



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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

UN ABORDAJE SISTÉMICO EN LA VIOLENCIA FAMILIAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE :
M A E S T R A E N P S I C O L O G Í A
P R E S E N T A :
A R A C E L I D U R Á N R I V E R A

DIRECTORA DEL REPORTE: DRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ
COMITÉ TUTORIAL: DRA. BLANCA E. BARCELATA EGUIARTE
DR. JUAN LUIS LINARES FERNÁNDEZ
MTRA. NORA RENTERÍA COBOS
MTRO. GERARDO RESÉNDIZ JUAREZ

MÉXICO, CDMX.

2017



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.

GRACIAS!!!

A la Vida, que ha sido muy generosa conmigo...

A **mi madre**, por todo el amor, sabiduría y paciencia, jamás terminaré de agradecerte lo que me has dado, eres la persona y mujer que más admiro.

A **mi padre**, por apoyarme y acompañarme con tu mejor esfuerzo siempre.

A **mis hermanos, Eustacio, Raúl y Jorge**, mis amigos que no elegí pero los mejores que me pudo regalar la vida, gracias por estar presente en diferentes formas y momentos.

A **Yesi, Lucía, Cuauh, Bere, Uri, Vale y Betito**, los y las quiero, peques, sus sonrisas iluminan mi mundo.

A **mis amigas**: Rosi, Carmen, Candy, Lau, Bere, Andrea, Cony, Miriam, Eli, Bety, Nidia, Ili, Elsa, gracias por los momentos acumulados de estruendosas risas y tristezas compartidas.

A **Miguel Ángel**, por todo su cariño y apoyo en la última etapa de este proyecto.

A **el grupo de la Maestría**: Cuauhtémoc, Noemí, Claudia, Lety, Adriana, Vero Larriera, Bety, Paula, Vero Vargas y particularmente a Cintia y Alma, el equipo. Gracias por los aprendizajes, colaboraciones y amistad.

A cada uno de los y las docentes de la Residencia, mi más profunda admiración y cariño.

A mi tutora **Dra. Luz María Rocha Jiménez** por su apoyo y paciencia, a mi revisora **Dra. Blanca E. Barcelata Eguiarte**, a la coordinadora de la residencia **Mtra. Silvia Vite San Pedro** y miembros del comité **Mtro. Gerardo Reséndiz Juárez y Mtra. Nora Rentería Cobos**, gracias. Al **Dr. Juan Luis Linares**, quien me aceptó en su programa de formación y determinó mi mejor experiencia de vida.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México** que desde hace mucho tiempo ha configurado mi identidad profesional y personal.

Finalmente, a cada una de las personas y familias que me compartieron sus experiencias e historias, fueron la base para que continúe esforzándome en la colaboración con otras familias, con la firme convicción de que nuestra sociedad puede y merece estar mejor.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

- 1.1.1 Características del campo psicosocial..... 1
- 1.1.2 Principales problemas que presentan las familias..... 10
- 1.1.3 La terapia familiar sistémica y postmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada..... 18

1.2. ESCENARIOS CLÍNICOS

- 1.2.1 Descripción de los escenarios..... 20
 - 1.2.1.1 *Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”*.... 20
 - 1.2.1.2 *Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro”*.....22
 - 1.2.1.3 *Centro Comunitario de Atención Psicológica “Los Volcanes”*..... 24
 - 1.2.1.4 *Centro Comunitario “San Lorenzo”*..... 25
 - 1.2.1.5 *Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”* 27
 - 1.2.1.6 *Instituto Nacional de Rehabilitación*..... 31
 - 1.2.1.7 *Escuela de Terapia Familiar, Servicio de Psiquiatría Del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, UAB*.....32
- 1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios..... 35
- 1.2.3 Procedimiento de atención a las familias..... 39

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO

2.1 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

- 2.1.1 Teoría General de Sistemas..... 45
- 2.1.2 Teoría de la Comunicación Humana..... 49
- 2.1.3 Cibernética de Primer y Segundo Orden..... 51
- 2.1.4 Constructivismo..... 55
- 2.1.5 Construccinismo Social..... 59

2.2 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

- 2.2.1 Modelo Estructural..... 64
- 2.2.2 Modelo de Terapia Breve centrado en el problema..... 76
- 2.2.3 Modelo de Terapia Breve orientado a Soluciones..... 86
- 2.2.4 Modelo de Milán..... 96
 - 2.2.4.1 *Primer Milán y sus contribuciones*..... 96

2.2.4.2 <i>Equipo de Mara Selvini Palazzoli</i>	101
2.2.4.3 <i>Segundo Milán y sus contribuciones</i>	106
2.2.5 Modelo Narrativo.....	115
2.2.6 Modelo Colaborativo.....	127

CAPÍTULO III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPEUTICAS

3.1.1 Integración de expedientes clínicos.....	134
3.1.1.1 <i>Proceso terapéutico de la familia Altamirano</i>	135
3.1.1.2 <i>Proceso terapéutico de la familia Galindo Velázquez</i>	155

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

3.2.1 Investigación cuantitativa: Funcionalidad Familiar y Estilos de Amor en Universitarios.....	174
3.2.2 Investigación cualitativa: Percepción de la relación fraterna entre hermanos con un integrante con discapacidad intelectual.....	188

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTOS

3.3.1 Productos tecnológicos.....	201
3.3.1.1. <i>Traducción: Contrasting Strategic and Milan Theraphies</i> ..	201
3.3.1.2. <i>Traducción: Couple Therapy and Family Therapy</i>	202
3.3.2 Participación en foros académicos.....	202
3.3.2.1 Asistencia.....	202
3.3.2.2 Ponencia.....	203
3.3.3 Habilidades de compromiso y ética profesional.....	204

CAPÍTULO IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Habilidades y competencias adquiridas.....	207
4.2 Incidencia en el campo psicosocial.....	209
4.3 Reflexión y análisis de la experiencia.....	211
4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, profesionista y en el campo de trabajo.....	213

REFERENCIAS.....	215
------------------	-----

ANEXOS.....	224
-------------	-----

Resumen

El presente documento reporta la experiencia profesional durante mi formación en la Residencia en Terapia Familiar Sistémica del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM. En el primer capítulo describo las características de la población mexicana, las transformaciones familiares y sus factores asociados, así como los principales problemas a los que nos enfrentamos los mexicanos, uno de ellos: las relaciones de violencia en diferentes contextos, también describo los escenarios clínicos en los que se realizaron las prácticas profesionales, explicando brevemente mi participación en algunos de ellos. La Terapia Familiar Sistémica es una disciplina con sólidas bases epistemológicas y metodológicas, por lo que resumo sus premisas teóricas y la mayoría de modelos de intervención en el segundo capítulo, todos los modelos descritos fueron las bases para la intervención en los dos casos clínicos que se presentan en el capítulo tres; como parte del desarrollo de habilidades clínicas, también presento el desarrollo de habilidades de investigación a través de dos investigaciones realizadas con metodología cuantitativa y cualitativa, la primera sobre el tema de estilos de amor en estudiantes universitarios y la segunda sobre la percepción de la relación fraterna cuando uno de los integrantes padece alguna discapacidad intelectual. En seguida de ello describo las actividades realizadas como forma de difusión del conocimiento, se trata de la traducción de un par de artículos del idioma inglés al castellano y la asistencia a foros académicos. Finalizo el tercer capítulo mencionando las habilidades de compromiso y ética profesional obtenidas durante la formación. En el cuarto y último capítulo de consideraciones finales, resumo las habilidades y competencias profesionales adquiridas, la incidencia en el campo psicosocial y realizo una breve reflexión de la experiencia incluyendo las implicaciones en la persona del terapeuta, profesionista y en el campo de trabajo.

Abstract

This document reports the professional experience during my training in the Residence in Systemic Family Therapy of the Master's Program and Doctorate in Psychology of the UNAM. In the first chapter, I describe the characteristics of the Mexican population, the family transformations and their associated factors, as well as the main problems faced by Mexicans, one of them: relationships of violence in different contexts, I also describe clinical scenarios in which the professional practices were realized, explaining briefly my participation in some of them. Systemic Family Therapy is a discipline with solid epistemological and methodological bases, so I summarize its theoretical premises and most intervention models in the second chapter, all the models described were the bases for intervention in the two clinical cases that were presented in chapter three; as part of the development of clinical skills, I also presented the development of research skills through two researches carried out with quantitative and qualitative methodology, the first on the subject of love styles in university students and the second on the perception of the fraternal relationship when one of the members suffers some intellectual disability. Following this I describe the activities carried out as a way of disseminating knowledge, it is the translation of a couple of articles from the English language into Spanish and attending academic forums. I conclude the third chapter mentioning the commitment and professional ethics obtained during the training. In the fourth and final chapter of final considerations, I summarize the skills and professional competences acquired, the incidence in the psychosocial field and make a brief reflection of the experience including the implications in the person of the therapist, professional and in the field of work.

INTRODUCCIÓN

El contexto familiar y social es cada vez más complejo, en gran medida debido a la influencia de factores sociales más amplios y con mayor inercia, lo que hace que el campo de salud mental mantenga el reto de colaborar con las problemáticas que aquejan a las sociedades.

La terapia familiar sistémica y construccionista se ha consolidado como una posibilidad eficaz para atender las diversas problemáticas en las familias, cada vez existe mayor sustento académico y reconocimiento por otras disciplinas de su eficacia en los procesos de transformación.

Por lo anterior, el presente documento reporta la experiencia profesional adquirida a través de mi formación en la Residencia de Terapia Familiar Sistémica del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM.

En el primer capítulo describo las características de la población mexicana, las transformaciones familiares y sus factores asociados, así como los principales problemas a los que nos enfrentamos los mexicanos, uno de ellos: las relaciones de violencia en diferentes contextos, también describo los escenarios clínicos en los que se realizaron las prácticas profesionales, explicando brevemente mi participación en algunos de ellos.

La Terapia Familiar Sistémica es una disciplina con sólidas bases epistemológicas y metodológicas, por lo que resumo sus premisas teóricas y la mayoría de modelos de

intervención en el segundo capítulo, todos los modelos descritos fueron las bases para la intervención en los dos casos clínicos que se presentan en el capítulo tres.

Como habilidades clínicas terapéuticas desarrolladas durante la Maestría, en el tercer capítulo expongo dos procesos de intervención, el primero de ellos se trata de la familia Altamirano, en proceso de reestructuración familiar ante la reciente separación de los cónyuges, acuden inicialmente la madre, el hijo adolescente y la hija menor. Se trató del primer proceso terapéutico familiar en el que colaboré como coterapeuta y que representó un gran reto, por lo que describo el proceso de intervención con el que se condujo y las áreas de oportunidad del mismo.

El segundo caso se trata del proceso terapéutico con la familia Galindo Velázquez, un sistema familiar con relaciones de violencia, ejercidas por el padre y esposo. Al considerar a la familia como el primer laboratorio social en que se generan, reproducen y refuerzan estilos relacionales, mismos que se replicarán en sistemas más amplios, no es poca cosa enfocar esfuerzos en la intervención de este grupo primario. En el caso de la violencia familiar, que no sólo afecta profundamente la salud mental de los integrantes, si no que permea lo social y afecta la convivencia, la terapia familiar ha realizado esfuerzos sustentados en la investigación clínica para proponer líneas de intervención, que aún deberán de fortalecerse en conjunto con otras disciplinas para enfrentar el enorme problema que representa por su frecuencia, intensidad y complejidad. Se trató del primer caso atendido con dicha problemática, el primero de muchos más en la actualidad.

En el segundo capítulo presento el desarrollo de habilidades de investigación a través de dos investigaciones realizadas con metodología cuantitativa y cualitativa, la primera sobre el tema de estilos de amor en estudiantes universitarios y la segunda sobre la percepción de la relación fraterna cuando uno de los integrantes padece alguna discapacidad intelectual. En seguida de ello describo las actividades realizadas como forma de difusión del conocimiento, se trata de la traducción de un par de artículos del idioma inglés al castellano y la asistencia a foros académicos. Finalizo el capítulo mencionando las habilidades de compromiso y ética profesional obtenidas durante la formación.

En el cuarto y último capítulo de consideraciones finales, resumo las habilidades y competencias profesionales adquiridas durante la formación, la incidencia en el campo psicosocial y elaboro una breve reflexión de la experiencia incluyendo las implicaciones en la persona del terapeuta, profesionalista y en el campo de trabajo.

CAPÍTULO I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1 ANALISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL

1.1.1 Características del campo psicosocial

México es un país que despierta en nacionales como en extranjeros, diferentes configuraciones de ideas y sentimientos hacia él, hablar del país, es referirse a una enorme tradición histórica, es mover los hilos de culturas que tienen su propio pasado y su propia herencia, dicha multiplicidad se observa en las características particulares de sus vastas sociedades a lo largo de su territorio, la misma ubicación geográfica del país es el inicio de su heterogeneidad.

La diversidad de familias, histórica y culturalmente en nuestro país ha sido múltiple, el pasaje histórico del mismo ha contribuido a las múltiples formas de vida familiares; sin embargo, la realidad de las familias en el país y en el mundo se ha modificado aún más con respecto a su constitución y formas de convivencia con respecto a las que existían en el último siglo. Los avances en la tecnología, el acceso a la información, la interacción a través de redes sociales, la ingeniería genética, la inestabilidad de los modelos económicos y las transiciones demográficas, todos entendidos como procesos multidimensionales en un mundo cada vez más globalizado, han desencadenado cambios repentinos e intensos en las sociedades de manera que su reorganización es constante igualmente intensa.

Desde luego las familias, como el subsistema más representativo de la totalidad social y entendiéndola como un sistema integrado de múltiples interrelaciones de distintos subsistemas, se adapta a las circunstancias cambiantes de su contexto (Minuchin, 2008) y responde simultáneamente o sucesivamente a la acción de todos y cada uno de los componentes, como consecuencia, su comportamiento es producto de interacciones recíprocas y jamás monocausal (Capello en Béjar, 2007, Bertalanffy, 1991, Andolfi, 1985).

En México, como en los países Latinoamericanos la familia es un pilar clave en el régimen de bienestar, ya que de acuerdo a los estudios realizados por Esping-Andersen (2001) el modelo de régimen que predomina en nuestro País es el régimen de bienestar conservador, el cual se caracteriza por un bienestar producido con la mínima participación del Estado a través del subsidio y las redes familiares, por lo tanto, el Estado se hace responsable de un nivel básico de seguridad social asociado al empleo de un integrante de la familia, asumen la existencia de asistencia informal derivada de redes familiares y se otorgan derechos ligados a clase y estatus, por lo que se puede describir como “familista” (Sunkel, 2006), aunque aparentemente el modelo actual se está transformando en (neo) liberal o también conocido como una economía centrado en el mercado.

Con lo anterior se puede entender que la crítica actual en el país de manera popular con relación a la “crisis en las familias”, no es más que la adaptación de las mismas a un contexto con modificaciones naturales o inducidas a una gran velocidad, muchos de esos cambios generados por macropolíticas y/o micropolíticas (Pakman, 2010). Por lo tanto, el modelo de régimen de bienestar en nuestro País (INCIDE Social A. C., 2010), debería ser el adecuado para responder a los requerimientos para la vida (biológicos, psico-emocionales, certezas-seguridad, educativos-culturales) de las diversas configuraciones familiares, sin embargo en la actualidad dista de serlo.

Las transformaciones económicas, en los mercados de trabajo y en la prestación de los servicios sociales, han impactado en las modificaciones de arreglos familiares, sistema de creencias y actitudes de la población.

