imposibilidad de descanso correlacionan positivamente con el distanciamiento emocional en la pareja. De la misma manera que la realización de actividades que no me corresponden y la variabilidad del horario laboral correlacionaron positivamente con la vulnerabilidad en la relación. Esto explica que las condiciones laborales afectan significativamente algunos aspectos de la relación de pareja, y todo esto se puede observar en la primer tabla de las tres que se muestran a continuación. En la segunda tabla aparecen los resultados de las correlaciones de la dimensión percepción de pareja, las cuáles son positivas entre los factores vulnerabilidad de la relación y el distanciamiento emocional, al compararlos con el apoyo emocional

de la pareja. Además del distanciamiento emocional que también correlaciona positivo con la vulnerabilidad de la relación.

La última tabla de correlaciones que se muestra a continuación, nos muestra correlaciones positivas y significativas entre realización de actividades que no me corresponden, variabilidad de horario, posibilidad de descanso y la percepción de imposición. De igual manera la relación es positiva entre Variabilidad de horario y Posibilidad de descanso al ser comparadas con la realización de actividades de otros. Por último, el tercero y cuarto factor correspondientes a la variabilidad de horario y la posibilidad de descanso respectivamente, también muestran una correlación positiva.

Tabla 4. Correlaciones de la escala Condiciones Laborales y Percepción de pareja

	Factor1.D. Apoyo emocional de la pareja	Factor 2.D Vulnerabilidad de la relación	Factor 3D. Distanciamiento Emocional
Factor1.C Percepción de imposición	NS	NS	.149 (*)
Factor 2.C Realización de Actividades que no me corresponden	NS	.189(**)	.185(**)
Factor3.C Variabilidad de horario	NS	.205(**)	.162(*)
Indicador 4.C Posibilidad de descanso	NS	NS	.140(*)

Tabla 5. Correlaciones de la escala Percepción de la pareja

	Factor1.D. Apoyo emocional de la pareja	Factor 2.D Vulnerabilidad de la relación	Factor 3D. Distanciamiento Emocional
Factor1.D. Apoyo emocional de la pareja	NS		
Factor 2.D Vulnerabilidad de la relación	.252(**)	NS	
Factor 3D. Distanciamiento Emocional	.575(**)	.205(**)	NS

Tabla 6. Correlaciones de la escala Condiciones Laborales

	Factor1.C Percepción de imposición	Factor 2.C Realización de Actividades de otros	Factor3.C Variabilidad de horario	Indicador 4.C Posibilidad de descanso
Factor1.C Percepción de imposición	NS			
Factor 2.C Realización de Actividades que no me corresponden	.265(**)	NS		
Factor3.C Variabilidad de horario	.304(**)	.347(**)	NS	
Indicador 4.C Posibilidad de descanso	.252(**)	.306(**)	.337(**)	NS

En las dos escalas la mayoría de las correlaciones entre factores resultaron estadísticamente significativas al 0.01. Exceptuando la correlación entre Distanciamiento emocional y Percepción de imposición, variabilidad de horario y percepción de imposición, y Distanciamiento emocional y posibilidad de descanso. (Tabla 6).

Para identificar las diferencias entre variables socio-demográficas se utilizó la prueba estadística ANOVA.

La tabla 7 muestra las diferencias entre sexos. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en los factores percepción de imposición y realización de actividades que no me corresponden. Los hombres muestran mayor percepción que las mujeres en cuanto a la imposición que sufren en su trabajo y las mujeres muestran mayor percepción que los hombres en cuanto a que realizan actividades que no les corresponden.

Tabla 7. Diferencias entre sexo

Sexo	Media (\bar{x})		Desviación Estándar (DE)		Grados de libertad	Valor de F	Significancia
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres			
Percepción de imposición	2.22	2.55	.942	.998	1	5.53	.020
Realización de actividades que no me corresponden	3.28	3.02	.870	.851	1	4.31	.039

El estado civil mostró diferencias significativas en el factor variabilidad de horario. Los médicos que están casados perciben mayor variabilidad en el horario del trabajo que los médicos que se encuentran en unión libre y que los médicos solteros. A su vez los médicos solteros son los que perciben menor variabilidad en el horario de trabajo que los casados y en unión libre.

Tabla 8. Diferencias por estado civil

Estado Civil	Media (\bar{x})			Desviación Estándar (DE)			Grados de libertad	Valor de F	Significancia
	Soltero	Casado	Unión L.	Soltero	Casado	Unión L.			
Variabilidad de horario	2.76	3.15	3.00	.996	.989	.816	2	3.07	.049

En cuanto al año de residencia que cursan los médicos, se observaron diferencias significativas en los factores percepción de imposición y realización de actividades que no me corresponden. Los médicos que cursan el cuarto año de la residencia, muestran una mayor percepción en relación a la imposición que sufren en su trabajo que los médicos del primero, segundo y tercer año. Los médicos de primer año son los que muestran una menor percepción de imposición. También los médicos de primer año perciben una mayor realización de actividades que no les corresponden y los de cuarto año son los que muestran menor percepción de esta situación.

Tabla 9. Diferencias por año de residencia

Año de residencia	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	Grados de libertad	Valor de F	Significancia
	1er año	2º año	3er año	4º año							
Percepción de imposición	1.96	.728	2.22	.949	2.52	.929	3.14	.993	3	13.75	.000
Realización de actividades que no me corresponden	3.48	.838	3.07	.851	3.07	.839	2.84	.849	3	3.17	.005

En relación a que los médicos tengan pareja o no, las diferencias que se encontraron fueron significativas en el factor apoyo emocional de la pareja.

Aquellos médicos que actualmente no tienen pareja pero que por lo menos tuvieron alguna hace no más de seis meses, percibieron una mayor apoyo emocional de sus parejas que aquellos que actualmente tienen pareja.

Tabla 10. Diferencias de acuerdo a tener pareja o no, actualmente.

Estado Civil	Media (\bar{x})		Desviación Estándar (DE)		Grados de libertad	Valor de F	Significancia
	Sin pareja	Con pareja	Sin pareja	Con pareja			
Apoyo emocional de la pareja	1.72	1.47	.532	.431	1	9.80	.002

La edad agrupada de los médicos mostró diferencias significativas en el factor percepción de imposición. Los médicos con un rango mayor de edad que va desde los 31 años a los 35 años, tuvieron una mayor percepción en relación a la imposición que sufren en su trabajo. Los médicos con el menor rango de edad que va desde los 23 años a los 27 años, manifestaron una menor percepción de imposición.