A partir de los tratados de libre comercio la economía del País pasó de ser una economía cerrada a una abierta, los mercados se han liberado y se ha transitado a una búsqueda de inversión extranjera, misma que ha adquirido mayor velocidad con la reciente aprobación de la Reforma energética impulsada por el actual Estado de Gobierno, una Política económica centrada en el control de la inflación y la estabilidad de precios, control salarial y del déficit del sector Público (Incide Social, 2013).

En cuanto al mercado laboral, el trabajo informal incrementó de una tasa del 27.3 en 1995 al 28.8 en el 2010 reportado por el INEGI (2010c), por ejemplo cada vez son más las familias que recurren al comercio informal para solventar algunos de sus requerimientos. Por otro lado, ha incrementado la ilegalidad en la obtención de los ingresos (contrabando, crimen organizado, comercio de seres humanos, etc.) de acuerdo a los datos reportados en el portal del INEGI (2013), ver Tabla 1. Sin embargo, sabemos que existe incidencia delictiva que no se reporta en datos estadísticos e incluso se comenten actos delictivos que tampoco llegan a ser denunciados a las instancias correspondientes.

Tabla 1. *Hechos delictivos denunciados ante el Ministerio Público según fuero, 2000 a 2013.*

<i>Año</i>	<i>Fuero común</i>	<i>Fuero Federal</i>
2000	1 338 473	81 781
2005	1 415 681	89 530
2011	1 725 819	133 045

Fuente: INEGI 2013

Por otro lado, las diferencias de ingresos entre los asalariados que más ganan y los que menos, continúa, si bien en los últimos años del modelo de desarrollo estabilizador se caracterizan por un lento pero sistemático proceso de reducción de la desigualdad en la distribución del ingreso, los años también pueden ser elegidos estadísticamente para evidenciar que dichos cambios no son significativos (Cortés, 2013), Tabla 2.

Tabla 2. *Distribución del ingreso de los hogares México 1989-2005, participación en el ingreso total.*

	<i>1989</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2010</i>
40% más pobre	11.6	10.9	12.1	13.3
30% siguiente	20.5	20.6	21.2	22.3
20% anterior al más rico	26.2	26.6	26.8	27.4
10% más rico	41.7	41.9	39.9	37.0

Fuente: Cortés, F.; Incide Social A.C. (2013)

Otra desigualdad en el País se refleja en la educación de la población, si bien el porcentaje de personas mayor a 15 años de edad sin escolaridad ha disminuido en los últimos

años, continua en un porcentaje alto considerando que la educación es un catalizador del desarrollo del individuo y de la sociedad, importante factor en la calidad de vida de las familias.

En las poblaciones rurales, el 15.6 % de los valores mayores de 15 años no cuentan con escolaridad, en mujeres el porcentaje aumenta a 20%, a diferencia de las zona urbanas, donde el porcentaje los varones mayores a 15 años sin escolaridad es de 3.0 % y en mujeres el porcentaje es de 4.5 % (INEGI, 2009). De acuerdo a las cifras del INEGI (2005), los porcentajes de la población de 5 a 29 años que asistía a la escuela eran del 58 % en varones y 55.6 % en mujeres; el porcentaje de la población de 15 años y más con niveles educativos por sexo, se observan en la tabla 3.

Tabla 3. *Porcentaje de la población de 15 años y más con nivel educativo por sexo, 2005.*

<i>Nivel educativo</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
Educación básica completa (hasta secundaria)	21.9	20.4
Bachillerato	10.6	7.3
Superior	9.0	5.5

Fuente:INEGI (2009)

Evidentemente existe un rezago educativo que varía por grupos de edad, así como analfabetismo que aumenta en las zonas rurales y afectando más a mujeres con respecto a los varones, aunado a lo anterior una baja calidad en el sistema de educación pública en los niveles básicos, sistema al que tiene acceso la mayor parte de la población asociado a las cifras descritas en cuanto a la distribución de ingresos de las familias.

Por otro lado, a pesar del aumento de la cobertura nacional de los servicios de salud, no es insuficiente, pues uno de cada dos mexicanos no tiene acceso a los servicios de salud públicos ni privados; sólo 4 de cada 10 hombres y mujeres se encuentran protegidos a los riesgos de trabajo y la misma proporción existe en la protección a enfermedades y embarazo de las mujeres. Situación grave cuando la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 (en Secretaria de Salud, 2011) indicó que entre el 15 y el 20 % de la población reportó haberse

sentido enferma durante las últimas dos semanas al realizarse la encuesta, muchos de los síntomas asociados a padecimientos crónico degenerativos como el síndrome metabólico y al aumento en las lesiones por accidentes automovilísticos, en el trabajo o asociados a la violencia.

La transformación en las prestaciones en servicios sociales, como el cambio de paradigma de responsabilidad a que no sólo sea el Estado quien las cubra si no también empresas y organizaciones el de la sociedad civil, el presupuesto público reducido y asignaciones que agudizan la concentración del ingreso, la privatización de los servicios públicos sociales y mayor segmentación, concentración a programas de combate a la pobreza, entre otras conducen al mayor traslado de riesgos al individuo y la familia.

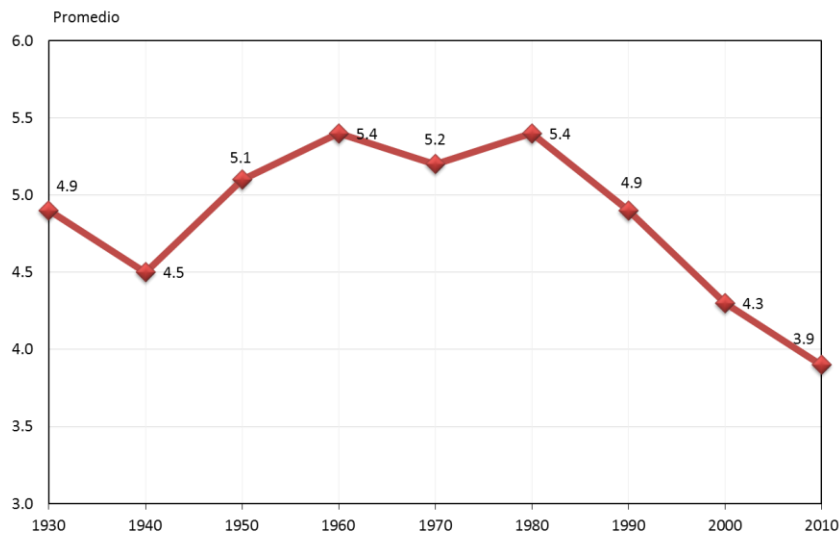
Desde luego la modificación de la estructura familiar es recursiva a dichas transformaciones, la sociedad mexicana ha presentado diversos cambios demográficos en los últimos años, tan sólo la población aumentó cerca de 88% en los últimos 35 años, al pasar de 57.2 millones en 1974 a 107.6 millones en el 2009 y la tasa bruta de natalidad disminuyó significativamente de 1990 (27.9) a la proyección del 2014 (18.7), lo que se refleja en familias con menor número de hijos e hijas, aunque es necesario señalar el aumento de nacimientos de hijos en mujeres adolescentes ya que aumentó de 1990 (18 %) a 2012 (19.4 %) y en el 2014 continúa su incremento.

Por otro lado, la esperanza de vida en 1990 para las mujeres era de 70 años de edad y para los hombres de 67 años, para el último registro del INEGI se observa una esperanza de vida en mujeres de 77 años y 71 en hombres, proyectando para el 2030 la edad de 79 años en mujeres y 74 años en hombres, por lo que el tiempo de vida de la población va en aumento, asociado al cambio en la estructura de la pirámide de edades, misma que ha sido difundida para evidenciar las transformaciones sociodemográficas que repercuten en todo el sistema social en cuanto a la velocidad de envejecimiento de la población (INEGI, 2010).

En cuanto a los cambios que repercuten directamente en los arreglos familiares, la población mexicana ha modificado la elección de su estado conyugal ya que el número de personas que prefieren vivir en unión libre, parejas que se separan o divorcian aumentó en los

últimos 40 años (INEGI, 2010), así como existe mayor aceptación entre la población capitalina hacia las relaciones homosexuales y la integración de hogares a través del matrimonio en el Distrito Federal por lo que se observan con mayor frecuencia. Las familias cada vez se componen por menos integrantes a diferencia del censo de 1970, cuando existían con mayor frecuencia familias de hasta nueve integrantes, mientras que las actuales se caracterizan por tener dos hijos en promedio y ser cuatro integrantes en promedio (CONAPO, 2009), Figura 1.

Figura 1. Promedio de miembros por familia u hogar 1930-2010

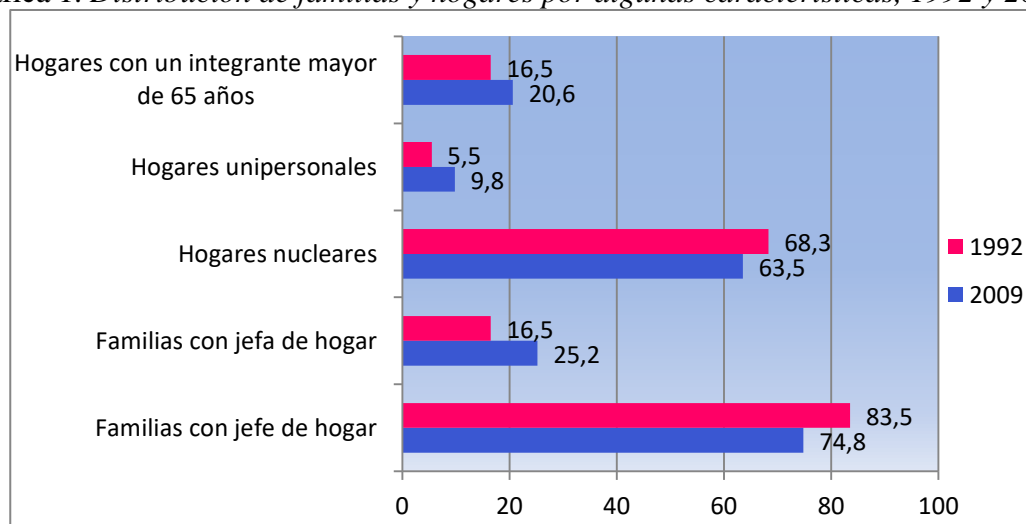


Fuente: Elaborado por CONAPO con base en INEGI, tabulados básicos y consulta interactiva de datos de los censos y conteos, 1930-2010.

Los hogares se han diversificado, los considerados como familiares nucleares disminuyeron y aumentaron los unipersonales, la mayoría de las jefaturas de las primeras continúan siendo masculinas, sin embargo, también han aumentado aquellas familias en las que la mujer se encarga de la dirección del núcleo familiar y reflejado en la composición familiar, aumentaron aquellas familias con un integrante mayor de 65 años. (Incede Social, 2010; INEGI, 2010).

También las familias multiparentales han aumentado como consecuencia de mayor índice de nuevas uniones tras separaciones o divorcios, Gráfica 1.

Gráfica 1. *Distribución de familias y hogares por algunas características, 1992 y 2009.*



Fuente: Estimaciones propias con base a la Encuesta Nacional de Dinámica Poblacional de INEGI, 1992 y 2009.

El crecimiento de hogares con jefatura femenina representa casi la cuarta parte a nivel nacional y aquellos hogares monoparentales se encuentran casi exclusivamente dirigidos por las mujeres, lo que refleja incremento en la disolución de las parejas (abandono, viudez, separación o divorcio) y las madres solteras (por embarazos no deseados, abandono de la pareja o por decisión).

Además de su composición o arreglo, las familias actuales transitan hacia estructuras de doble ingreso, ver Tabla 4. En el grupo de parejas que tienen entre 30 y 49 años de edad, el 34.4 % de los casos, ambos cónyuges trabajan y en el grupo de edad de 50 y más, el 20.8 %, lo que significa que las familias con doble ingreso van en aumento.

Tabla 4. *Tasa de participación económica por sexo, 1995 y 2010.*

	1995	2010
Hombres	80.9 %	77.6 %
Mujeres	36.8 %	42.5 %

Fuente: INEGI (2010). México de un vistazo 2010.

En las ocupaciones entre hombres y mujeres que se asignan tradicionalmente por su rol de género no ha habido prácticamente ninguna modificación (índice de segregación ocupacional con un valor de 0.173 en 1998 y 0.184 en el 2008), es decir, continúan reproduciéndose los esquemas de participación en ocupaciones típicamente masculinas y femeninas. Los salarios siguen siendo desiguales, para que la mujeres alcancen equidad en ello se requiere un incremento de 9.5 % por hora en su salario. (INEGI, 2009).

Aun con el acceso de las mujeres a la educación y mayor participación en los trabajos remunerados no existe ningún cambio significativo en la disminución de la cantidad de trabajos domésticos que realizan por lo que existe una clara sobre carga de trabajo en las mujeres, ya que el trabajo doméstico es una de las tareas que aún se significa como una actividad predominantemente femenina.

Además de los cambios demográficos, arreglos familiares y los roles de género dentro y fuera de las misma, se han manifestado simultáneamente trasformaciones culturales en las relaciones familiares.

Actualmente existe mayor aceptación en el discurso, aunque no siempre en la práctica, de las aportaciones económicas por parte de las mujeres y mayor escolaridad de las mismas, lo que a su vez ha generado una tendencia a una menor economía en el cuidado de los hijos ya que las mujeres sobre todo de nivel socioeconómico medio invierten mayor tiempo en las actividades remuneradas. Las parejas de estas mujeres pueden aceptar su participación en el trabajo doméstico y manifestar una actitud de negociación con la pareja, sin embargo, los hombres aun toman las decisiones más importante dentro de la familia aun cuando la misma se encuentra una mujer como jefa de familia, cabe mencionar que aún no se cuenta con registros estadísticos que contemplen una jefatura de ambos géneros.

Asociado a lo anterior, las mujeres presentan preocupación por distribuir equitativamente el trabajo doméstico con sus parejas, algunos hombres incrementan en dicha situación su participación en las actividades domésticas y en el cuidado de hijas o hijos pero siempre de manera reducida, además García y Oliveira (en INCIDE Social A.C., 2010) identificaron que las

aportaciones de las mujeres al presupuesto familiar contribuyen a una percepción de mayor autonomía frente a sus parejas influyendo en una relación menos asimétrica; como se mencionó esto ocurre con mujeres de sectores socioeconómicos medios, ya que en los sectores populares que son los más, viven diferentes tipos de desigualdades e inequidad de género, por lo que se encuentran más expuestas a varios tipos de violencia y tienen que pedir permiso para realizar actividades fuera de casa (Rojas, 2008).

Por lo anterior, se evidencia un discurso que empieza a retomar valores como equidad de género y la censura de la violencia familiar, aunque no necesariamente se lleve a la práctica, por otro lado la distribución del trabajo doméstico entre las parejas o la familia aun no refleja cambios ni el discurso, responsabilizando exclusivamente a la figura femenina.

Otra modificación en la cultura de las familias es el cambio en la concepción de autoridad entre los progenitores y menores de edad, ya que con el incremento de la participación de los varones en el cuidado de los hijos e hijas ha precipitado el cuestionamiento en los estilos de crianza, pues en la actualidad se promueve una cultura de los derechos humanos y de los niños y niñas a diferencia del pasado. A su vez estas ideas han generado desacuerdos entre los adultos mayores y adultos sobre la crianza de hijos/as- nietos/tas (Incide Social A.C., 2010).

Todas las transformaciones en el contexto de las familias desde lo macro y micropolítico antes mencionadas influyen en lo que se conoce como el ciclo de vida familiar debido a la diversidad de arreglos familiares, muchas de las familias mexicanas no corresponden a un ciclo familiar que se ha descrito en diferentes fuentes teóricas, por ejemplo debido al incremento de arreglos en familias reconstituidas se puede encontrar a un padre y a un hijo en una misma etapa del ciclo de vida familiar, hombres y mujeres teniendo su primer hijo o hija cerca de los 40 años, adolescentes embarazadas en hogares trigeneracionales, etc.

Aunado a esto, el estilo relacional entre los integrantes de los diversos arreglos familiares se está transformando rápidamente debido a la permeabilidad de la tecnología de la comunicación en las mismas, cada vez es más frecuente observar a los integrantes de una familia y otro grupo

cercanos entre sí físicamente pero con teléfonos celulares que fácilmente los lleva a comunicarse con otras personas que incluso pueden estar del otro lado del mundo.

El contexto descrito, continúa colocando la mayor responsabilidad en las familias para confrontar y amortiguar todos los cambios macropolíticos, tecnológicos, demográficos, en arreglos familiares y culturales por lo que se entiende la sobrecarga emocional y de trabajo de todos los integrantes de la familia, existiendo en el interior de las mismas un ambiente de tensión, incertidumbre, vulnerabilidad, frustración, inseguridad y aislamiento.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias

Muchas de las transformaciones y características descritas, representan un beneficio para el desarrollo de los individuos, familias y sociedad, sin embargo, al no poseer ni haberles otorgado los recursos para afrontar dichas exigencias, se evidencian demandas sociales reflejadas en serios problemas de salud a nivel individual, familiar y social.

De acuerdo al análisis de la CONAPO (2009), en el 2035 el envejecimiento de la población se habrá consolidado, lo que implica mayor demanda de servicios de salud e infraestructura social para la atención de la población, como se mencionó, los hogares con un adultomayor han y continuarán aumentando, además se sabe que la mayoría de ellos reciben sólo apoyo de las familias, pero no todas las familias están en condiciones de atender sus necesidades, en los servicios de salud se ha observado que muchos de ellos sufren violencia y abandono, no tienen una pensión que les permita solventar sus gastos debido a que han tenido empleos informales ni tampoco tienen acceso a empleos que les permita tener una vida digna, lo que recae sobre el resto de los integrantes de la familia que los ven como una sobrecarga de trabajo y es real para las mujeres que son las que generalmente se encargan de los cuidados. Lo anterior genera desgaste emocional en los integrantes de la familia además de tensiones constantes.

Un problema actual de salud pública tiene que ver con el embarazo de mujeres adolescentes que impacta en la estructura familiar, si bien ha disminuido la tasa de fecundidad en la población, esto no aplica para el grupo de adolescentes donde la tasa de embarazos ha

aumentado (Boletín UNAM-DGCS). El embarazo adolescente implica cohabitar con los padres o suegros, también está asociado a hogares autónomos porque no se logra una relación de pareja estable, además se ven obligadas a abandonar la escolarización limitando las posibilidades de desarrollo futuro y como ocurre en los niveles socioeconómicos más bajos, es factor de reproducción de la pobreza.

En las familias con un integrante con alguna discapacidad, el impacto de la enfermedad incapacitante representa un desequilibrio en el sistema de grandes dimensiones, ya que generalmente la familia espera a un miembro sano y fuerte, expectativas que al no ser cumplidas y las dificultades de vida que implica el acontecimiento, en muchas ocasiones llevará a una experiencia estresante, amarga y triste que durará mucho tiempo y producirá principalmente sentimientos de culpa en los progenitores; la familia se enfrentará a la familia extensa, a la sociedad, a la discriminación, determinará y buscará ayuda profesional, lidiarán con sentimientos que surjan de acuerdo a su rol de padre, madre o hermano, en su caso los padres desecharán estilos de crianza que habían ejecutado con hijos previos, tomar decisiones sobre tratamientos médicos, aumento de tiempo y dedicación que requiere el un hijo con necesidades educativas especiales, la situación económica de la familia se verá afectada (Meza y Posada, 2005), todas situaciones a enfrentar necesariamente con la colaboración de profesionales de la salud.

Los servicios de salud pública se encuentran saturados, con deficiencias y aun así no todas las familias tienen acceso a ellos, con profesionales de salud muchas veces desgastado y con actitudes de maltrato hacia los usuarios, sin embargo en muchas ocasiones son la única opción para algunas familias (Santoyo, M. 2013). Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012) evidencian la importancia de invertir en la calidad de los servicios públicos para ofrecer mayor valor a los usuarios y promover la eficiencia del sistema (ESANUT, 2012).

En terapia familiar es común la demanda de ayuda por parte de las familias con hijos adolescentes y jóvenes adultos, el llamado bono poblacional que entusiasma a la mayoría de los gobiernos por tratarse de un momento demográfico con mayor número de jóvenes, en nuestro país ha representado un desafío y crisis al interior de las familias. Por un lado los jóvenes que

lograron salir de la adolescencia sin tantas complicaciones, actualmente se enfrentan en la dificultad para independizarse, uno de los factores asociados es que alargan su periodo de preparación para cubrir las demandas laborales, sin embargo existe una insuficiente creación de empleos y con bajos salarios, de esta forma las familias funcionan como una fuente de protección ante el desempleo y la precariedad de las remuneraciones.

Cada vez es más común atender en los consultorios a familias que presentan como motivo de consulta el comportamiento de los hijos e hijas adolescentes, ya que son los que presentan en mayor medida los síntomas del sistema familiar, es frecuente atender adolescentes con conductas trasgresoras o por consumo de sustancias psicoactivas.

El consumo de sustancias psicoactivas es un problema social y de salud pública pues incide de manera directa en la conducta y los valores del individuo y debe enfrentarse a través de programas médicos, educativos y culturales, una de las más indicadas y reconocida es la intervención terapéutica individual y familiar (Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones de la Ciudad de México, [IAPA], 2013).

La Encuesta Nacional de Adicciones (2011) reafirma que el consumo de sustancias psicoactivas afecta sin distinción de género ni estrato social en todas las regiones de nuestro país e incide principalmente en niños y adolescentes: en el consumo de alcohol hay menos diferencia en el consumo entre hombres y mujeres adolescentes que entre hombres y mujeres adultos, en el consumo de tabaco incrementó el número de fumadoras adolescentes activas y en cuanto a drogas ilegales, 1.6 % de esta población consumió alguna droga médica o ilegal.

El consumo de alcohol es el principal problema de adicción en nuestro país, en el 2010 existía una prevalencia de 62.7 % en hombres y 40.8% en mujeres, un consumo caracterizado por ser explosivo, sin embargo a pesar del enorme problema que representa en el sufrimiento individual y familiar no se han tomado medidas que impacten a nivel social para disminuir el consumo; el programa del alcoholímetro lo hace desde hace 10 años en el Distrito Federal de manera indirecta y ha amortiguado grandes daños con respecto a accidentes automovilísticos pero no impacta en la disminución del consumo de las personas que no cuentan con automóvil,

además de estar implementado sólo en algunas entidades del País y que no en todas ha funcionado debido a que no lo permite el contexto sociopolítico de cada Estado (Jiménez, 01 de marzo de 2014). El gran reto para la sociedad mexicana es superar los intereses de un modelo económico interesado en el capital y no en la salud de los individuos.

La prevalencia nacional en el consumo de drogas ilegales es de 1.8%, afectando en mayor medida a la población adolescente (ENA, 2011). De acuerdo al INEGI (2009) los varones reportaron que consiguen las drogas principalmente con amigos (60.7 %) o en la calle (35.2 %), lo que indica una cercanía con relaciones sociales negativas fuera del hogar; las mujeres reportaron conseguir las drogas de otras fuentes, lo que implica características de acercamiento diferentes con respecto a los varones, otro dato alarmante de la encuesta es que el 94 % de los usuarios de drogas, no piden ningún tipo de ayuda y son las mujeres del hogar quienes publican la existencia de un problema de acuerdo a su rol tradicional de cuidadoras.

El rol tradicional de la mujer en confrontación con su inserción en el mercado laboral, ha presentado conflictos y tensiones en la pareja conyugal como consecuencia de la alternancia de roles al momento en que los hombres se sienten disminuidos en su masculinidad por no poder proveer los requerimientos a los integrantes de la familia y en algunos casos al realizar tareas domésticas, otro problema que se presenta en la pareja es la percepción de un cuestionamiento a la autoridad unipersonal que tenían los hombres como únicos proveedores o frente al desempleo, lo que aumenta el nivel de tensión, estrés, agresión y violencia en estos. En el caso de las mujeres suelen presentar sentimientos de culpa por no pasar suficiente tiempo con sus hijos, ejerciendo conductas de compensación a nivel material y alto nivel de tensión por la sobrecarga por los roles de cuidadoras y proveedoras.

La diversidad en preferencias sexuales ha generado tensiones entre las generaciones que constituyen un hogar en las relaciones familiares, se observa intolerancia entre los adolescentes hacia la homosexualidad, así como rechazo de las familias hacia sus hijos o conocidos con preferencias diferentes a la heterosexual. Por otro lado, las familias con algún integrante con discapacidad.

La inequidad de género, el uso de poder y la desigualdad social ha manifestado una arista tenebrosa y aversiva que es la violencia intrafamiliar, observada en el inconcebible maltrato infantil y la dirigida mayormente hacia las mujeres, personas con discapacidades y adultos mayores.

Las encuesta realizada en el 2006, arrojó que de cada 100 mujeres de 15 años de edad y más, 67 de ellas han sufrido algún incidente de violencia, las más frecuentes es la ejercida por la pareja (43.2 %), la comunitaria (39.7 %), laboral (29.9 %), la familiar (15.9 %) y la escolar (15.6). Es importante considerar que la violencia no se dirige exclusivamente a las mujeres, los varones también la padecen; sin embargo, el porcentaje es mucho menor. El tipo de violencia que padecen las mujeres mayores de 15 años, son violencia emocional (55.4 %), económica (44.5 %), física (39.1 %) y sexual (22.8 %), es notable que el estado conyugal no influye significativamente en la frecuencia, pero si es más alta en mujeres que alguna vez han estado unidas que en las casadas, lo que indica que la violencia es un factor de separación.

Los datos previos nos indican los altos niveles de violencia que se vive en el contexto intrafamiliar, considerando los efectos negativos de la misma a nivel individual, relacional y social.

Otros datos destacados de la encuesta, indicaron que dos tercios de las mujeres que la contestaron fueron testigos de violencia entre sus padres durante la infancia, ejercieron castigos físicos sobre ellas y en el momento de la encuesta, ejercían violencia sobre sus hijos; agregaron que eran sus madres quienes más las violentaban (59 %), seguidas por los padres (30%) y los hermanos (11 %). El 67 % de estas mujeres reportaron tolerancia ante la violencia sufrida. El 42 % de los esposos que contestaron la encuesta, indicaron que padecieron violencia física en la infancia y 22 % había sido golpeado “seguido y muy seguido” (Mayén, B., et. al., 2009). Lo anterior denota la tolerancia cultural de la violencia y la repetición de conductas aprendidas en la infancia, dentro de núcleo familiar. Datos muy similares reportaron la Secretaria de Salud en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública en las Encuestas Nacionales sobre Violencia contra las Mujeres en el 2003 y en el 2006 (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009).

Como se mencionó, desde el siglo pasado y el actual, se ha reconocido la igualdad jurídica entre hombres y mujeres, también el reconocimiento de derechos en niños y niñas, pero el reconocimiento social aun no es real y sin ello no es posible que las condiciones de las familias y de la sociedad mejoren, aunado a las fuerzas macro políticas que lo dificultan. El esfuerzo más reciente en nuestro país para enfrentar la violencia es la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1° de febrero de 2007, sin embargo, posee deficiencias, ya que no incluye sanciones específicas.

Además de la violencia hacia las mujeres e intrafamiliar, la violencia asociada a la delincuencia es un fenómeno que incrementa en nuestro país (del 2006 al 2007, 1.7 %), a pesar de registrarse una proporción de 1 a 4 en el número de denuncias (INEGI, 2009). Estos datos son un indicador de otro factor estresante para las familias en nuestro país, las consecuencias psicológicas ante un evento de despojo violento, daño a la integridad física o amenazas frecuentes.

Otra problemática a nivel social y lamentablemente histórico es la pobreza en el país, los pueblos indígenas se encuentran expuestos a una mayor vulnerabilidad antes los cambios sociales y económicos por lo que suelen migrar a la capital de País o su mayoría, a Estados Unidos de Norteamérica en busca de mejores oportunidades incluso ya no como mejor posibilidad en calidad de vida, si no la única. La migración nacional ha representado un fenómeno considerado como un factor determinante en los cambios demográficos, arreglos familiares y sistemas de creencias en el país: familias distanciadas física y emocionalmente, desintegración familiar, figuras paternas y maternas ausentes en el desarrollo de los menores, reconstitución de familias, etc. En la reconstitución de familias, un porcentaje muy bajo de los varones cubren la pensión alimentaria a sus hijos e hijas una vez que se separan o divorcian.

Mucho de los factores antes mencionados entre otros han provocado un colapso en la economía del cuidado dentro de los sistemas familiares, no hay condiciones para que muchas familias cumplan con los requerimientos psicoemocionales y de transmisión de saberes hacia las generaciones sucesoras, incluyéndose los medios de comunicación en la formación de éstas. El monopolio de la televisión abierta como principal transmisor de información, carece de principios

éticos e interés en su función para transmitir contenidos que contribuyan al desarrollo de una sociedad libre. Por otro lado, el Estado y el mercado se desentienden de estas tareas y se culpabiliza a las madres y a los padres de familia, particularmente a las mujeres de estas ausencias de atención, lo que repercute en la vida emocional de las cuidadoras.

Las estrategias de las familias para realizar sus funciones psicosociales (Macías, 1994) de 1) proveer alimento, abrigo y otros elementos materiales que preserven la vida; 2) ser la matriz de las relaciones interpersonales, donde se aprenden los lazos afectivos; 3) proveer la identidad personal ligada a la identidad familiar y ser el vínculo de identidad que proporcione la seguridad para enfrentar nuevas experiencias; 4) promover la identidad sexual, lo cual prepara el camino para la realización sexual futura; 5) promover la identidad social que ayuda a aceptar la responsabilidad social, y 6) fomentar el aprendizaje, la creatividad y la iniciativa individual, han sido poco estudiadas ante el escenario descrito, pero las problemáticas señaladas que generan estrés y frustración en las familias, desánimo en los jóvenes, en los niños y en adultos mayores, que no encuentran ninguna opción digna para vivir en sociedad, se han asociado con problemas emocionales que han aumentado su incidencia en la población durante los últimos diez años como son la depresión, el suicidio incluso en niños y niñas, trastornos mentales, desórdenes alimenticios y las adicciones no sólo de sustancias psicoactivas si no a conductas compulsivas que van desde el uso de videojuegos, internet, televisión, redes sociales, entre otras (INCIDE Social, 2010).

Ante dichas problemáticas el Estado no ha generado estrategias de gobierno para que los grupos poblacionales y las familias, logren su adaptación reflejada en un estado de bienestar en la sociedad. Muchas instituciones y políticas públicas han quedado obsoletas frente a estos cambios.

Por lo anterior es prioritario establecer políticas públicas que protejan en derechos a las diversas configuraciones de familias que se organizan, así como generar acciones en todas las áreas sociales y de salud, lo que implica la formación e intervención de profesionales de la salud para atender las necesidades y demandas de las familias en el país, ya que la mayoría de las veces las intervenciones y legislaciones se dirigen a un solo tipo de familia como la nuclear

patriarcal, sin considerar todo el tejido complejo que implica la organización de las diferentes familias.