Tabla 11. Diferencias por edad agrupada

Edad	Media (\bar{x})			Desviación Estándar (DE)			Grados de libertad	Valor de F	Significancia
	23-27	28-30	31-35	23-27	28-30	31-35			
Percepción de imposición	2.14	2.56	2.60	.940	.961	1.03	2	4.79	.009

El agrupamiento de las especialidades de los médicos presentó diferencias significativas en los factores percepción de imposición, realización de actividades que no me corresponden y variabilidad de horario y en el indicador posibilidad de descanso. En el agrupamiento de especialidades apoyo al diagnóstico y tratamiento, los médicos muestran una mayor percepción en cuanto a la imposición que sufren en su trabajo, a la realización de actividades que no les corresponden, a la variabilidad de horario y a la posibilidad de descanso que el

resto de las especialidades. En el agrupamiento de especialidades asociadas a actos quirúrgicos, los médicos muestran menor percepción de realizar actividades que no les corresponden, de variabilidad de horario y de imposibilidad de descanso.

Tabla 12. Diferencias por agrupamiento de especialidades

	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	\bar{x}	DE	Grados de libertad	Valor f	Significancia
Especialidades	Asociadas a actos quirúrgicos		Servicios Médicos generales		Apoyo al diagnóstico y tratamiento		Urgencias		Otras especialidades		Ginecobstetra y Urología				
Percepción de imposición	2.32	.970	2.23	.916	2.93	.926	1.97	.625	2.41	1.24	2.52	.956	5	3.23	.008
Realización de actividades que no me corresponden	2.76	.834	3.13	.836	3.57	.905	3.35	.633	3.12	.735	3.32	.745	5	5.63	.000
Variabilidad de horario	2.48	.913	3.08	1.00	3.51	.951	3.00	.804	2.71	.873	2.66	.953	5	6.92	.000
Imposibilidad de descanso	2.26	.905	2.37	.966	3.06	1.01	2.58	1.04	2.67	.977	2.67	.899	5	3.952	.002

DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos al correlacionar las variables laborales con las de pareja, se puede afirmar que las condiciones laborales afectan significativamente algunos aspectos de la relación de pareja. Algunos de los resultados mostrados anteriormente nos permiten afirmar que la imposibilidad de descansar, el tener una baja jerarquía y realizar trabajo extra por imposición de algún médico de mayor rango, provoca un distanciamiento emocional en la pareja. Estos resultados concuerdan con investigaciones que anteceden a la nuestra, tales como la de Salomon y Carena (2007), y nos permiten aceptar la hipótesis de investigación que propone que existe una relación entre las condiciones laborales y la percepción de la relación de pareja

En cuanto a la percepción de las condiciones laborales, era de esperarse que el hecho de realizar actividades que no le corresponden a un residente, la variabilidad de su horario, y la imposibilidad de descansar, tengan un gran impacto en la percepción de imposición que sienten de los demás médicos hacia ellos. De igual manera podemos afirmar que el hecho de que realicen actividades correspondientes a otros médicos residentes, es una de las causas de que tengan poco tiempo para descansar y tengan un horario tan inestable.

Es pertinente mencionar que las diferencias que aporta la presente investigación entre hombres y mujeres pudieran sugerir alguna cuestión de género que se manifiesta con la percepción que tienen de las actividades que realizan durante su trabajo y en donde las mujeres, a pesar de que perciben por encima de los hombres, mayor número de actividades realizadas que no les corresponden, la imposición que sufren en su trabajo les resulta menor que a los hombres.

La percepción de imposición también presentó diferencias con los demográficos, año de residencia y edad agrupada en el mismo sentido que se diferenció con el demográfico sexo. Parece haber un aspecto jerárquico en éstos demográficos que determinan dicha percepción. Es decir, que bajo contextos de imposición, los grupos que se encuentran en una posición jerárquica más alta son los que se muestran más inconformes ante esta situación sobre aquellos que encuentran en una posición jerárquica más baja. En el caso del sexo, los hombres sobre las mujeres, en el de año de residencia, los de 4º año sobre los años anteriores y en el caso de los rangos de edad, que se relacionan con el demográfico anterior, los de mayor edad sobre los de menor edad.

Una situación que parece corroborar lo anterior es el hecho de que aquellos grupos con menor jerarquía que aparecen en los demográficos sexo y año de residencia, muestran baja percepción de imposición a pesar de que, muestran

una mayor percepción de actividades que no les corresponden. Tal vez cabría mencionar que tanto a niveles micro como macro, en los contextos sociales se pueden dar juegos de roles que se configuran de acuerdo a las relaciones de poder y jerarquía.

¿Qué podría decirse del estado civil de los médicos en donde los casados perciben una mayor vulnerabilidad del horario que los solteros y los que se encuentran en unión libre? ¿O del agrupamiento de especialidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento y aquellas asociadas a actos quirúrgicos en donde en las primeras la percepción de imposición, la realización de actividades que no me corresponden, la vulnerabilidad de horario y la imposibilidad de descanso es alta y en las segundas, a excepción de la percepción de imposición, es baja? Los resultados que se encontraron en estas variables en este estudio quizá no sean suficientes para una mayor inferencia sin embargo son interesantes y podrían ser líneas de investigación para futuros estudios que se relacionaran con nuestro misma investigación.

REFERENCIAS

1. Iglesias de Usell, J. (1998). La familia y el cambio político en España. *Revista de estudios políticos (Nueva España)*, 67, 235-259.
2. García, A. (2001). Actitudes que toma la pareja ante el conflicto y su relación con algunas áreas de interacción de la misma. Tesis de licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. (cita 3)
3. Flores, T. (1997). Auto concepto con adolescentes de padres divorciados. Tesis de licenciatura. UNAM.
4. Navarro, L. (2004). Trabajo y Familia: un conflicto en las parejas. *Instituto de estudios Sociales de Andalucía*, 8, 115-125.
5. Sánchez, R. y Díaz, R. (1990). La cercanía como determinante de satisfacción marital. *Revista de psicología social*.
6. Costa, G. (1996) The Impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 27, 9-16.
7. Aguirre Z. y Martínez, D. (2006). Influencia de la situación laboral en el ajuste familia-trabajo. *Mapfre medicina*, 17, 14-24.
8. Arenas, J. (2006). Estrés en médicos residentes en una Unidad de Atención Médica de tercer nivel. *Cirujano General*, 28, 103-109.
9. Salomon, S, y Carena, J. (2007). Estrés profesional: diferencias entre médicos en formación y médicos de planta. *Servicio de Clínica Médica, Hospital Luis Lagomaggiore. Facultad de ciencias médicas*, 1, pp.31-35.
10. Triadó, C .y Villar, F. (1992) Las relaciones entre abuelos y nietos: Un estudio exploratorio sobre el rol de abuelo. *Tiempo, el portal de la psicogerontología*. Numero 10
11. Jason, C. Translation and Validation of the Spanish Version of the RELATE Questionnaire Using a Modified Serial Approach for Cross-Cultural Translation. *Family Process*. 2001. Vol. 40, 211-231.

3.1.1 Elaboración de productos tecnológicos

3.1.1.1 Producto tecnológico 1: Taller de inducción al posgrado, UNAM.

El taller fue elaborado por:

Arvizu, Cervantes, Martínez, Mendoza y Ortiz

OBJETIVO:

- Integrar a los alumnos que ingresaron al primer semestre del programa de Residencia de Terapia Familiar 2011.

PLAN DEL TALLER:

- El taller se conformó por tres sesiones. En cada una de las sesiones se presentó, en formato de power point información respecto al programa de Residencia en Terapia Familiar y se complementó el taller con diversas dinámicas de integración grupal.

Al finalizar cada sesión del curso, los alumnos acudieron a un curso que se les programó sobre SPSS.

TEMARIO:

1.-INTRODUCCIÓN A LA UNAM

Historia
Campus Ciudad Universitaria
La UNAM en los rankings internacionales
Escudo y lema universitario
Himno
Insignias deportivas

2.- INTRODUCCIÓN A LA FAULTAD DE PSICOLOGÍA

Historia
Planes de estudio de Licenciatura

3.- PROGRAMA DE RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

Antecedentes
Justificación
Objetivo General
Perfil del Egresado

Características Generales del Programa
Actividades Académicas de la Residencia
Mapa Curricular
Sedes de Entrenamiento
Responsable Académico
Tutores
Supervisores
Docentes

4.- SERVICIOS A ESTUDIANTES

Material de apoyo
Apoyos económicos especiales
Otros servicios

5.- INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA Y ACADÉMICA

Trámites en la Facultad de Psicología
Trámites del CONACYT
Trabajo de competencias profesionales por semestre
Reporte final de competencias
Titulación

Evaluación del curso:

El grupo consideró que el taller de inducción les permitió recibir información útil y necesaria para aclarar dudas y tener orientación acerca de los trámites y procedimientos que se requieren para abordar las materias y reportes que se verán en el transcurso de la maestría.

Mediante el taller se facilitó la integración de los alumnos como un grupo, lo cual propició que en algunos de ellos disminuyera la ansiedad que genera el enfrentarse a una nueva e importante experiencia.

Propusieron continuar con este tipo de talleres para fomentar la convivencia e integración incluso con la generación pasada, además agradecieron la información proporcionada por medio de tips de índole práctica.

En cuanto al tiempo que se utilizó para el taller, el grupo lo consideró adecuado y suficiente para el tipo de información que se les presentó. Por otra parte, ya que posterior al curso de inducción, se programó un curso sobre SPSS, algunos

consideraron importante tener un tiempo suficiente de descanso para poder tomar algún alimento.

Algunos alumnos consideraron importante como parte del curso de inducción, añadir una salida en grupo para comer en algún restaurant. También se propuso dar información acerca de cómo conseguir vivienda y qué zonas son más recomendables, sobre todo para aquellos alumnos que son foráneos.

3.1.1.2 Producto tecnológico 2: “El Interrogatorio circular” Análisis de un video de una sesión clínica.

Este producto tecnológico lo elabore en colaboración con Giovanni Martínez Ortega, el video de una sesión clínica tiene como objetivo ser una herramienta que proporcione a los alumnos de la residencia de terapia familiar, un análisis que ilustre las diferentes preguntas del Interrogatorio Circular de acuerdo al Modelo de Milán.

El video de esta sesión clínica se realizó en el año 2012 en las instalaciones del Instituto Nacional de Rehabilitación, la conducción de la sesión estuvo a cargo de Gerardo Reséndiz Juárez y Mariana Cervantes, el desarrollo de la misma fue observada por un equipo terapéutico, del cual forme parte junto con Giovanni Martínez Ortega. Previo a la filmación del video, la madre y su hija brindaron su autorización por escrito.

Las preguntas circulares fueron propuestas inicialmente en el artículo “Hipotetización, circularidad y neutralidad”, en dicho documento se describen algunos tipos de preguntas particularmente útiles para evidenciar diferencias en el transcurso de la sesión terapéutica, entre las cuales están:

- Preguntas tríadicas. En las cuales se pide que una persona comente la relación con otros miembros de la familia.
- Preguntas sobre los cambios de comportamiento antes o después de un evento específico.
- Preguntas Hipotéticas.
- Preguntas que buscan establecer un orden o una escala respecto a un comportamiento particular o una interacción.
- Preguntas orientadas en el tiempo.

Con base a lo anterior se utilizó esta tipología de preguntas y se señalaron los segmentos en donde se ilustra cada una de ellas. Al final del video, se les sugiere

a los alumnos que observen la sesión y que reflexionen acerca de que otras preguntas harían ellos, así como cuál es la información que se pretendió conocer.

Taller: “Como vivir en pareja y no morir en el intento”

Duración del taller

El taller se impartió en las instalaciones de la Dirección de Reinserción Social por el Empleo (DRSE) que pertenece a la Secretaría de Seguridad Pública Federal. En 4 sesiones de 2 horas de cada una, los días 3, 10, 17 y 24 de mayo de 2012. El grupo estuvo integrado por 6 mujeres y 3 hombres, entre los 20 y 50 años de edad. Tres de ellos personal adscrito a la dependencia y 6 pasantes de la misma.

El objetivo del taller era propiciar en las parejas el desarrollo de respuestas que les permitan interactuar de modo más efectivo y satisfactorio en la solución de conflictos.

Las temáticas por sesión fueron las siguientes:

- **Descubriendo mis principales creencias de mi relación.** En esta sesión se dio la bienvenida a los participantes, se llevaron a cabo dinámicas de presentación, se exploraron las expectativas y se definieron las reglas del taller. Se explicó y se discutió con el grupo las principales creencias sobre la elección de pareja y como estas influyen en la dinámica de la misma. Al término de la sesión se le asigna una tarea a los participantes para realizar en casa.
- **Los mitos del amor.** Se dialoga con los asistentes sobre la tarea que se les dejó en la sesión anterior. Posteriormente se expone el tema de los principales mitos culturales del amor y como estos influyen en la relación de pareja, se realiza una dinámica, con el propósito que el grupo identifique y reflexione cuales de estos están presentes en su relación de pareja. La sesión se da por concluida con una nueva tarea para realizar en casa.
- **Como construyo mi relación.** Se inicia la sesión preguntando a los participantes sobre el resultado de la tarea que se les dejó. Se expone y se conversa con el grupo como a partir de la interacción se construye la relación de pareja. Se cierra la sesión dejando una nueva tarea.
- **De los problemas a las soluciones.** Al igual que las anteriores sesiones se habla con el grupo sobre la tarea llevada a cabo, su experiencia y las reflexiones sobre la misma. Con base a los elementos esenciales, que señala O’Hanlon y Hudson (1996), se explica al grupo como se construye una relación orientada hacia las soluciones y no hacia los problemas, y se

estimula a los participantes para que se expongan las alternativas que ellos consideran para construir una relación de este tipo. Para concluir se evalúa el taller y se entregaron reconocimientos a los asistentes.