Se requiere de políticas de conciliación familia y trabajo ya que existe una incompatibilidad entre ambos, se espera que las personas proporcionen cuidado a ambas áreas por igual cuando no existen condiciones para hacerlo, los trabajos requieren tiempo completo con sueldos precarios y en muchas ocasiones sin prestaciones (cada vez más). Algunos programas del gobierno se encuentran divididos por género (a mujeres o muy pocas a hombres) lo que mantiene la direccionalidad tradicional de los mismos hacia las mujeres, quienes los deben llevar a cabo, lo que significa mayor carga de trabajo y poca o nula involucración de los hombres. Se requiere entonces una distribución equitativa del trabajo real hasta ahora inexistente.

Aunado al surgimiento de macro políticas que colaboren con las familias para afrontar un contexto adverso, el Estado y el sector privado deberían asumir sus responsabilidades para resolver sus propias contradicciones en la construcción de un País democrático y ofertar información que no vaya en perjuicio de los ciudadanos respectivamente, además de conocer y reflexionar la diversidad en los arreglos familiares para detener la discriminación proveniente de las mismas Instituciones y otras familias.

En cuanto a las familias, es necesario difundir el conocimiento de las fuerzas que lo regulan, ya que en la actualidad las personas siguen considerando que es el lugar más seguro y protegido, lo que resulta paradójico pues sabemos que también es el lugar donde se actúa con mayor violencia a los derechos humanos a través del maltrato que puede existir entre sus miembros.

Por todo lo anterior y muchos aspectos no mencionados por el espacio destinado al tema, el mayor reto para Estado, el mercado, la sociedad y en este caso a los terapeutas familiares sistémicos como ciudadanos, profesionales de la salud y especialistas en los sistemas de familias es generar condiciones desde cada trinchera para posibilitar que el sistema familiar sea un espacio bienestar regido por la justicia a través del respeto a los derechos humanos y la equidad, dando lugar al ejercicio del afecto e intimidad.

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

Claramente el País se encuentra ante retos enormes, algunos clasificados como externos como la crisis económica y la influencia de la pobreza, la migración y los cambios culturales, otros clasificados como internos, entre ellos la transformación de las relaciones, los cambios en la estructura familiar y los cambios en ideologías entre las generaciones que pertenecen al mismo hogar o familia, como consecuencia, el debilitamiento de tradiciones. Como se revisó en el apartado anterior, la relación entre los cambios categorizados como externos e internos están fuertemente influenciados y son múltiples los factores asociados a los cambios que está viviendo el país y el mundo, por lo que difícilmente se puede predecir el rumbo de los mismos (Esteinou, 2007).

Por la complejidad explicada, la intervención de los terapeutas familiares sistémicos se hace necesaria, si bien el trabajo en el consultorio es imprescindible, la capacidad de la epistemología sistémica vertida en los terapeutas durante nuestra formación nos permite y obliga a intervenir en sistemas más amplios como el comunitario y desde otras modalidades, debido a que entre otros motivos, el acceso de la población a la consulta privada e incluso pública a los psicoterapeutas es muy limitada. Como ejemplo minúsculo, los centros de salud de la Jurisdicción de Salud de la delegación de Tlalpan en el Distrito Federal se conforma de tan sólo seis psicólogos y psicólogas, generalmente cada Centro de Salud cuenta con un módulo de atención a la salud mental contra seis u ocho de medicina alópata, aun cuando este mismo gremio reconoce la dualidad mente cuerpo y la importancia del trabajo de los psicoterapeutas.

En particular los terapeutas familiares sistémicos han logrado ser reconocidos entre otros profesiones como eficientes en el tratamiento de algunas de las problemáticas que se presentan en las familias, por ejemplo en el área de las adicciones donde han reconocido que no es posible el mismo sin la intervención familiar (IAPA, 2013).

A pesar de la dificultad de evaluar la efectividad y eficacia de los tratamientos de terapia y el bajo porcentaje de investigaciones realizadas con respecto al tema, existe literatura que respalda la efectividad de la terapia familiar sistémica. Se ha reportado una disminución o eliminación de los síntomas del paciente identificado, así como el fortalecimiento de la comunicación y mejoría en las relaciones, sobre todo se ha reportado mejoría significativa en familias que acuden por problemas de conducta infantil, agresión infantil, problemas de comunicación y síntomas globales diagnosticados psiquiátricamente. También se ha documentado su eficacia como método de tratamiento de forma multimodal en familias que viven violencia, esquizofrenia, ansiedad y ajuste a una enfermedad crónica (Díaz, 2012).

La epistemología del enfoque sistémico y las teorías posmodernas nos permiten mantener una postura de respeto ante el otro, alejados la mayor parte del tiempo y durante el proceso terapéutico de una posición de poder que por sí misma favorece la relación terapéutica y considero posibilita nuevas formas de relación entre los miembros de las familias, así como brinda la oportunidad de un entendimiento de la estética de los sistemas familiares que favorece la flexibilidad en el encuentro de nuevas posibilidades de relación y solución ante los síntomas de dolor en el sistema familiar.

Los diferentes modelos de intervención aprendidos durante la residencia ofertan una serie de herramientas terapéuticas que son muy útiles ejecutándolas de manera complementaria entre sí o activándolas de acuerdo al modelo al que pertenecen y comparto la posición de la mayoría de terapeutas, el modelo y herramientas terapéuticas se adaptaran a cada sistema familiar, motivo de consulta y desde luego a las preferencias del terapeuta familiar sistémico, cual es la mejor...la que brinde resultados positivos a cada familia en su singularidad.

Desde mi punto de vista, la epistemología en la que se basa la formación de los terapeutas familiares sistémicos es la única que logra contemplar el contexto tan complejo con la que se enfrentan los individuos y familias cada día y sería insuficiente pensar en una intervención individual y/o visión causal sobre la problemática de una realidad social que cada vez más deposita en las familias la completa responsabilidad de solución antes los problemas, cuando existen fuerzas mayúsculas que intervienen en su sufrimiento y que están en una relación

recursiva con los recursos de las familias. Es una responsabilidad profesional, ética y social poner a disposición de los usuarios el conocimiento y habilidades terapéuticas adquiridas durante la formación para colaborar con el núcleo socializador por excelencia y así contribuir con el bienestar del sistema familiar y de ser posible en sistemas más amplios.

1.2 ESCENARIOS CLÍNICOS

El adiestramiento en habilidades terapéuticas sistémicas requiere de escenarios que permitan la práctica, la evaluación y supervisión de las mismas. El programa de estudios de la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico incluye un total de 1656 horas de práctica en diferentes escenarios a lo largo toda la formación, por lo que el programa de posgrado pone a través de Centros Comunitarios u Hospitales el servicio de Terapia Familiar a la Comunidad; en cada uno se encuentra asignado un supervisor o una supervisora clínica que colabora en las sesiones y/u ofrece retroalimentación permanente sobre los procesos terapéuticos que dirigen los alumnos residentes.

1.2.1 Descripción de los escenarios

A continuación se mencionan las características principales de cada una de las sedes donde se practicaron las habilidades clínicas a través del servicio de Terapia Familiar.

1.2.1.1 Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila.

Podría ser el principal Centro de atención psicológica que coordina la Facultad de psicología por la capacidad en atención a los usuarios debido a su tamaño físico y contar con los recursos humanos a pocas distancia siendo estos principalmente los estudiantes de licenciatura y posgrado, además, su ubicación en el Sótano del Edificio D de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria, hace que tenga un alto reconocimiento y demanda ante los usuarios de la población universitaria y otros, pues es asociado con el nivel académico que representa su albergue, la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila inició su actividad en 1981 con el objetivo de apoyar y fortalecer la formación de los alumnos de la Facultad de Psicología en el área Clínica a través de la ofrecer servicios psicoterapéuticos a niños, adolescentes y adultos en modalidad individual, grupal, en pareja y familiar. Se atienden problemas de depresión, desempeño escolar, emocionales, de pareja, estrés, trastornos de la alimentación y dolor crónico entre otros en un horario de lunes a viernes de 8:30 a 19:00 hrs.

Este Centro es regido por una misión, visión, valores y política de calidad claramente definidos y difundidos, plantea ser un modelo de formación práctica, científica y basado en el humanismo, que apoye a la consolidación de la formación profesional y especializada de psicólogos con criterio y comprometidos con la comunidad y sociedad, además de ser una sede que propicie el desarrollo de proyectos e investigación. Los servicios que ofrece se agrupan de la siguiente manera:



Los alumnos en distintas etapas de formación a nivel licenciatura y posgrado atienden a la población, siempre bajo supervisión del personal académico adscrito o de profesores de las distintos programas de Posgrado que se imparten en las instalaciones de la Facultad, lo cual implica una intervención desde diferentes enfoques teóricos.

El espacio físico cuenta con una recepción, una sala de espera, doce cubículos utilizados para intervenciones individuales, seis cámaras de Gesell la mayoría con equipo de audio y

videograbación, también utilizados para las intervenciones grupales, así como mobiliario suficiente para realizar las actividades de atención.

El Servicio del Centro es sumamente demandando de acuerdo a su capacidad para atender a los usuarios y a la cantidad de personas que solicitan el servicio, por lo que es común que las personas esperen un largo tiempo antes de ser atendidos, sin embargo, también existen otros tres Centros Comunitarios donde se ofrecen servicios psicológicos incluido la atención en Terapia Familiar Sistémica.

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

El Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro también pertenece a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología. Además de la atención psicológica clínica, también se atiende desde la perspectiva educativa y social desde su fundación en 1979; en el 2002 se realiza una remodelación de las instalaciones para aumentar y mejorar el servicio.

Se encuentra ubicado en Calle Tecacalo Mz. 21, Lt. 24, Colonia Ruiz Cortines, Delegación Coyoacán y recibe a pacientes de esta comunicad y zonas aledañas, con las que ha diseñado e implementado estrategias de intervención como grupos de reflexión, talleres, cine-debate y presentación de casos clínicos; se atienden problemas de violencia, desintegración familiar, adicciones, depresión, autoestima, ansiedad y aprendizaje e incide en todos los grupos de edad (niños y niñas, adolescentes, adultos/as y adultos/as mayores) y modalidades de atención, individual, grupal, familiar y de pareja. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs. y sábados de 10:00 a 14:00 hrs.

Al encontrarse situado en una población con una historia de organización popular, los pobladores han construido un fuerte sentimiento de arraigo hacia la comunidad, lo que hace que este Centro haya sido acogido y reconocido positivamente por los habitantes, atendiendo problemáticas asociadas a sus características históricas y de constitución.

El Centro tiene como objetivo definido brindar a los y las estudiantes de nivel licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales al ofrecer un servicio de calidad a la comunidad desde una perspectiva psicosocial, dicho objetivo se cumple a través de cinco programas o líneas de trabajo:



Todo el personal en conjunto han logrado que el Centro brinde una atención de calidad a los usuarios y en una formación adecuada para los estudiantes, cabe mencionar que la Dirección cambió recientemente, ya que hasta el 2013 la Dra. Noemí Díaz Barragán fue la Directora del Centro.

Ambos Centros, el Comunitario Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro y el de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila recibieron en mayo del 2013 certificados de calidad por parte del Instituto Mexicano de Normalización y Certificación, el certificado avala que sus sistemas de gestión cumplen con los requisitos de calidad de acuerdo a la norma ISO9001:2008, calidad en el servicio a los usuarios y en la formación a los estudiantes.

1.2.1.3 Centro Comunitario de Atención Psicológica “ Los Volcanes”

Fue inaugurado en noviembre de 2004, por iniciativa del Movimiento Popular de Pueblos y Colonias del Sur, con el objetivo a atender problemas emocionales, conductuales, de aprendizaje, violencia intrafamiliar y adicciones en la población del sur de Tlalpan. Se encuentra ubicado en la Calle Volcán Fujiyama esquina con la calle Volcán Cofre de Perote s/n, Col. Los Volcanes, Del. Tlalpan en el Distrito Federal y atiende a la población aledaña, una de ellas es la Colonia Mesa los Hornos, una zona de alta marginación cerca del Centro Comunitario, misma que tiene serios problemas sociales y de salud, como delincuencia organizada, narcomenudeo, adicciones, violencia y embarazo adolescente, esta población es parte de la que acude por los servicios del Centro Comunitario, por lo que la labor de los estudiantes de licenciatura y posgrado tienen una labor compleja y a su vez satisfactoria al incidir en grupos vulnerables. En los registros de los últimos años, entre las causales más frecuentes de terapia se encuentran depresión, duelo, proceso de divorcio, maltrato, abuso sexual infantil, alcoholismo, adicción a drogas y problemas en la relación madre-hijo (González y Vargas, 2008).

De la misma forma como los Centros antes mencionados atiende a todos los grupos de edad, niños /as, adolescentes y adultos/as, además, se efectúan labores de prevención a través de talleres, conferencias y otras acciones comunitarias por parte de estudiantes de la Facultad de Psicología y funciona con el objetivo de contribuir a la formación profesional de los estudiantes a través de su participación en actividades diagnósticas, psicoterapéuticas, preventivas y de investigación en el ámbito comunitario, todas las actividades bajo la supervisión de profesores especializados en las diferentes áreas y desde diversos enfoques teórico-metodológicos de la Psicología. El horario de atención es de lunes a viernes de 9:00 a 15:00 hrs. y los sábados de 9:00 a 14:00 hrs., generalmente con una larga lista de pacientes en espera de ser atendidos.

El espacio físico para realizar las actividades es reducido, cuenta con una sala de juntas, reuniones o análisis de casos, dos salas medianas para intervención psicoterapéutica, una pequeña recepción, un salón en la planta baja donde se pueden llevar a cabo intervenciones individuales hasta grupales y un patio pequeño, a pesar del tamaño es constante la afluencia de

pacientes y de los recursos humanos, mismos que se integran por estudiantes de Licenciatura y Posgrado, prestadores de servicio social, tesistas, voluntarios y personal académico adscrito.

Las actividades que realiza el centro se pueden representar de la siguiente manera:



Todos los servicios se han basado en un análisis sobre las características y necesidades de la Comunidad que lo alberga, lo que ha generado que los habitantes de la zona reconozcan la calidad de los servicios a pesar de que este Centro es el más joven entre los Centros Comunitarios que coordina la Facultad de Psicología.