Resultados

Se inició con la participación de 9 personas y se concluyó el taller con 8 asistentes. Al término del mismo, se entregó un cuestionario abiertas y cerradas.

Reflexiones sobre la experiencia

La intervención comunitaria forma parte de las competencias que se busca desarrollar dentro del programa de terapia familiar. Esta habilidad es la que ocupa menor tiempo y espacio académico y de práctica dentro de la formación. No obstante, dicha experiencia converge con conocimientos y recursos desarrollados durante la residencia que permiten, planear, organizar y ejecutar una propuesta de trabajo que responda a una problemática específica dentro del ámbito de la terapia familiar.

Esta actividad por lo regular produce resultados satisfactorios, brinda un espacio de reflexión y promueve recursos tanto en los asistentes como de facilitadores, así como el deseo de ambas partes por ampliar el conocimiento y habilidades sobre este tema.

Un probable obstáculo es el reducido número de espacios públicos o privados para desarrollar esta actividad. Las instituciones donde participa un profesional de la salud, están orientadas a atender problemáticas con un enorme peso social (adicciones, violencia, discapacidad, etc.), donde las dificultades de pareja y de familia ocupan una posición secundaria o no se incluyen. Esta condición reduce la posibilidad de que se implementen talleres de este tipo.

Aunado a ello, está el hecho de que las familias y parejas buscan solucionar sus dificultades desde un marco de atención particular y no desde una perspectiva comunitaria. Si bien, es cierto que habría que definir que pertenece al ámbito privado y que al público. Lo observado en la realización de este taller, pone de manifiesto que bajo estas condiciones; expresar y compartir con otras personas la vida de pareja, puede representar un desafío para algunos individuos, pese al cuidado y experiencia que tenga el facilitador.

Otra dificultad que se presenta es que asistan ambos integrantes de la pareja. Esta condición se consideró previamente en la realización de este taller,

incluyendo a personas que en este momento no tenían pareja y otras que no podían presentarse con su compañero/a actual. Independientemente de su condición, el contenido y herramientas proporcionadas a los asistentes, tienen el objetivo de favorecer la reflexión, la creación de nuevos significados y condiciones para construir una relación de pareja saludable. Elementos que tienen un efecto directo en los participantes, pero que resulta extensivo en sus relaciones actuales o futuras.

3.3.3. Reporte de asistencia a Foros Académicos

3.3.3.1. Primer Congreso Internacional de CEFAP (que es CEFAP) “Terapia Breve y Familiar: Alternativas en Psicoterapia. Los caminos que se encuentran”

El Congreso se llevó a cabo en las instalaciones del Complejo Internacional Universitario en la Ciudad de Puebla, del 28 al 31 de Octubre de 2010. En el evento participaron expositores nacionales e internacionales representantes de diferentes modelos y posturas terapéuticas. A través de las conferencias, mesas redondas y talleres realizados, los diferentes ponentes expusieron ideas, técnicas y principios que sustentan su trabajo terapéutico y línea de pensamiento.

Entre los ponentes internacionales se encontraron los doctores: Kenneth Gergen, Harlene Anderson, Jerry Deffenbacher, Karl Tomm, Lilian Borges Zeig, Bill O’Hanlon, Mathew Selekman, Carlos J. Sánchez, Joel Bergman, Gonzalo Bacigalupe, Evan Imber-black, Lascelles Black, Jorge Colapinto y Gonzalo Bacigalupe.

Por parte de nuestro país se hicieron presentes los Maestros: Armando Quiroz, Felipe Gutiérrez Gutiérrez, Rosario Oaxaca y Ana María Rodríguez; así como también: Javier Vicencio, Martha Campillo, Gilberto Limón, Luz de Lourdes Eguiluz, Ruperto Charles Torres, Margarita Tarragona y Mary Blanca Moctezuma.

3.3.3.2. Seminario “Diferentes Normalidades”

Familia, posmodernidad y pluralidad como principio metodológico.

Impartido por la Dra. Laura Fruggeri los días 20 y 21 de Mayo de 2010, en el Hotel Real Sur de la Ciudad de México. Se abordaron temas como: La noción de familia desde una postura posmoderna y sus interacciones en la vida cotidiana; Intervenciones desde contextos complejos; Dinámicas interpersonales y procesos sociales; Modelos familiares desde una cultura de la diferencia; La construcción social del cambio y sus vínculos biológicos; La supervisión y sus diferentes niveles de análisis; Métodos y técnicas de la observación en familias y Como entender los efectos iatrogénicos de la psicoterapia.

3.3.3.3. Quinto Congreso de Investigación de Maestría y Doctorado en Psicología

El Congreso se realizó en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en la Ciudad de México los días 24 y 25 de octubre de 2011; la organización y convocatoria del evento estuvo a cargo de la Coordinación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM.

Este espacio constituyó un foro en el que se presentaron los trabajos de investigación de la comunidad del Programa; el cual fomenta la participación de alumnos, tutores y de la comunidad académica en general, cumpliendo con propósitos formativos y de difusión de la investigación.

Mi participación la realice en compañía de: Giovanni Martínez Ortega, Raúl Reducindo Vázquez y Joan Le Turq Segovia, elaborando un cartel informativo sobre la **“Escala de Percepción de Involucramiento Afectivo Familiar”**

3.3.3.4. Primer Coloquio: “Repensando la Psicología”

Realizado los días 21 y 22, de Febrero de 2012, en la Facultad de Psicología de la UNAM; participaron alumnos de Licenciatura en Psicología y Maestría de la Residencia en Terapia Familiar.

El tema con el cual se basó mi participación conjuntamente con Raúl Reducindo Vázquez fue: **“El papel de la familia en la reinserción social de delincuentes”**.

3.3.3.5. Primer Curso Internacional de Psicología, Psiquiatría y Terapia Familiar del Instituto Nacional Rehabilitación.

Llevado a cabo en las instalaciones del INR (Instituto Nacional de Rehabilitación) del 24 al 28 de septiembre de 2012. Los trabajos presentados en este foro se orientaron a la discapacidad y al impacto de ésta en el paciente y su familia.

Participo como ponente con el trabajo libre: **“De la estabilidad a la transformación. Procesos familiares de una terapia en curso”**.

El presente trabajo describe los **macro-procesos y procesualidad** observados con una familia que fue atendida en el Instituto Nacional de Rehabilitación.

Ambos conceptos contribuyen a entender como las relaciones de los integrantes del sistema se transforman o se mantienen en función de etapas, eventos emergentes o temas particulares.

Esta comprensión permite al terapeuta dialogar con la familia sobre estos movimientos. Dicho intercambio estimula acciones y respuestas que se ajustan a esos momentos evolutivos.

Habilidades de compromiso y ética profesional

3.4.1 La preparación del Terapeuta familiar

De acuerdo al programa de posgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM, el objetivo de la Residencia en Terapia Familiar con Enfoque Sistémico y Construccionalista, propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud.

Desarrollando las siguientes habilidades y competencias, específicas de un terapeuta sistémico-construccionalista, dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social.

- Habilidades Teórico Conceptuales
- Habilidades Clínicas, Detección, Evaluación y Tratamiento
- Habilidades de Investigación y Enseñanza
- Habilidades de Prevención
- Habilidades de ética y compromiso social.

Durante el periodo formativo de la terapia familiar (1970-1980), los pioneros se enfocaron más a los conceptos teóricos y técnicos, mientras los valores éticos se delinearon únicamente en las experiencias profesionales de aquellos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En la actualidad ambos aspectos se desarrollan a la par, y forman parte del ejercicio profesional.

3.4.2 La confidencialidad dentro de la terapia familiar

La confidencialidad es una norma de conducta que rige la práctica clínica de todo psicólogo y terapeuta familiar. Este principio debe garantizar que la información que se hable con el consultante no deba salir de este espacio, o se transmita a personas ajenas al caso. En espacios de formación o instituciones de salud, los registros de sesiones, están bajo la custodia y consulta de diversos profesionales. Es obvio suponer que los profesionistas bajo esta situación respetan y llevan a cabo este principio ético. Se entiende que el uso de la información obtenida de los consultantes, es con objetivos terapéuticos, educativos o de investigación. Lo interesante de esta circunstancia es que el encuentro terapéutico, que se antoja como íntimo y privado, pase a ser de un dominio compartido o “público” por el número de personas involucradas en el proceso.

La práctica clínica realizada durante la residencia, regularmente involucraba a un supervisor, un equipo de observadores y uno, dos o hasta tres terapeutas responsables del caso. El usuario o familias que solicitan servicios en las sedes de formación, se les explicaba previamente la forma de trabajo y personas que participaban en el proceso. La mayoría de las veces los consultantes aceptan esta condición, muy pocos cuestionan o rechazan esta forma de trabajo, y cuando existía esa situación se les invitaba a probar esta experiencia y a pensar en los beneficios de contar con un equipo de observación. Esta forma de proceder para muchos de los usuarios podría ser poco usual, dada su experiencia en otras instituciones, donde no se cuenta con un grupo de especialistas, o por la creencia de que el encuentro terapéutico solo involucra al consultante y al profesional de la salud. Si el cliente acepta esta condición está implícito que los terapeutas participantes en el caso respetaran la confidencialidad de lo hablado en la sesión. Al mismo tiempo la transparencia con la que se conduce el proceso y el hacer participe a los consultantes de las reflexiones del equipo en torno a la demanda, favorece una relación de confianza y colaboración mutua.

Por el contrario la violación de este principio, produce daño moral en el usuario, lo que deriva en denuncias o demandas en contra de las personas involucradas, de demostrarse lo anterior el profesional tendría que enfrentar sanciones económicas, administrativas y de encarcelamiento.

Una situación distinta es cuando el terapeuta se ve expuesto a revelar información, bajo alguna de estas circunstancias: requerimiento legal, para prevenir daño o riesgo a una o varias personas, o para defenderse de acusaciones sobre su ejercicio profesional. Es poco probable que se presente esta situación, la mayor parte de las solicitudes de información provienen de ámbitos académicos, laborales y clínicos, en este caso se le puede proporcionar un resumen del proceso al consultante concientizándolo que la difusión o entrega de dicho documento a terceros es responsabilidad exclusivamente de él.

Por otra parte si la ley lo determina el clínico está obligado a atender este llamado. Presentando los registros y testimonios que demuestren su dominio y competencia en su ámbito profesional, estos mismos elementos también pueden ser una prueba a su favor en el caso de acusaciones que cuestionen sus habilidades.

Cuando existe daño o riesgo para una o varias personas, el curso de acción puede ser incierto. Para algunos psicólogos, los temas tratados en las sesiones independientemente de la gravedad o riesgo que representen deben de mantenerse en la más estricta confidencialidad, asumiendo que el secreto

profesional, está por encima de cualquier circunstancia, y que en el caso de tomar una postura diferente, se viola este principio ético. Si bien, esto en parte es cierto, al mismo tiempo hace cómplice al terapeuta, de una situación peligrosa, que de denunciarse prevendría el daño que esto podría causar. Ambas posturas parecen reflejar una actitud de responsabilidad, cual es mejor, dependerá de lo que cada persona considere como lo más adecuada. Sin duda, puede existir ambivalencia a este respecto e inclusive temor por proceder de cierta forma. Lo observado en estos dos años de formación, dan testimonio de que el terapeuta familiar tiende a revelar información por solicitudes provenientes de ámbitos académicos y clínicos (regularmente para derivar pacientes), más que por cuestiones legales o dilemas como el descrito en líneas anteriores.

De todos los casos en lo que participe, solo en una ocasión, el contexto relacional descrito por una familia presentaba un dilema ético. El hijo de un matrimonio estaba expuesto a la violencia de los padres, el terapeuta responsable, decidió expresar a la pareja que quizá ellos ignoraban que las agresiones entre ellos y hacia su hijo eran un delito y que bajo estas circunstancias no podía iniciarse un tratamiento, el mensaje transmitido hizo reflexionar a los padres sobre su comportamiento y protegió al menor de un mayor riesgo, esta postura mostrada por el terapeuta mantuvo la confidencialidad de lo hablado dentro de la consulta y al mismo tiempo previno un hecho lamentable. De la persona de la que hablo es un maestro de la facultad, no le pregunte, que posición hubiera tomado si la violencia persistiera o si los pacientes comentaran hechos más desagradables. Lo que si se y no esta discusión es que esto es un planteamiento difícil de resolver.

Un último aspecto a considerar dentro de esta norma de conducta es el uso de datos de los consultantes en publicaciones, foros académicos e investigaciones. Para este propósito se les solicita previo inicio del tratamiento a las personas que asisten al servicio, que firme un consentimiento informado donde se le explica que la información obtenida durante el proceso terapéutico puede ser utilizada con fines académicos o de investigación. En estas circunstancias el anonimato parece ser la condición necesaria para mantener la confidencialidad, sería conveniente conocer el porcentaje de colegas que informan a sus consultantes que su experiencia terapéutica se hará pública. Karl Tom en su artículo "Distinciones terapéuticas en una terapia en curso" da crédito a la familia como parte del proceso de elaboración de este documento. Posiblemente otros colegas se conduzcan de la misma forma, pero quizá la mayoría optemos con mantener el anonimato, sin consultar a los usuarios o familias que acuden a terapia.

3.4.3 Los códigos éticos

La práctica de la psicología, está sujeta a un código ético que regule su ejercicio profesional, científico y académico. Estas normas de conducta, deben ser una extensión de los valores y actitudes con los que cuenta el psicólogo en su vida personal y no solo una forma de llevar a cabo su trabajo.