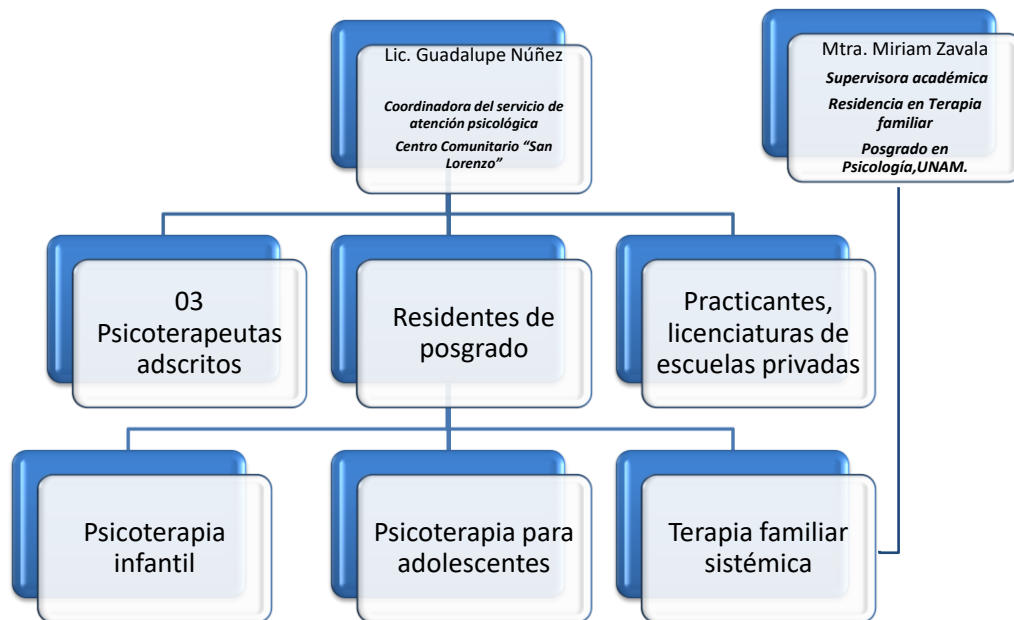
1.2.1.4 Centro Comunitario “ San Lorenzo”

Este Centro Comunitario forma parte del proyecto Fundación Bringas Hagenberk, I.A.P., mismo que se originó el 29 de febrero de 1992, con la fusión de la Fundaciones “Luz Bringas” y “Ma. de los Ángeles Hagenbeck”, en el 2011 se integró una más, la Fundación “Ignacio Medina Lima”. El objetivo es de tipo asistencial, crea, sostiene y administra establecimientos dirigidos a la educación y desarrollo comunitario para la atención de todos los grupos de edad.

La Fundación trabaja sobre tres programas de atención o ejes rectores, atención a la población de la tercera edad, actividades para la educación y desarrollo comunitario, es a ésta última a la que pertenece el espacio de “San Lorenzo”, establecimiento que tiene como finalidad promover en los pobladores estilos de vida saludables que a su vez fomenten un mejor desarrollo físico, mental y social; una de las actividades para lograr este objetivo de la Fundación es ofrecer opciones de salud preventiva a través de la atención psicológica.

El Centro Comunitario se encuentra ubicado en la Calle de San Lorenzo no. 2171 s/n, Col. San Juan Xalpa en la Delegación Iztapalapa, en sus instalaciones brinda el servicio de optometría, análisis clínicos a través de su asociación con una empresa privada, existen espacios deportivos con profesores que coordinan las actividades, alberga a una escuela primaria y se encuentra el área de atención psicológica.

El servicio de atención psicológica lo integran siete consultorios, de los cuales cuatro son utilizados para las terapias familiares, existe una sala de espera, una sala de reunión y descanso para terapeutas y la oficina de la coordinadora administrativa. Se atiende desde las diferentes especializaciones del personal adscrito, los residentes de posgrado, practicantes de licenciatura de escuelas privadas y voluntarios, servicio que se ofrece en un horario de 9:00 a 20:00 hrs. de lunes a viernes. El organigrama se puede representar de la siguiente forma:



Como se observa en la figura anterior, la coordinadora del Centro Comunitario se encarga de supervisar los horarios y la atención hacia los usuarios de los terapeutas familiares residentes, sin embargo, es la Maestra Miriam Zavala quien supervisa de forma narrada los procesos terapéuticos que conducen los residentes en terapia familiar sistémica.

Por la zona donde se encuentra ubicado este Centro Comunitario, acuden personas con sistemas relacionales muy complejas asociados a los altos índices delictivos y consumo de sustancias psicoactivas, también acuden familias por conflictos conyugales, deserción escolar por parte de los hijos, entre otros motivos de consulta. La población asentada en la zona se puede dividir en dos categorías, aquellos que son originarios del lugar y quienes llegaron de otros Estados para instalarse en los alrededores, ambos grupos presentan con frecuencia analfabetismo (V. Vargas, comunicación personal, 22 de mayo, 2014).

El Centro Comunitario se ha caracterizado entre los residentes de la Maestría en Terapia Familiar como un lugar donde existe un clima laboral positivo, en el que frecuentemente se puede compartir y recibir retroalimentación entre los compañeros con respecto a los procesos familiares que se conducen, además de ejercer la práctica clínica con cierta libertad por tratarse de una supervisión narrada, lo que implica mayor naturalidad en el desarrollo de habilidades terapéuticas en los residentes.

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

Fue inaugurado el 24 de octubre de 1966 al sur de la Ciudad de México ante la iniciativa de brindar una atención diferenciada a los niños de los adultos en lo que era el antiguo Manicomio General. El Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” se ubica en la Calle de San Buenaventura no. 86, en la Colonia Belisario Domínguez de la Delegación Tlalpan, en el Distrito Federal, con el objetivo de ofrecer el servicio de psiquiatría infantil y de la adolescencia a dicha población y con la visión de convertirse en un modelo a seguir por otras instancias que trabajen para la salud mental en niños y adolescentes, dentro un contexto de enseñanza e investigación.

Además del servicio de psiquiatría, existen otros profesionales de la salud mental que ofrecen atención a los pacientes y a sus familiares, como enfermeras/os, trabajadores/as sociales, psicólogas/os, médicos residentes, psicólogos, pedagogos, rehabilitadores, maestros de educación física y terapeutas familiares; también se incide en la docencia para estos profesionistas, así como realizan protocolos de investigación. La población objetivo del hospital son aquellos niños/as y adolescentes que no cuenten con algún servicio de seguridad social y sin la posibilidad de recurrir a servicios de salud mental privados.

En la actualidad los servicios al paciente que ofrecen se pueden resumir de la siguiente forma,

❖ **Consulta externa.** El paciente requiere acudir con un adulto responsable del menor (padres o representante legal), presentando documentos de identificación oficial y realizando el pago correspondiente, con lo que se le abre un expediente para consultas subsecuentes en un horario de 7:00 a 21:00 hrs. A su vez, la consulta externa está constituida por siete clínicas:

Clínica del Desarrollo. Atiende a población menor de 18 años con alteraciones del desarrollo (retraso mental y niños con alto riesgo).

Clínica de las emociones. Atiende a menores entre los 6 y 12 años, con trastornos del humor como: ansiedad, depresión, fobias o reacciones de adaptación.

Clínica de los Trastornos de la Conducta. Atiende a menores entre los 6 y 12 años, que presentan trastornos específicos del desarrollo, trastornos hipercinéticos, trastornos del comportamiento social y trastorno disocial.

Clínica de PAINAVAS (Programa de Atención a Víctimas de Abuso Sexual). Atiende a niños, adolescentes y sus familiares con problemas secundarios al abuso sexual.

Clínica de Adolescencia. Atiende a menores entre 12 y 17 años, que presentan padecimientos diagnosticados en la adolescencia o en etapas más tempranas como son: Trastornos de ansiedad, depresivos o de la conducta alimentaria.

Psiquiatría legal. Atiende a menores de edad que son referidos de juzgados para realizar peritajes psicológicos o psiquiátricos.

Hospital de Día. Atiende a niños con trastornos generalizados del desarrollo, como el autismo.

❖ **Hospitalización.** Se cuenta con cuatro unidades de hospitalización las cuales atienden a grupos de pacientes diferenciados, brindando un tratamiento multidisciplinario con la finalidad de lograr el control o manejo de la enfermedad, actúan en el área biológica, familiar y reincorporación a la sociedad, también se brinda orientación familiar apoyándose con interconsultas de otras especialidades. Las Unidades en las que se dividen son las siguientes:

Unidad de adolescentes varones. Brinda atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos.

PAIDEA. Atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos asociados con el consumo de sustancias psicotrópicas.

Unidad de adolescentes mujeres. Atención psiquiátrica hospitalaria a pacientes con trastornos emocionales, de conducta y psicóticos, así como a pacientes con dependencia a sustancias psicoactivas simple y complicada.

Unidad de cuidados prolongados. Al desaparecer el pabellón asignado a la atención de los niños y adolescentes en lo que era el Manicomio General, algunos de ellos con retraso mental grave quedaron al cuidado del Hospital por ignorar su procedencia, con el paso de los años fueron localizados algunos familiares y se les fueron entregados, sin embargo, aún existen pacientes que por alguna razón han quedado bajo el cuidado del hospital sin tener visitas de sus familiares, mismos que son atendidos en esta Unidad.

❖ **Hospital de día.** Atiende a los pacientes con un diagnóstico de trastorno generalizado del desarrollo en una modalidad de hospitalización parcial con los siguientes programas:

Hábitos de la vida diaria. Tiene la finalidad de contribuir a la integración del paciente ayudándolo a corregir conductas negativas a través de la orientación a los padres, estimulan el cuidado e imagen corporal del niño/a o adolescente, refuerzan los hábitos higiénicos, se fomenta

la autosuficiencia dentro del hogar, se instaura o refuerza el control de esfínteres y trabajan en incrementar la convivencia de los/as pacientes.

Terapia ambiental. Tiene como objetivo valorar las habilidades psicomotoras, de comunicación verbal, apego emocional, aprendizaje y socialización desarrolladas por el paciente, así como orientar sus cuidadores.

❖ **Urgencias.** Esta Unidad atiende desde dos modalidades, aquellos casos en los que se requiere atención inmediata pero no se considera urgente, como problemas emocionales, conductuales, problemas mentales secundarios asociados al consumo de sustancias psicoactivas, asociados al maltrato, asociados al desarrollo neurológico o físico o asociados a alteraciones en la dinámica familiar; y aquellos casos en que la atención es urgente e implica hospitalización como una conducta agresiva incontrolable, intento de suicidio reciente, crisis de angustia, consumo actual de drogas o medicamentos con fines no médicos y fallas graves de conducta que no puede ser controlada con la intervención de los familiares.

Como se puede observar el hospital cuenta con la infraestructura para atender desde un enfoque multidisciplinario y desde sus diferentes servicios especializados, una serie de problemas en salud mental que sufren niños y adolescentes e impactan en su sistema familiar y social.

El Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro también tiene un programa de capacitación continua dirigida al personal y profesionales de la salud en general e interesados en los temas, además cuenta con una comisión de investigación y con guías clínicas que conducen el manejo de los distintos casos que se presentan.

En cuanto a la supervisión de los procesos terapéuticos, al tratarse de una sede externa institucional a la Coordinación de Centros por parte de la Facultad de Psicología, la supervisión para los residentes en Terapia Familiar sistémica se encuentra a cargo de tres supervisoras, todas terapeutas familiares sistémicas egresadas de diferentes instituciones. Los residentes de la maestría en Terapia Familiar Sistémica en el Hospital Psiquiátrico son asignados en las diferentes modalidades de atención y Unidades del Hospital de acuerdo a su preferencia y lugares disponibles en dichos servicios.

1.2.1.6 Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)

El 23 de junio de 2005 obtuvo la denominación actual como Instituto, ya que antes se denominaba Centro Nacional de Rehabilitación, de acuerdo a su presentación en la página de internet, se trata de un Instituto de transformación y de cambio ya que ha sido el resultado de un esfuerzo constante de institutos públicos para ofrecer un servicio de calidad a la población mexicana a través de la investigación científica y así poder ofrecer modelos de prevención y resolución a un alto porcentaje de discapacidades. La misión que establece se resume en los siguientes puntos:

- Colaborar con el Sistema Nacional de Salud para impulsar acciones de prevención y mejorar la atención de personas con discapacidad.
- Brindar servicios de calidad para la rehabilitación de pacientes con enfermedades y secuelas discapacitantes de todo tipo a través de la aplicación de los más avanzados conocimientos científicos-tecnológicos y el trabajo de equipos multidisciplinarios especializados incluyendo a la familia y comunidad.
- Formar y capacitar de manera continua a los recursos humanos para la rehabilitación.
- Desarrollo de investigación científica en todas las áreas de conocimiento relacionadas con la discapacidad, incluyendo a la familia y comunidad.

Los servicios del INR los ofrece a través de la consulta externa, misma que requiere una hoja de referencia de las diferentes instituciones de salud o a través del servicio de urgencias el cual atiende a pacientes con lesiones agudas con menos de 6 días de evolución, siempre que cumplan con los criterios de admisión. Las especialidades médicas con las que cuenta son Audiología, Fonatría y Patología del lenguaje, Ortopedia, Medicina de Rehabilitación, Investigación y atención a quemados, Medicina del Deporte, Oftalmología, Otorrinolaringología, Anestesiología y Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

De acuerdo a sus objetivos de excelencia, el tratamiento incluye a las familias y a la comunidad para la rehabilitación de los pacientes, por lo que el INR realiza actividades de investigación y atención psicológica; los pacientes y sus familias reciben el servicio de terapia individual o terapia familiar una vez que han sido previamente evaluados para recibir el servicio.

Debido a la alta demanda de terapia familiar y a que el Mtro. Gerardo Reséndiz, terapeuta familiar en el INR es miembro académico de la Residencia en Terapia Familiar del Programa de maestría y posgrado en la UNAM, en el año 2010 se estableció el contacto formal entre ambas instituciones para que los alumnos de dicha residencia realizaran prácticas clínicas. Desde entonces, la supervisión de los procesos terapéuticos se encuentra a cargo del Mtro. Gerardo Reséndiz, quien obtuvo su formación sistémica en el Centro Milanés de Terapia Familiar, modelo de intervención que practican los alumnos en el INR.

1.2.1.7 Escuela de Terapia Familiar, Servicio de Psiquiatría del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).

Este recinto se ubica en la calle de Sant Antoni María i Claret, #167 de la ciudad de Barcelona, España, mismo que tiene sus orígenes en el año de 1401 con la fusión de los seis hospitales que había en Barcelona y construido con un estilo arquitectónico gótico catalán, sin embargo, al paso de los años quedó pequeño con respecto al crecimiento de la ciudad, por lo que se construyó un nuevo edificio inaugurado en 1930 con un estilo arquitectónico del modernismo catalán, siendo declarado patrimonio cultural de la humanidad por su singularidad constructiva y belleza arquitectónica en 1997. En el 2009 se inauguró un nuevo complejo hospitalario que se ubicó en el extremo noreste del conjunto modernista con la finalidad de continuar con el servicio de salud asistencial y la rehabilitación de los pabellones modernistas.

El hospital ofrece servicios de salud y es un referente asistencial, en docencia e investigación en Catalunya, se encuentra administrado por el Patronato de la Fundación de Gestión Sanitaria, donde están representados la Generalitat de Catalunya, el Ayuntamiento de Barcelona y el Arzobispado de Barcelona brindando los siguientes servicios especializados:

- Actividades asistenciales de hospitalización médica, quirúrgicas y ambulatorias en consultas externas y hospitales de día.
- Actividades de apoyo a la atención primaria, hospitalización domiciliaria y atención paliativa a enfermos terminales.
- Actividades de soporte clínico de diagnóstico, terapéutico, de rehabilitación y curativas.

- Actividades de promoción, educación y prevención de las enfermedades y salud mental.
- Actividades de atención de urgencias durante las 24 horas del día.

El hospital alberga a instituciones de formación profesional y especializada como la Unidad Docente Sant Pau de la Facultad de Medicina, la Escuela Universitaria de Enfermería, la Escuela de Patología del Lenguaje y la Escuela de Terapia Familiar.

La Escuela de Terapia Familiar (ETF) nace en los años 80's entorno a un centro de terapia familiar ubicado en la Unidad de Psicoterapia del Servicio de Psiquiatría del Hospital de San Pablo, relacionada a la Universidad Autónoma de Barcelona. Sus fundadores, el Dr. Juan Luis Linares y la Dra. Carmen Campo, tienen diversas influencias sistémicas generadas de las visitas realizadas a Barcelona por figuras como Minuchin, Sluzki y Colapinto a finales de los años 70's y de las estancias del Dr. Linares en Palo Alto, Milán y Roma a principios de los años 80's.

El contexto de la ETF se encuentra definido por el ejercicio de la clínica psiquiátrica, por la educación universitaria pública en el nivel de posgrado y contenidos que provienen de los fundamentos estructurales y comunicación humana de la terapia familiar, además han incorporado elementos de los modelos narrativos, todo en conjunto ha configurado un modelo propio de intervención y enseñanza.

La ETF San Pau ha establecido como objetivo principal capacitar a los alumnos para la práctica clínica de la Terapia Familiar y de Pareja, así como para la realización de Intervenciones Sistémicas en contextos no clínicos: Social, Educativo, Sanitario, Judicial, Institucional, etc.; dichos cursos se llevan a cabo de manera presencial o a distancia a través de redes digitales. La investigación y la práctica terapéutica constituyen la prioridad de la ETF San Pau así como el estudio de los desarrollos actuales en el abordaje familiar y la elaboración de proyectos, como futuros programas de intervención familiar. Por lo anterior, la ETF realiza de manera constante investigación en los procesos relacionales de los trastornos mentales como depresiones, psicosis, trastornos límite, etc. con la premisa de que la exploración de sus bases relacionales es la manera de asegurar su deconstrucción como mecanismo clasificatorio de la conducta desviada.

Por otro lado, la ETF San Pau es miembro fundador de la Cámara de las Escuelas de Formación de la European Family Therapy Association (EFTA) y se encuentra acreditada para formar Expertos en Intervenciones Sistémicas y Terapeutas de Familia y Pareja por la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar (FEATF) y de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (FEAP). El personal académico de la escuela son docentes acreditados y con amplia experiencia en intervención sistémica y psicoterapia en contextos clínicos, socio-sanitarios y docencia. Se han establecido tres programas académicos diferenciados entre sí,



El proceso de formación para estos programas se estructuran a través de cinco espacios docentes (espacio clínico, intervención directa, espacio de entrenamiento de habilidades específicas, espacio vivencial-experiencial y seminarios ordinarios) y un espacio individual. En el caso del Máster en Terapia Familiar la evaluación consiste en la realización de un examen final y la presentación de una investigación, siendo los criterios de evaluación la aptitud clínica, la madurez personal y la adquisición de conocimientos y recursos, todo con un carácter procesual e integrador.

1.2.2 Análisis sistémico de los escenarios

De acuerdo al objetivo de la Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y construccionista, el cual consiste en capacitarnos en una especialidad de alta calidad en el área de la salud, a partir de abordar los problemas clínicos desde el ángulo interaccional entre el individuo y los sistemas sociales, el desarrollo de habilidades clínicas sistémicas no podrían existir sin la apertura de cada uno de los escenarios antes descritos con sus singularidades y de manera integral, ya que cada una de sus organizaciones nos permitieron una experiencia única como parte temporal de sus sistemas y al mismo tiempo practicar la observación, la conducción y la participación de procesos terapéuticos familiares en múltiples ocasiones.

Las características de los escenarios con sus diferencias o similitudes entre sí contribuyeron a nuestra formación integral, si bien todos tienen en común el objetivo de consolidar los conocimientos y habilidades de los residentes a través de ofertar el servicio a la población, la forma de hacerlo es diferente, además cada uno tiene modalidades y organizaciones diferentes para brindar el servicio de terapia familiar.

Los Centros Comunitarios (Dr. Julián Mac Gregor, Los Volcanes) y de Servicios Psicológicos (Dr. Guillermo Dávila) supervisados por la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social de la Facultad de Psicología comparten la condición universitaria, es decir personal académico y no académico con significados más cercanos entre sí con respecto al estilo de interacción entre las personas que se encuentran en el contexto universitario, en mi caso lo viví como una extensión de la vida académica, con familiaridad y confianza en los espacios con un apoyo constante en nuestra formación, tanto del personal administrativo, académico y de supervisión, muchos de ellos también profesores de la Residencia.

Entre ellos, las particularidades provienen de los lugares geográficos donde se encuentran, el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” está ubicado en la Facultad de Psicología y Ciudad Universitaria, por lo que existe muchísima demanda, la gran mayoría personal universitario con problemáticas de pareja, de conducta con los hijos o

problemas de comunicación familiar. En los Centros Comunitarios Dr. Julián Mac Gregor y Volcanes, se atienden en su mayoría también las mismas problemáticas mencionadas pero también familias multiestresadas con problemas de adicciones, violencia de género o maltrato infantil.

El Centro Comunitario “San Lorenzo”, tiene mayor diferenciación, ya que también acuden alumnos de otras instituciones a ofrecer su trabajo, aunado a que las supervisiones se realizan de manera narrada pues al ser una sede externa se coordina administrativamente de manera independiente, lo que considero otorga valor a una práctica con mayor libertad a un sistema de lineamientos universitarios, más cercanos a la realidad cuando egresamos de la Residencia; el contexto profesional cambia un poco pero mantiene la similitud con los otros Centros en cuanto a los motivos de consulta.

Existe aún mayor diferencia con los Hospitales e Instituto descritos, el Psiquiátrico Infantil, el Instituto de Rehabilitación y la Escuela de Terapia Familiar de San Pau, pues son organizaciones enormes en la que si bien se trabaja en las áreas asignadas para la intervención familiar se encuentran en un contexto donde confluyen otras disciplinas, información, profesionales de la salud, procesos aún más largos para la atención y con significados diferentes de los síntomas y más asociados a la enfermedad. Una de las bondades de la terapia familiar sistémica es que dentro del espacio terapéutico se puede transformar por un momento el contexto en que las familias se conducen regularmente, entre diagnósticos; de manera que el efecto de la mirada sistémica puede llegar a tener un impacto inmediato en los pacientes identificados y sus familias liberándolos de la estigmatización e iniciando con la posibilidad de relacionarse de manera diferente con los síntomas.

Además el nivel de atención inherentemente es distinto, los centros comunitarios se dirigen a la primaria y los hospitales e instituto a una secundaria y hasta terciaria por la infraestructura que los caracteriza, por lo que implica significados diferentes en las familias, los terapeutas y personal que labora en cada lugar, la dinámica de los hospitales e instituto tienen mayor inercia en sus dinámicas que los Centros Comunitarios.

En los Centros coordinados por la Facultad de Psicología, la participación como terapeutas es amplísima, pues es parte de los objetivos de la residencia, aunado a que los grupos son pequeños, en nuestro caso, la novena generación la conformamos once alumnos. Además, los espacios físicos para la intervención familiar facilitaron nuestra participación como terapeutas, coterapeutas y equipo terapéutico, así como la supervisión, ya que la mayoría contaba equipo de audio, video y cámara de Gesell, no así en el Centro Comunitario Los Volcanes, San Lorenzo y en el Hospital Psiquiátrico Infantil.

En cuanto a la ETF de San Pau las diferencias se amplían por encontrarse en otro País, en el continente Europeo, por tratarse de España, en la Ciudad Catalana de Barcelona, es simplemente un contexto completamente diferente. Como mencioné, la enseñanza y práctica de la terapia familiar sistémica está influida por el ejercicio de la clínica psiquiátrica, por la educación universitaria pública en el nivel de posgrado y contenidos que provienen de los fundamentos estructurales y comunicación humana de la terapia familiar, además han incorporado elementos de los modelos narrativos. Los grupos de terapeutas en formación son muy amplios, en la Formación básica pueden integrarse por aproximadamente hasta 35 alumnos y en el Máster de Terapia Familiar hasta aproximadamente de 20 alumnos, lo que implica que la práctica terapéutica no sea tan exhaustiva y en el caso de los estudiantes que realizamos una estancia, por evidentes razones del proceso terapéutico, sólo participamos como equipo terapéutico.

El programa del Máster en Terapia Familiar se puede realizar en un lapso de cuatro años acudiendo de dos a tres veces a la semana en horario matutino o vespertino, mientras la formación en el programa de Maestría en Psicología de la UNAM consta de dos años acudiendo cinco o seis días a la semana. Una característica más de esta formación es el programa de Coaching Sistémico que se enfoca en el desarrollo de habilidades de intervención sistémica en otros escenarios diferentes a la terapia familiar sistémica.

A continuación menciono algunas diferencias entre los escenarios con la finalidad de que se puedan observar con mayor claridad sus contextos.

Tabla 5. Algunas características de los escenarios donde se realiza la Residencia en Terapia Familiar Sistémica

Institución	Inicio de labores	Espacio físico	Nivel de atención	Tipo de Supervisión	Sistema mayor al que pertenece
Centro de Servicios Psicológicos " Dr. Guillermo Dávila "	1981	Espacios acondicionados favorablemente para la actividad.	Primaria	Directa	Facultad de Psicología, UNAM.
Centro Comunitario " Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro "	1979	Espacios acondicionados aunque solo uno con equipo de audio y video.	Primaria	Directa	Facultad de Psicología, UNAM.
Centro Comunitario " Los Volcanes "	2004	Espacios acondicionados aunque pocos y reducidos.	Primaria	Directa	Facultad de Psicología, UNAM.
Centro Comunitario " San Lázaro "	1992	Espacios cómodos sin cámara de Gesell.	Primaria	Narrada	Fundación Bringas Haghenberk, I.A.P
Hospital Psiquiátrico Infantil " Juan N. Navarro "	1966	Espacios acondicionados temporalmente para la intervención familiar ya que también son utilizados para otras actividades.	Secundaria y Terciaria	Narrada	Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Rehabilitación	2005	Espacios cómodos y acondicionados para la actividad.	Secundaria y Terciaria	Directa	Secretaría de Salud
Escuela de Terapia Familiar de San Pau	80's	Espacios acondicionados favorablemente para la actividad.	Primaria	Directa	Patronato de la Fundación de Gestión Sanitaria.

Entre las similitudes que comparten todos los escenarios se encuentran la atención a todos los grupos de edad en sistemas familiares, en instituciones de salud de tipo asistencial con la premisa de atender a población vulnerable y que difícilmente podrían acudir a un sistema de atención privada, por lo que los costos son accesibles de acuerdo a una valoración de su situación socioeconómica, además el reconocimiento en la calidad de los servicios y especialización, hace que la demanda sea alta en todos los casos con largas listas de espera.

De acuerdo al objetivo de estos espacios en la consolidación de conocimientos y habilidades clínicas de los estudiantes de posgrado, todos los procesos terapéuticos fueron supervisados y retroalimentados por docentes y terapeutas familiares sistémicos.

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

Durante el primer semestre tuve mi primer contacto con la observación de la intervención familiar sistémica a través de la Mtra. Jaqueline Fortes en la asignatura de Práctica Clínica del Modelo Estructural (Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila), en dicho proceso terapéutico también tuvimos la oportunidad de participar como equipo terapéutico.

Para el segundo semestre todos los integrantes del grupo participamos en la conducción de procesos terapéuticos en coterapia en cada una de las asignaturas con supervisión clínica, en este segundo semestre fue mi primer contacto directo con la terapia familiar sistémica siendo coterapeuta de dos casos en asignaturas de dos Modelos de intervención diferentes (Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor”), además elegimos un escenario en para iniciar propiamente con la Práctica Clínica Supervisada, en mi caso acudí desde entonces al Centro Comunitario “Los Volcanes” durante los dos semestres siguientes, ya que para el cuarto realicé mi estancia en la ETF de San Pau.

En el tercer semestre continué con uno de los procesos familiares que inicié en el segundo semestre, además inicié un proceso terapéutico en la supervisión de los Modelos Colaborativos (Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor”) y continué con los procesos terapéuticos en el espacio de Residencia en el Centro Comunitario “Los Volcanes”.

El cuarto semestre, lo inicié en la ETF de San Pau, al llegar el Dr. Juan Luis Linares, director de la Escuela me brindó la posibilidad de elegir las asignaturas a las que deseara integrarme, tenía que elegir entre cuatro cursos, el Primer y Segundo año de Formación Básica y entre el 1° y 2° año de Master, por lo que elegí acudir a los siguientes grupos:

- **Supervisión de 2º año de Formación Básica** a cargo de la Dra. Teresa Moratalla y la Dra. Ana Pérez. En este grupo participaban los alumnos como coterapeutas junto con las docentes o dos alumnos como coterapeutas, siempre con la supervisión directa a través de la cámara de Gesell o con equipo de audio y video, realizando el mismo procedimiento que la formación de aquí, una pre, inter y pos sesión, el grupo estaba conformado de alrededor de 35 alumnos. Me sentí muy afortunada al participar como equipo terapéutico ya que me sentía como en casa hablando el mismo lenguaje teórico logrando un dialogo y entendimiento tan sencillo entre personas en un lugar tan lejano a mi País, con el predominio del idioma Catalán y cultura tan diferente. Además las supervisoras y el grupo lo percibí muy cálido y respetuoso.
- **Primer año de Master** a cargo del Dr. Ricardo Ramos. Este grupo era más reducido, lo conformaban alrededor de 15 alumnos en un espacio de teoría y práctica, donde la interacción podía realizarse de manera más personal, aunado a que existía la posibilidad de intercambiar puntos de vista relacionados a nuestra historia de vida pues el 50% de los alumnos proveníamos de otros Países como Argentina, Colombia, Ecuador, Perú, México y de otras zonas de España. La Supervisión Clínica fue muy enriquecedora al ver el estilo de intervención del Dr. Ramos, creo que el mayor aprendizaje de esta supervisión fue entender que existen múltiples formas de intervenir y que si bien es importantísimo el análisis de los procesos terapéuticos es increíble como las familias pueden obtener resultados favorables a sus problemáticas ante la terapia familiar sistémica.
- **Segundo año de Master** a cargo del Dr. Juan Luis Linares. Este grupo era mayor, lo conformaban alrededor de 25 alumnos y se trataba de un espacio completamente clínico, participé como equipo terapéutico aunque considero que con aportaciones mínimas de mi parte, pues se trataba de dos procesos terapéuticos que ya hacía tiempo se habían iniciado, aunado a que debido a que el grupo era muy grande las aportaciones eran frecuentes. Con este grupo tuve la oportunidad de observar el estilo de intervención del Dr. Linares junto con una colega mexicana que radica en Barcelona y ahora una excelente amiga. De este grupo recuerdo con cariño cómo la relación que establecen los

terapeutas con el sistema familiar forma parte esencial de los avances del proceso terapéutico. Además de mi asistencia a los cursos de estos tres grupos acudí a dos seminarios,

- **Seminarios teóricos ordinarios.** Dichos seminarios son obligatorios para los alumnos y abordan diferentes temas teóricos o de investigación, yo acudí a seis de ellos a cargo del Dr. Juan Luis Linares, Dr. Guillem Feixas, Dra. Carmen Campo, Dra. Clara Juando, Dr. Ignasi Gich y el Dr. Félix Castillo.
- **Seminarios extraordinarios.** Estos seminarios se programan por año y acuden invitados externos como ponentes, durante mi estancia sólo tuve la oportunidad de acudir al titulado *Evolución, amor y filosofía, la condición relacional del ser humano*, impartido durante un total de 10 horas por el TF Alberto Carrera, el Sociólogo Pablo Herreros y el Dr. Juan Luis Linares.

Un evento extracurricular al que tuve oportunidad de asistir fue a la presentación del libro *Palabras que permanecen, palabras por venir* de Marcelo Pakman en la Editorial de Gedisa en Barcelona, desde que lo leí en la Residencia sentía admiración por él y me sentí muy afortunada de conocerlo en ese contexto.

Durante mi estancia en la ETF de San Pau tuve nula práctica directa como terapeuta familiar sistémica, ya que sólo participé como equipo terapéutico, sin embargo, siempre estaré agradecida con la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología, la Universidad Nacional de México, el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología, con España, la Ciudad de Barcelona, la ETF de San Pau y cada persona con la que interactué durante la estancia, por regalarme una mirada más, nuevas posibilidades para ser y hacer en mi contexto personal y profesional.