En México estos principios están plasmados en el Código Ético del Psicólogo y la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. Esta última establece ocho principios:

Responsabilidad de los pacientes. Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetando los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada. No discriminarán ni negarán sus servicios profesionales a nadie y evitarán abusar de la confianza y de la dependencia de tales personas, no utilizando la relación profesional con sus pacientes para su propio beneficio. La duración de la terapia se prolongará mientras que el paciente se está beneficiando de esa relación, de ser interrumpido el servicio el terapeuta deberá garantizar al paciente la obtención de otro servicio o la continuación del tratamiento. Antes de utilizar videos, grabaciones o permitir la presencia de terceras personas los terapeutas deberán obtener el consentimiento explícito del paciente, de preferencia por escrito.

Confidencialidad. Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes. Excepto en los casos: (a) si lo determina la ley, (b) para prevenir 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 y (d) si existe una dispensa (exención) por escrito obtenida con anterioridad. Se podrá utilizar el material clínico del paciente para enseñanza, escritura y presentaciones al público, sólo si ha obtenido autorización específica o cuando se hayan tomado los pasos necesarios para proteger la identidad y confidencialidad del paciente.

Capacidad e integridad profesional. Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad; a través de un alto nivel de conocimientos y de información que le permita mantenerse actualizado en las investigaciones, conocimiento y práctica de la terapia familiar; así como evitar diagnosticar, dar tratamiento o consejo si el problema está fuera de su competencia e integridad profesional.

Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados. Los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación. No deberá 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. Preservar la confidencialidad del material presentado por los supervisados, excepto: bajo cuestiones legales, prevenir daño inmediato a una o varias personas

Responsabilidad con los participantes de investigaciones. Al planear una investigación, los investigadores deberán examinar cuidadosamente la aceptabilidad ética de dichos estudios. Los participantes deberán ser informados de todos los aspectos de la investigación que puedan influir en su disposición para participar en dicha investigación, y tendrán la libertad de declinar o retirarse en cualquier momento. La información que se obtenga del participante durante el curso de la investigación es confidencial, a menos de que exista una dispensa previa por escrito.

Responsabilidad a la profesión. Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas a través de dar crédito a los participantes de publicaciones e ideas citadas dentro de estas mismas; y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión cuando actúen como miembros o empleados de organizaciones,

Arreglos financieros. Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.

Publicidad. Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

Toda actividad que se desarrolle dentro de esta disciplina es una oportunidad para llevar a cabo estos principios. En un espacio de formación como este, algunas de estas normas de conducta destacan más que otras. La ausencia de experiencia o claridad para conducir el proceso terapéutico, no fue un impedimento para asumir una postura de responsabilidad y de respeto hacia el paciente, garantizando con ello la confidencialidad y el bienestar de los individuos y familias que acudían a las instituciones que brindaban el servicio. Se le dio atención a cualquier persona que acudía a estas sedes, sin discriminar o condicionar el servicio. Si tras abordar el problema se consideraba que este estaba fuera de las competencias de nuestra especialidad se canalizaba a otros colegas o instituciones.

El proceso de formación requiere una preparación constante que dota de diferentes elementos al terapeuta para entender e intervenir en consecuencia. La actuación de los estudiantes esta supervisada por maestros con una experiencia amplia en el campo, así como una formación teórica-conceptual.

Este bagaje teórico y práctico es transmitido a los estudiantes. Existen diferentes oportunidades a lo largo de la maestría para dar reconocimiento de estas ideas a los autores originales ya sea de forma escrita o a través de las conversaciones entre colegas. Un ejemplo de ello, son los diversos trabajos realizados en la maestría y en las diferentes investigaciones que se desarrollan en el programa.

Los arreglos financieros y la publicidad, quizá son las normas de menor aplicación que se realizan dentro del programa, pero es una práctica que al salir se lleva a cabo de forma regular.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de Habilidades y competencias profesionales adquiridas

Toda práctica clínica incorpora ideas formales, que orientan la comprensión e intervención del profesional de la salud. En el caso de la terapia familiar, este campo se ve nutrido desde diferentes principios epistemológicos expresados en los diferentes modelos y posturas terapéuticas que integran este campo. Dichos conceptos teóricos expuestos en el programa permiten analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos, proponer hipótesis explicativas e identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos que intervienen.

A la par de este conocimiento teórico conceptual, se desarrollan habilidades clínicas de detección, evaluación y tratamiento entre las que se incluyen: capacidad de observación del proceso terapéutico, establecer un contacto terapéutico y una relación de colaboración con los consultantes, a través del dialogo y entrevista, técnicas de enganche y de alianza terapéutica, definir motivos de consulta y demandas terapéutica, evaluar el tipo de problema y opciones de solución, definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios, identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas, generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios, formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones, evaluar los resultados y terminar el tratamiento, crear e instrumentar herramientas o procedimientos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales, incluyendo el proceso de intervención y su seguimiento, reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses, seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones, diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos, acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y co-establecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico y elaborar reportes del tratamiento.

Gran parte de la formación está dedicada a desarrollar las competencias anteriormente descritas. Sin embargo, también se promueven habilidades de

Prevención, con el propósito de elaborar programas y proyectos de salud comunitaria, que ayuden a resolver o prevenir problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario y cuya aplicación se lleve a cabo en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

Estas competencias teórico prácticas, se insertan dentro de un marco de respeto al código ético y de compromiso social, que promueven valores y actitudes en la persona del terapeuta.

4.2 Incidencia en el campo psicosocial

Un objetivo que se presenta en paralelo al desarrollo de competencias y habilidades en este campo, es el compromiso social y la actitud de servicio. Más allá de la satisfacción que representa la obtención de un posgrado, debe de estar el deseo por parte del profesional de la salud de participar en aquellos espacios donde su formación clínica es requerida.

Las áreas de influencia del terapeuta familiar abarcan espacios públicos y privados. Tanto las instituciones, como las personas ven en la terapia familiar un recurso útil que brinda alternativas de solución y comprensión de los problemas humanos. Cuando la concepción de que las dificultades residen en el individuo se ve rebasada y no es suficiente para intervenir, la perspectiva relacional y posmoderna se constituye como otra opción dentro del conjunto de herramientas con las que cuenta la psicología.

Durante los dos años que dura la formación en esta especialidad, se atienden individuos, parejas y familias, la forma de conceptualizar las demandas que presentan los consultantes, puede interpretarse de diferentes formas, la primera de ellas está orientada a la estructura y organización familiar, y como esta puede verse modificada, ante los eventos internos o externos que presentan las familias, a la par de esta, se encuentra el mundo de significados, que se expresa en las ideas, creencias y premisas que regulan la interacción familiar y relacional de sus integrantes.

Una forma distinta de pensar sobre los problemas de las familias es mediante la descripción de un conjunto de síntomas o padecimientos que caracterizan una “enfermedad” o un “trastorno”, esto va en contra de los principios sistémicos. No obstante, esto permite resumir de cierta forma la experiencia de las familias y brinda un entendimiento entre los profesionales de la salud. Términos como

adicciones, depresión, baja autoestima, infidelidad, autolesión, trastornos alimenticios, problemas psicosociales, etc., forman parte de esta categoría.

Independientemente de la forma de conceptualizar los problemas de las familias, debe de estar la eficacia y eficiencia de esta forma de trabajo. Nardone y Selvini(1999), menciona que los enfoques estratégicos tiene una eficacia media del 70-75 % calculada a mediados de los años ochenta, y que se ha visto comprobada e incrementada en los noventa entre el 80-95 % , con picos de eficacia hasta del 90 % en formas particulares de patología. Geyerhofer y Komori, (1999) realizaron un estudio sobre la eficacia de modelos posestructuralistas de terapia familiar breve (MRI, terapia centrada en la solución y modelo narrativo), en un instituto privado de terapia familiar, como en una clínica pediátrica, encontrando porcentajes de éxito entre el 60 y el 61 % de los casos atendidos, así como una mejoría entre el 27 y el 12 % respectivamente, lo que refleja un alto grado de eficacia. Testimonios brindados por los maestros durante la formación sugieren porcentajes similares en modelos como lo es la Terapia de Milán. Estos datos demuestran que el empleo de modelos y posturas terapéuticas pertenecientes a este ámbito son una alternativa útil en la resolución de problemas.

Los casos que se atendieron en las diferentes sedes, fueron bajo la influencia y principios de las aproximaciones anteriormente mencionadas. No se cuenta con una estadística que permita definir porcentajes de éxito, mejoría, sin cambio o deterioro de los usuarios que participaron en un proceso terapéutico. Es probable que de hacerse tal vez no se acerquen a la eficacia que menciona la literatura. Sin embargo, hay que considerar que los terapeutas responsables del caso están en formación, y que el dominio y manejo de un enfoque en particular esta en desarrollo, circunstancia que incide directamente en el cumplimiento de objetivos terapéuticos.

Dejando a un lado este criterio y basándome en mi participación como terapeuta y en lo observado en el desempeño de mis colegas, puedo decir que los casos que se atendieron, fue con un alto grado de responsabilidad y compromiso en beneficio de los consultantes, utilizando los diferentes principios técnicos y epistemológicos de cada perspectiva y postura terapéutica. Con base a esto, los usuarios que concluían el tratamiento con éxito o mejoría fueron más que los que abandonaron o no experimentaron ningún cambio.

4.3 Reflexión y análisis de la experiencia

El ingreso a un posgrado y la posterior terminación de este, representa el cumplimiento de un objetivo profesional y el deseo de adquirir habilidades que brinden una mejor preparación. El perfil de egreso es muy claro sobre las competencias que busca desarrollar el programa en los estudiantes en formación. El grado de pericia o dominio que se adquiere, dependerá de cada persona. En mi caso, esta experiencia, no solo me dejó una serie de conocimientos, sino que transformo mi manera de pensar y de hacer terapia. Menciono esto, porque creo que uno puede entender conceptos, reproducir procedimientos, pero no identificarse con ellos. Técnicamente un terapeuta puede conducirse muy bien en las sesiones, seguir las indicaciones del supervisor, compartir con el consultante las reflexiones del equipo, pero no estar de acuerdo en la forma en la que se lleva a cabo el proceso.

Dicho de otra forma, esta experiencia no solo brinda formación, sino identidad. Todos los formados en este campo podemos estar de acuerdo que la forma de concebir los problemas y su posterior intervención transcurre desde el contexto relacional hasta los sistemas lingüísticos de significado. Nuestra comprensión se nutre de diferentes principios epistemológicos, modelos y posturas terapéuticas, pero la forma de expresar estas ideas en la práctica es distinta. Por mi formación que tuve durante mi licenciatura, me sentía completamente identificado con la terapia breve centrada en las soluciones y orientada al problema (MRI), ambas aproximaciones parecen seguir un principio pragmático, apreciaba su utilidad práctica y el poco tiempo requerido para dar resultados. Pensaba en ese entonces que esta forma de hacer terapia iba muy bien conmigo y que durante la maestría me volvería un experto en ello. Contrario a lo que había previsto, no fue así, en la actualidad utilizo muy pocos recursos de estas aproximaciones, deje el énfasis en las excepciones y el patrón de la queja, y empecé a dialogar con las personas. No quiero expresar con esto que la enseñanza por parte de mis profesores no me permitiría adquirir una mayor competencia, fue el descubrimiento posterior de otras ideas lo que me hizo distanciarme de mis raíces.

En principio esta postura terapéutica derivada del posmodernismo no significaba nada para mí, no solo por el desconocimiento de ello, tenía la impresión que los maestros me transmitían la idea que estos modelos ajenos a esta epistemología estaban en desuso y que su enseñanza solo cumplía con un propósito histórico. Me revelaba ante esta idea, todo mi entrenamiento y mi práctica clínica me decían lo contrario, así que cualquier expresión que sugiriera esto me parecía inaceptable. Ahora sé que interprete de una manera incorrecta lo anterior. Todo lo aprendido en el aula y en las supervisiones es una invitación a ampliar la

comprensión sobre este campo, pero de ninguna forma una imposición o descalificación sobre una forma particular de conceptualizar y practicar la terapia.

Dedique gran parte de mi formación en debatir y cuestionar esto con los maestros. Cada uno de ellos, me dio la oportunidad de expresarme, y de ser crítico. Al final de esta experiencia estaba lejos de mis raíces, y más próximo al construccionismo social, no solo asimile estas ideas, sino que las aceptaba y me identifica con ellas. Entre en un proceso de transformación, como pasa con todas las personas, y la evolución que experimente solo al hasta el día de hoy puedo darme cuenta de sus efectos. No solo me beneficie del conocimiento de mis profesores, sino de la forma en que estos ponían en práctica estas ideas, lamentablemente para mi fueron pocos los maestros que hicieron esto, la mayor parte de ellos, nos daban la responsabilidad y la confianza de conducir los casos, pero ocasionalmente se integraban en las sesiones y dialogaban con los consultantes, el modelado derivado de esta experiencia constituye una herramienta muy útil, me isomorfise con esta forma de trabajo, pero con el paso del tiempo he ido encontrando un estilo propio.

La identidad que me brindó esta experiencia se complementó con el desarrollo de otras habilidades. Aunque el tiempo y espacio que se les dedica a estas es menor, no son menos importantes, competencias como la investigación y la intervención comunitaria, forman parte del perfil de egreso y son fuente también de satisfacciones. Puedo presumir, el desarrollo de un instrumento de evaluación familiar, dos investigaciones y un taller, proyectos que de no ser por el programa y el compromiso de los maestros a cargo no se hubieran llevado a cabo. Por supuesto que mi participación, junto con la de mis colegas con los que desarrolle este trabajo fue determinante. No obstante, para mí, el énfasis estaba orientado en la experiencia clínica y no en otras habilidades, por lo que fue muy grato, encontrar profesores que me motivaron y despertaron mi interés en esta labor. Esta experiencia no solo se limitó a entregar un documento producto de este ejercicio, sino también me dio la oportunidad de exponer el trabajo realizado en foros académicos, circunstancia que antes de entrar a la maestría me resultaba completamente ajena y fuera de mis posibilidades.