Me reincorporé en el mes de abril del 2011 al cuarto semestre, por lo que sólo tuve oportunidad de iniciar un proceso terapéutico familiar en el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor” y que posteriormente se convirtió en un proceso terapéutico de pareja, con el que

continué hasta después de concluir la Residencia, además participé como coterapeuta en la Supervisión de la asignatura Caso Continuo IV.

Fue necesario incluir todos los escenarios en que desarrollamos y fortalecimos habilidades clínicas para su descripción y análisis, sin embargo la mayoría de mis compañeros participamos en tres o cuatro de ellos, en mi caso, atendí familias o pacientes como terapeuta o coterapeuta en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" y en los Centros Comunitarios "Dr. Julián MacGregor" y "Los Volcanes", así como colaboré como equipo terapéutico en los mismos y en la ETF de San Pau.

A continuación enlisto los 13 procesos terapéuticos y a las familias con las que participé como terapeuta o coterapeuta durante la Residencia en tres escenarios de los descritos:

Tabla 6. Procesos terapéuticos como terapeuta o coterapeuta durante la Residencia.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS "DR. GUILLERMO DÁVILA"							
SEMESTRE	TERAPEUTA (S)	SUPERVISOR (A)	NOMBRE DEL USUARIO O FAMILIA	INTEGRANTES	ESTADO DEL PROCESO TP	NO. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA
Segundo	Verónica Vargas Arrazola Araceli Durán Rivera	Mtra. Inda Sáenz	Fam. Martínez Arredondo	2 (Madre e hija)	Baja	1	Conflicto madre e hija, ante la muerte del padre
Segundo	Verónica Vargas Arrazola Araceli Durán Rivera	Mtra. Inda Sáenz Dr. Raymundo Macías	Fam. Altamirano	4 (padre, madre, hijo adolescente e hija en edad escolar)	Baja	10	Apartir de la reciente separación de los padres, la madre busca ayuda para relacionarse con sus hijos.
Cuarto	Alma Aguilar Segura Araceli Durán Rivera	Dr. Raymundo Macías	Fam. Contreras Alejo	3 (padre, madre e hijo adolescente)	Alta	5	Conflicto padre e hijo a partir del aborto de su novia
CENTRO COMUNITARIO "DR. JULIÁN MACGREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO"							
Segundo	Cintia Aguilar Delgadillo Araceli Durán Rivera	Dra. Noemí Díaz Marroquín	Lizbeth Carranza	1 (la paciente)	Baja	1	Relación conflictiva con su pareja
Segundo	Cintia Aguilar Delgadillo Araceli Durán Rivera	Dra. Noemí Díaz Marroquín	Fam. Sánchez Perea	3 (padre, madre e hija en edad escolar)	Baja	2	Ante la separación con su esposa, Ricardo solicita terapia familiar

Segundo y Tercero	Cintia Aguilar Delgado Araceli Durán Rivera	Dra. Noemí Díaz Marroquín	Fam. Leblac Herrera	3 (madre y dos hijas adolescentes)	Alta	18	Relación conflictiva entre madre e hijas y entre hermanas
Tercero	Araceli Durán Rivera	Mtra. Nora Rentería Cobos	Elsa Dimas Carrillo	1(la paciente)	Baja	4	Abuso sexual en la infancia relacionado con dificultad para establecer relaciones de pareja
Cuarto	Araceli Durán Rivera	Dra. Noemí Díaz Marroquín	Fam. Galindo Velázquez	4 (padre, madre e hija menor en edad escolar e hija infante)	Alta	12	Conflictos intrafamiliares por la educación de la hija mayor
Cuarto	Araceli Durán Rivera	Dra. Noemí Díaz Marroquín	Pareja Galindo Velázquez	2 (la pareja conyugal)	Alta	23	Problemas en la relación conyugal.

CENTRO COMUNITARIO "LOS VOLCANES"							
SEMESTRE	TERAPEUTA (S)	SUPERVISOR (A)	NOMBRE DEL USUARIO O FAMILIA	INTEGRANTES	ESTADO DEL PROCESO TP	NO. DE SESIONES	MOTIVO DE CONSULTA
Segundo	Paula Bautista Rodríguez Araceli Durán Rivera	Mtra. Rosario Muñoz	Fam. Jacinto Morales	3 (Madre, hija adulta joven e hijo en edad escolar)	Baja	4	Conducta agresiva del hijo menor
Segundo y Tercero	Araceli Durán Rivera	Mtra. Rosario Muñoz	Fam. Hernández Baños	3 (padre y dos hijos adolescentes)	Alta	23	A partir del reciente abandono de la madre, desean reorganizarse como familia
Tercero	Araceli Durán Rivera	Mtra. Rosario Muñoz	Basilio Castañeda	1	Alta	6	Tristeza por la muerte de su esposa relacionado con su actual relación conflictiva de pareja
Tercero	Araceli Durán Rivera	Mtra. Rosario Muñoz	Sonia Ortiz Vargas	1	Alta	11	Sentirse tranquila porque siente ansiedad al estar con personas

Para que todos los compañeros de la generación pudiéramos participar como terapeutas o coterapeutas y ser supervisados, decidimos turnarlos en las diferentes asignaturas con supervisiones de cada semestre y también lo hicimos entre los compañeros que decidimos acudir

a una misma sede, por lo que todos llevamos más o menos la misma cantidad de procesos terapéuticos.

Una vez explicada la secuencia del trabajo clínico realizado durante la Residencia y su contexto, a continuación se presentan la epistemología y los modelos de intervención en los que se basa la Terapia Familiar Sistémica y construccionista.

CAPITULO II. MARCO TEORICO EPISTEMOLÓGICO

Al ejercer profesionalmente la práctica clínica con un enfoque sistémico y construccionista en terapia familiar, así como en cualquier otro enfoque teórico, siempre será necesario conocer los fundamentos conceptuales que los sustentan, ya que sin ellos se puede perder de vista los objetivos de las intervenciones que se realizan y del proceso terapéutico, además de que dichos fundamentos validan los procedimientos que se ejecutan durante el trabajo clínico. Es necesario tener claro que la epistemología es la rama de la filosofía que estudia la naturaleza y validez del conocimiento, es decir se enfoca a conocer cómo se conoce.

2.1 FUNDAMENTOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

En la Terapia Familiar Sistémica y construccionista, la epistemología es propiamente la herramienta con la que el terapeuta familiar sistémico interviene en el espacio terapéutico, la persona del terapeuta se utiliza así misma para colaborar en el sistema familiar en una interacción recursiva, por lo que la persona del terapeuta tiene una influencia sobre las familias y viceversa. La persona del terapeuta se configura por su contexto sociocultural, historia familiar y personal de vida, las experiencias emocionales, por sus saberes y significados; en cuanto al rol de terapeuta familiar sistémico y construccionista, se forma y transforma durante el entrenamiento formal como terapeutas, cambios que provienen del conocimiento y entendimiento de una postura sistémica y construccionista.

Las epistemología que sustentan al modelo sistémico y construccionista de la terapia familiar se basan en la Teoría General de Sistemas, Teoría de la Comunicación, conceptos de la

Cibernética, Constructivismo y Construccinismo Social, mismos que a continuación se describen.

2.1.1 Teoría General de Sistemas

Desarrollo histórico.

El concepto de sistema ya existía como “filosofía natural” de estudiosos como Leibniz y Nicolás de Cusa, se empieza a consolidar con Wertheimer, Kohler, Von Neumann y Cannon, Paracelso y Kaldum, por mencionar a algunos; sin embargo, se atribuye su desarrollo a Ludwing Von Bertalanffy y al equipo conformado por Anatole Rappaport, Ralph Gerard y Ross Ashby. (Bertalanffy, 1968, Sánchez y Gutiérrez, 2000, Vargas, 2004, Cibanal, 2006).

Bertalanffy, nace el 19 de septiembre de 1991 en Atzgerdorf, Austria y muere el 12 de junio de 1972 en Búfalo Nueva York, biólogo y gran estudioso de otras materias, desarrollador de la Teoría General de Sistemas (TGS). El autor inicia sus escritos en 1937 en un Seminario de Charles Morris (Filósofo y Semiótico Estadounidense) en la Universidad de Chicago, pero es en 1968, cuando publica su libro con el mismo nombre de su teoría.

La obra de Bertalanffy (1968), surge ante la necesidad de ofrecer una nueva forma de comprender el mundo y al ser humano, pues como él mismo lo planteó, las teorías de su época desde entonces ya eran obsoletas, retomó el concepto de “sistema” y le brindó un nuevo contenido y significado para el trabajo científico, ya que las teorías de su época como el pensamiento kantiano (la cual omite a la vida como reflejo de la predominancia de la ciencia física), la revolución industrial (que a pesar de sus adelantos tecnológicos deja “un sentimiento de insignificación” en la persona), el conductismo y psicoanálisis (que consideran a la personalidad como un “producto casual”), con sus posibilidades reducidas de explicación de la vida moderna, provocaron el surgimiento de nuevas ciencias de la vida, del comportamiento y sociales.

Conceptos teóricos.

Bertalanffy (1968) parte de la concepción de una revolución organísmica, en la cual introduce la noción de sistema, donde mira al mundo como una organización, donde sus principales características son:

- El hombre como sistema activo de personalidad (surge la psicología del desarrollo, escuelas neofreudianas, psicología del Yo, teorías de la personalidad como las de Allport y Maslow, nuevos enfoques en la psicología de la educación, psicología existencial, etc.)
- Orientación holística, es decir, la realidad como algo distinto a la sola suma de sus partes
- Hace hincapié en el lado creador de los seres humanos.
- Importancia de las diferencias individuales.
- El organismo psicofísico como un sistema primariamente activo.
- Ideas aplicadas a la conducta y a la cognición.
- Todo lo anterior implicaría una reevaluación a fondo de problemas de educación, adiestramiento, psicoterapia y actitudes humanas en general.

Bertalanffy (1968), señaló que todo organismo es un sistema, un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones y puntualizó la diferencia entre sistemas abiertos y cerrados, los sistemas vivos son abiertos e intercambian energía, materia o información con su entorno, mientras que los sistemas cerrados no.

Algunos de los conceptos principales que manejó en su obra fueron:

- Retomó el concepto de homeostasis o equilibrio dinámico entre entradas y salidas, lo que permite en el sistema cambios continuos a la vez que condiciones relativamente estables. Piensa que en los sistemas abiertos existe mayor heterogeneidad y organización que en los cerrados, éstos por el contrario tiene una tendencia a la desorganización y destrucción del orden.

- Integró el concepto de información de la Teoría de la Comunicación como entropía negativa, lo que permite el orden y la organización.
- Tomó de la Cibernética el concepto de retroalimentación y sus mecanismos de control, positivos y negativos, para mantener al sistema en equilibrio.
- Postuló el principio de equifinalidad como la tendencia a un estado final característico a partir de diferentes estados iniciales y por diferentes caminos, fundada en la interacción dinámica en sistema abierto que alcanza un estado uniforme.

La TGS buscó principios y leyes aplicables a sistemas generalizados o a sus subclases, sin importar su género, la naturaleza de sus elementos componentes y las relaciones o fuerzas que predominaran entre ellos, por lo que enunció las ciencias sociales como básicas para su aplicación: en la biología, en diferentes facetas de las sociedades humanas como los conflictos humanos bélicos, carreras armamentistas, multiplicación de poblaciones, la difusión de rumores, cinética y termodinámica, sociología y aplicable a entidades inmateriales y heterogéneas como empresas. Actualmente su teoría ha alcanzado disciplinas especializadas como Política y Relaciones internacionales como marco teórico-metodológico (González, 1999), lo que ya planteaba Bertalanffy en su obra, existen dos factores que hacen a la civilización única: el desarrollo tecnológico y su naturaleza global, por lo que requiere una visión sistémica para su estudio.

Por las dimensiones en la aplicación de la TGS, es fundamento en la terapia familiar. En el primer capítulo de su libro *Terapia Familiar, un enfoque interaccional*, Murizio Andolfi (1985), plasma en la familia los principios que rigen a los sistemas en general postulados por Bertalanffy (1968), manifestó los principios básicos que regirán a la Terapia Familiar y características que la diferencian de las psicoterapias tradicionales de corte individual.

Teoría General de Sistemas en la Familia.

Andolfi (1985) asevera que para analizar la relación que existe entre comportamiento individual y grupo familiar en un único acto de observación, es necesario considerar a la familia como “un sistema relacional”, es decir describe a la familia como un sistema:

- a) En constante transformación.
- b) Activo que se autogobierna.
- c) Abierto en interacción con otros sistemas.

Por ello, de acuerdo con el autor, el diagnóstico familiar con un enfoque sistémico, tiene las siguientes características:

- Atención dirigida a los sistemas relacionales.
- Observación de las interacciones.
- Estudio en función de la dinámica interactiva.
- Observación del contexto.
- El paciente identificado como parte del sistema familiar.
- Otras realidades significativas que interactúan con la familia: la escuela, el trabajo de los padres, el barrio, etc.

De esta forma, la intervención terapéutica desde el enfoque sistémico consiste en crear un contexto terapéutico tranquilizador y colaborativo, donde el terapeuta evita asumir el rol de juez y debe valorar el contexto familiar desde el primer contacto. Desde luego, comprender el problema en términos relacionales mediante la contribución de todos los miembros de la familia, requiere que el terapeuta posea una formación seria y profunda sobre la comunicación humana.

2.1.2 Teoría de la Comunicación Humana

Desarrollo histórico.

La comunicación ha sido estudiada desde diversas perspectivas, uno de los modelos de la comunicación que tenía como objeto de estudio la eficacia de la información, fue el de Claude Shannon (ingeniero electrónico) y Warren Weaver (matemático), los autores buscaron establecer medidas sobre la capacidad de los diversos sistemas, de transmitir, almacenar y procesar información, con la finalidad de reducir la incertidumbre de un mensaje por lo que en 1949 publicaron “La teoría matemática de la comunicación” (Cibanal, 2006).

Dicho modelo ofrece una lectura lineal y de dos puntos, ya que se centra en los mensajes enviados y los resultados, así como en la influencia sobre el receptor o emisor. Este modelo es simple y en realidad no explica una de las interacciones más complejas como lo es la comunicación humana.

Al integrar el concepto de retroalimentación de la Cibernética a la teoría de la comunicación, ésta brinda una mayor comprensión de las comunicaciones interpersonales y pasa a una concepción circular, dicha conexión se atribuye a Gregory Bateson.

Gregory Bateson, nació el 9 de mayo de 1904 en Grantchester, Inglaterra, y murió el 4 de julio de 1980 en San Francisco, Estados Unidos, de formación antropólogo, científico social y epistemólogo fue uno de los principales investigadores de la comunicación, si bien aportó diferentes conceptos para los fundamentos de la terapia familiar, a través de la integración de conceptos antropológicos y cibernéticos al comportamiento humano, mismos que se consideran su mayor aportación, no debe de olvidarse la invitación que le realizó Jurgen Ruesh para participar en un estudio sobre comunicación humana, que finalmente se publicó como Comunicación: la matriz social de la psiquiatría en 1951 y provocó una nueva visión al comportamiento humano y en la psiquiatría (Lucerga, 2003).