Dejando un lado lo académico, esta experiencia me permitió conocer personas, que me compartieron sus ideas y su humor, gracias a esto mi estancia en la maestría fue más placentera.

Finalmente puedo concluir que la experiencia de estos dos años no solo fue académica y práctica, también fue una experiencia de vida.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1991). El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre los diálogos. México: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Amorrortu.
- Arcenolli, T. y Bertrando, P. (2000). Veneno, rabia y aburrimiento de la terapia sistémica. Centro Episteme, Turín
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia familiar. México
- Atchley, R.C. (1989). A continuity theory of normal aging. *The Gerontologist*, 29, 183-190.
- Bauman, Z. y Vecchi, B. (2005). Identidad. Buenos Aires: Losada.
- Beavin, J., Jackson, D. y Watzlawick, P. (1989). Teoría de la comunicación humana. Herder: México
- Bebchuck, J. (1991). Circularidad: Concepto teórico e instrumento clínico. Sistemas familiares. Buenos Aires.
- Beltran, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. (Comp) *Terapia familiar, su uso hoy en día.* (pp. 197-223). México: Pax
- Bertalanffy (1976). Teoría general de los sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bertrando y Toffanetti (2004) *Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas.* Paidós: México
- Bertrando, P. (2011). El dialogo que conmueve y trasforma. *El Terapeuta dialógico:* México: Pax
- Beyebach, M. (1995). Avances en terapia breve centrada en soluciones. En: Beyebach, M. y Navarro, J. *Avances en terapia familiar.* pp.157-194. México: Paidós.
- Boscolo L. y Bertrando P. (1992) El anillo reflexivo de pasado, presente y futuro en la terapia sistémica y la consulta. *Family Process*, 31, pp. 119-130, 1992. Traducción

- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn P. (1987). *Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.
- Boscolo L. y Bertrando P. (1996) *Los tiempos del tiempo*. Barcelona, España: Paidós.
- Cade, B., y O'Hanlon, B. (2004). *Guía breve de terapia breve*. México: Paidós.
- Cecchin G. (1987) Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process* Vol. 26 No. 4
- Cecchin G., Lane G. y Wendel R. (1997) *Veritá e pregiudizi* (trad. verdad y prejuicios). Milán, Italia: Raffaello Cortina.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO) (2010). *Series de información temática y continúa de hogares en México*. Recuperado el 12 de Julio de 2014. http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/hogares_en_México_indicadores.
- Corral, A. (2009). *El desarrollo psicológico durante la vida adulta*. En Begoña, E. (Comp). *Psicología del desarrollo: De la infancia a la vejez*. (167-184). España: McGRAW-HILL
- Desatnik, O. (2004). *El modelo estructural de Salvador Minuchin*. En Eguiluz, L. (Comp) *Terapia familiar, su uso hoy en día*. (pp. 49-80). México: Pax
- De Shazer, S. (1984). *La muerte de la resistencia*. *Family process*, 23, 11-17.
- De Shazer, S. (1986). *Terapia breve: desarrollo centrado en soluciones*. En: Nardone, G. y Watzlawick, P. *Terapia breve: Filosofía y Arte*. pp. 121-146. Barcelona: Herder.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- 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: alternativa para investigar el sistema familiar*. Tlaxcala: Universidad Autónoma de Tlaxcala-UNAM.
- Erikson, E. (1968). *Ocho edades del hombre*. En *Infancia y Sociedad* (222-247). Buenos Aires: Ediciones Hormé
- Fishman, C. y Minuchin, S. (1984). *Técnicas en terapia familiar*. México: Paidós.

- Fisch, R., Segal, L. y Weakland, J. (1984). La táctica del cambio. Herder: México.
- Fruggeri L. (1992) Las emociones del terapeuta. *Psicobiectivo*, n.3, pp. 23-34.
- Gergen, K.J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266-275.
- Gergen, K. (1987). La construcción social de la persona. Nueva York: Springer-Verlag.
- Gergen, K. (1992). El yo saturado. Dilemas de identidad en un mundo contemporáneo. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. y Warhus, L. La terapia Como una construcción social dimensiones, deliberaciones, y divergencias.
- Guiddens, A. (1995) Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1983). Terapia no convencional. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). Estrategias en psicoterapia. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2010). Censo general de población. Los hogares en México. Recuperado el 12 de julio de 2014. <http://cuéntame.inegi.org.mx/población/hogares.asp?tema>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (INEGI). (2010). La Encuesta Nacional del Uso de Tiempo. (ENUT). Recuperado el 12 de julio de 2014. http://www.google.com.mx?gws_rd=ssl#q=encuestanacionalsobreusodeltiempoenu.
- Madanes, C. (1982). Terapia familiar estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (2004). El arte de la terapia familiar. México: Paidós.
- Minuchin, S. (2004). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.
- Levinson, D. (1986). A conception of adult development. *American psychologist*.
- Ochoa, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W. (1986). Intervención en las pautas contextuales. En: Bertolino, B. y O'Hanlon, S. Desarrollar posibilidades. España: Paidós. (Pp. 67-74)

- O'Hanlon, W. (1987). Raíces profundas. España: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. España: Paidós.
- O'Hanlon, W. (1993). Guía breve en terapia breve. España: Paidós.
- Ortega, F. (2004). Terapia familiar sistémica: España: Grafittres.
- Sánchez, D. y Gutiérrez, (2000). Terapia familiar. Modelos y técnicas. México: Manual moderno.
- Selekman, M. (1996). Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Gedisa.
- Selvini M., Boscolo L., Cecchin, G., y Prata G. (1980) "Hipótesis, Neutralidad y Circularidad" Family Process Vol.19 No.1
- Tarragona, M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en las soluciones. 14(3), 511-532.
- Umbarger, C. (1983). Terapia familiar estructural. Argentina: Amorrortu.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milan: 1969-2009). Psicoterapia y familia. 23(1). Pp: 30-39.
- Reséndiz, G. (2011). Elementos de la Concepción Sistémica de la Familia en el Modelo de Milán. México: ILEF.
- Von Foerster, (1988). Investigación en sistemas y ciencias del comportamiento. 13 (3), pp. 191-432.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas. Barcelona: Herder.
- White y Epston (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2004). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Gedisa.
- White, M. (2002). Dirigiéndose al fracaso personal. Revista Internacional de Terapia Narrativa y Trabajo Comunitario, Nº 3.