Al parecer ésta obra es la precursora de lo que en 1967, publica Paul Watzlawick y Don D. Jackson como “Teoría de la comunicación humana”, en la cual se presentan ideas de la comunicación fundadas en la cibernética y la TGS, actualmente considerada lectura obligatoria en la Terapia Familiar Sistémica

En el libro “Comunicación: matriz social de la psiquiatría”, Bateson y Ruesch, se centraron en la comunicación como matriz donde encajan todas las actividades humanas, ideas que actualmente prevalecen en los procesos de la terapia familiar sistémica (Vargas, 2004).

En 1953, Bateson junto con su equipo conformado por Jay Haley, Don D. Jackson y Weakland, estudian profundamente la práctica en psicoterapia con familias con un miembro esquizofrénico, de donde surge el concepto de “doble vínculo”, si bien se considera una aportación del “titular” del grupo, Bateson; Don D. Jackson y Jay Haley son considerados por Sánchez y Gutiérrez (2000) como los precursores del modelo de la comunicación. Más que brindar un reconocimiento a uno o a otro por sus conceptos aportados de forma aislada, es importante reconocerlos por la interacción entre ellos en cuanto a sus conocimientos previos, nuevas ideas y comunicación, que originaron las bases del modelo de la comunicación.

Conceptos teóricos.

El concepto de “doble vínculo”, tiene como fundamento la hipótesis de que se trata de un patrón de comunicación que se establece entre personas “atrapadas” en un sistema permanente que produce definiciones conflictivas de la relación, alude a mensajes duales, que contienen un antagonismo paradójico (Hoffman, L 1987).

Por otro lado Paul Watzlawick, Don D. Jackson y Janet Beavin, al publicar el libro titulado Teoría de la comunicación humana, refieren a la comunicación como comportamientos o conductas que afectan a las personas en su interacción y plantean en forma de axiomas las ideas que Bateson tenía (Hoffman, L 1987), estos se formularon de la siguiente forma:

- 1) Es imposible no comunicar.
- 2) Existe una comunicación digital y analógica.
- 3) La comunicación es de contenido y relacional.
- 4) En la comunicación existen puntuaciones.
- 5) Las interacciones comunicacionales pueden ser simétricas o complementarias.

Los anteriores han sido indispensables para el análisis de las relaciones en la terapia familiar sistémica, la principal aportación del modelo comunicacional es no verlo como algo independiente de la interacción humana, ésta no puede existir sin la comunicación.

Los investigadores de la comunicación están de acuerdo en que se trata de un proceso social permanente que integra múltiples modos de comportamiento, considerándola como un todo integrado regido por un conjunto de códigos y reglas determinados por cada cultura (Cibanal, 2006).

2.1.3 Cibernética de primer y segundo orden

Desarrollo histórico.

El término cibernética tal como lo definimos hoy, de acuerdo con Vargas (2004), empieza su desarrollo en 1942, en Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica cuando se llevó a cabo la primera reunión de la Fundación Josiah Macy. En dicha reunión asistió Norbert Wiener, el mexicano Arturo Rosenblueth y Julian Bigelow, el trabajo que presentaron fue “Behavior, Purpose and Teleology”, éste trabajo más tarde fue considerado como el primer documento de lo que se concebiría como Cibernética.

Dicho trabajo interesó a los asistentes, entre ellos Gregory Bateson, John von Neuman, Warren Mc Culloch, Margaret Mead, Milton Erickson, entre otros.

El trabajo se refería a la importancia de los procesos de retroalimentación para entender la conducta intencional, es decir, cómo la conducta se ejecuta en función de una finalidad a la que

corrige y autorregula. La diferencia que implicaba era el cambio de las explicaciones causa-efecto a una causalidad circular.

Estas ideas se entienden por la herencia de Claude Bernard en 1932, cuando utilizó el concepto de medio interno para hacer referencia al organismo como sistema y plantear que no es posible considerar a una parte del organismo separada de las otras y que todas son interdependientes en una dinámica no descriptible en términos causales corrientes (Cibanal, 2006), aunado al concepto de homeostasis que planteó Walter Cannon, el predecesor directo de Wiener.

Al reanudarse el ciclo de conferencias “Los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales”, después de cuatro años de la primera (se suspendieron debido a la Segunda Guerra Mundial), asistieron otros científicos como Heinz von Foerster, quien actualmente es conocido como el relator de dichas sesiones.

A partir de dichas sesiones Wiener y Von Neuman integran la diferencia entre claves analógicas y digitales, que posteriormente es utilizado en la Teoría de la Comunicación, se comenzó a hablar de retroalimentación negativa y positiva, además de proponer la aplicación de las nociones cibernéticas como circularidad, información, retroalimentación, regulación y autorregulación.

Conceptos teóricos.

Es Gregory Bateson quien asume un papel fundamental para tomar los conceptos de la cibernética para explicar el comportamiento, principalmente ejemplificado la retroalimentación con la función de un termostato y comparándolo con la interacción familiar

Durante este periodo se consideraba que los procesos de regulación de la “desviación” permitían mantener la organización y que los procesos de ampliación de la “desviación” llevaban a la desorganización, el caos, la destrucción del sistema, así, el concepto de homeostasis como

proceso autorregulador era predominante, éste pensamiento también se le conoce como Primera Cibernética.

En 1963, Magoroh Maruyama (Hoffman, 1987) postuló que la supervivencia de cualquier sistema vivo, depende de dos procesos:

- a) Morfofostasis. En el cual el sistema debe mantener constancia ante los cambios ambientales, es decir, es conservadora y promueve el status quo, también denominada retroalimentación negativa.
- b) Morfogénesis. En el cual el sistema debe modificar su estructura básica, es radical y promueve la novedad, también la denominó retroalimentación positiva.

Se empieza a considerar que la desviación y los procesos que promueven el desorden y la desorganización no necesariamente son destructivos, es decir, las fluctuaciones o desviaciones, de ser mantenidas y no son corregidas por mecanismos reguladores, genera un salto cualitativo hacia una nueva organización.

Así, los mecanismos de retroalimentación positiva, favorecen el cambio y adquieren un nuevo estatus, ya que son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes, a ésta etapa del pensamiento cibernético se le denomina como Segunda Cibernética.

Desde el punto de vista epistemológico, la Cibernética se manifestó como sistemas observados u observantes, esta idea se genera en 1972, cuando Margaret Mead pronuncia un discurso titulado “Cibernética de la cibernética” que posteriormente se sugiere cambiar a “Cibernética de Segundo Orden” o “Cibernética de los sistemas observantes”, de la misma forma se denomina a la “Cibernética de Primer Orden” como “Cibernética de los sistemas Observados” (Cibanal, 2006).

Antes de estas concepciones, la epistemología tradicional consideraba que la realidad existe independientemente de quien la observa, es decir, consideraba que la objetividad en la ciencia es fundamental y por lo tanto las características del observador no deberían estar

incluidas en el resultado de sus observaciones; sin embargo, esto era contradictorio desde el punto de vista de la teoría de la relatividad de Einstein, ya que el acto de observar influye sobre el objeto observado. A lo anterior se conoce como Cibernética de los sistemas observados.

Por otro lado la Cibernética de los sistemas observantes, se considera al observador como parte de la realidad observada a través de la autorreflexión, autonomía, recursividad y neutralidad (Von Foerster, citado en Sánchez y Gutierrez, 2000).

La conceptualización epistemológica de la Cibernética con respecto a la diferenciación entre sistemas observados y observantes, tiene implicaciones en el territorio de la responsabilidad y ética en el ambiente psicoterapéutico, en particular el segundo, ya que permite al terapeuta “posicionarse” como parte del sistema y como tal, exige una constante reflexión sobre sí mismo en el momento de la interacción con el paciente o la familia, consciente de cualquier intervención implicará movimiento dentro del sistema terapéutico.

La posición del terapeuta y de las personas en general como sujetos cognoscentes que pertenecen a un sistema observante, es una de las posturas epistemológicas que se revelaron ante la obsoleta postura objetivista, ya que en la actualidad se reconoce la influencia que tiene la estructura de la persona en la concepción del mundo y la construcción de realidades sustentadas en las relaciones con los otros; sobre estas posturas se pronuncian el constructivismo y el construccionismo social.

Los términos constructivismo y construccionismo social, suelen confundirse; sin embargo la principal diferencia entre ellos radica en la manera en que cada uno llega a la construcción y la percibe. De acuerdo a Gergen (1994), el constructivismo se inserta en la tradición del individualismo occidental, mientras que el construccionismo social se aleja de la idea de la mente constructora individual y cuestiona la noción del individuo autónomo.

2.1.4 Constructivismo

Desarrollo histórico

A pesar de que el constructivismo se le ha considerado como parte de la postmodernidad, no es algo nuevo, la filosofía oriental lo anticipó con las enseñanzas de Lao Tse (s.VI a.C.) y Buda (560-477 a.C.), el primero resume la tradición de una antigua sabiduría que reconoce la fluidez de la vida y la unión esencial de los elementos aparentemente opuestos (yin y yang), por su parte, el budismo reconoce la naturaleza cambiante (temporal) de la vida, especialmente de la vida interior, Siddhartha comprendió que cumplimos un papel importante en la construcción de nuestros mundos gracias al significado de nuestros pensamientos y de todas las formas de imaginación (Mahoney, 2005).

El constructivismo recibe su nombre por su énfasis en los actos de construcción. El verbo construir significa organizar u ordenar.

En la cultura occidental, los aspectos esenciales del constructivismo fueron enunciados por el filósofo presocrático Heráclito (540-475 a.C.), quien sostenía que todo cuanto existe debe fluir, siglos después se le llamaría filosofía del proceso. Los autores más citados como los precursores del constructivismo son Vico, Kant y Vaihinger, recientemente también lo es Schopenhauer. Constructivistas del siglo XX son: Alfred Adler, Albert Bandura, Gregory Bateson, Jerome Bruner, James Bugental, Mary Whiton Caulkins, Viktor Frankl, Kenneth Gergen, Vittorio Guidano, Hermann Hakes, Sandra Harding, Friedrich Hayek, William James, Evelinn Fox Keller, George Kelly, Karin Knor-Cetina, Humberto Maturana, Jean Piaget, Joseph Rychlak, Esther Thelen, Francisco Varela y Paul Watzlawick., quienes han escrito con diversidad de intereses pero con temas comunes al constructivismo (Mahoney, 2005).

El constructivismo es una posición epistemológica que aun teniendo unas sólidas raíces en la historia de la filosofía de la ciencia y el pensamiento en general, no se ha puesto de manifiesto en las teorías psicológicas hasta la década de los 80, a excepción de F.B. Barlett, George A,

Kelly y Jean Piaget, que pueden considerarse sus precursores psicológicos (Feixas y Villegas 2000).

Conceptos teóricos

Frente a la epistemología coexisten, dos posturas fundamentales: el objetivismo y construccionismo, la primera plantea que la realidad se presenta en la mente de las personas de forma directa, ya que reciben los estímulos del entorno pasivamente, es decir, propone que la realidad por sí misma se manifiesta a través de los sentidos. Por otro lado, el constructivismo propone que es el sujeto (observador) quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior y que la realidad puede ser interpretada en distintas formas.

Cuando la visión del mundo objetivista se desploma, el constructivismo surge ante la postura de que las personas no tenemos acceso directo a la realidad externa, singular, estable y totalmente cognoscible, es decir, toda la comprensión de nuestra realidad está inmersa en el contexto se forja interpersonalmente y es necesariamente limitada (Neimeyer, 1996).

Así, la idea de adquirir un conocimiento “verdadero” acerca de la realidad se desvanece, los sentidos sólo nos hacen sensibles a la experiencia, en la construcción de la cual nuestro sistema participa activamente (Feixas y Villegas, 2000).

Basado en lo anterior, el constructivismo psicológico señala que la realidad es percibida a través de transformaciones cognitivas que son determinadas por la estructura psicológica de la persona. Con la propuesta constructivista, la certeza o seguridad psicológica del conocimiento deja de ser un problema, ahora se dirige a la incertidumbre del estudio del conocimiento.

El constructivismo propone considerar a la validez relativa a un sistema dado de conocimiento, es decir, postula la consistencia entre el conocimiento a considerar y la experiencia tal como es construida por el resto del sistema cognoscitivo existente (Neimeyer y Mahoney, 1998).

Maturana (1997) señala que para saber si algo existe, es necesario preguntarnos qué operaciones de distinción son necesarias para observarlo (a) y al conocer bajo qué condiciones ciertamente o no existe tal o cual objeto o fenómeno. En la ciencia, estas operaciones de distinción deben satisfacer a una comunidad de científicos para aceptar un conocimiento como científico. Al trazar una distinción formamos un constructo, que no es más que la captación de una diferencia. (Keeney, 1987).

Bateson y Kelly (en Feixas y Villegas, 2000), están de acuerdo en que la diferencia o la distinción que se realiza a través de un constructo, no es algo que existe en las cosas del mundo sino algo que construimos o puntuamos, algo de lo que nosotros (y no la realidad exterior) somos responsables.

Los teóricos constructivistas coinciden en varias aseveraciones; sin embargo, la diferencia entre unas y otras posturas del gremio radica al cuestionarse si la realidad percibida es real en sí misma, por lo que los teóricos se distinguen de acuerdo al grado de “radicalidad” en que se sitúan con respecto a dicho cuestionamiento, que al final, la existencia de una realidad en sí misma o no es dominio de la ontología.

Dos representantes sobresalientes de diferentes posturas dentro del constructivismo son Humberto Maturana y la postura de George Kelly. El primero señala que no existe una realidad independiente del observador, “nada más allá del lenguaje”, mientras que Kelly dice que el universo existe realmente, pero también los pensamientos de las personas existe realmente, aunque la correspondencia entre lo que la gente piensa que existe y lo que existe realmente cambia constantemente. De acuerdo a Mahoney (2005), los cinco temas básicos del constructivismo son:

1. Actividad. La experiencia humana supone una actividad continua.
2. Orden. La mayor parte de la actividad humana está dedicada a los procesos de ordenamiento, principalmente emocionales, tácitos y categoriales.

3. Identidad. La organización de la actividad personal es autorreferente o recursiva, piedra angular de la experiencia y estimula un sentido fenomenológico del sí mismo o identidad personal.
4. Relación sociosimbólica. La capacidad de auto-organización y creación de significados está fuertemente influida por los procesos sociosimbólicos.
5. Desarrollo vital. Cada vida humana refleja los principios de la dialéctica dinámica del desarrollo.

El mismo autor señala que el constructivismo es una visión de los seres humanos como individuos creadores de significados, que se mantienen entre redes relacionales mientras se mueven a través de la vida que demanda nuevas direcciones y nuevas relaciones. Por ello maneja que muchos de los pacientes son constructivistas porque construyen significados y viven inmersos en una red invisible de significados que han ido tejiendo hasta este momento.

Así, entendemos que este enfoque enfatiza el significado personal, el papel activo de la persona como cocreador de significados y los esfuerzos por entender los procesos de formación de significado se enfocan en evidenciar la representación simbólica, principalmente en el lenguaje, dónde se crean los significados.

De esta manera el constructivismo ha ofrecido una propuesta importante en los esfuerzos terapéuticos para ayudar profesionalmente a otros seres humanos a vivir y a desarrollarse.

En psicoterapia, el terapeuta y pacientes se esfuerzan por establecer nuevas posibilidades de experiencia, Mahoney (2005) enfatiza la parte personal de lo que significa ser psicoterapeuta y al final de su libro plantea que mucho de lo que aprendemos como personas y terapeutas tiene que ver con el núcleo de nuestras relaciones.

Desde este enfoque, el criterio principal de la psicoterapia no se centra en la veracidad de la interpretación ofrecida sino en a) su relevancia para explicar lo que la persona considera como esencial; b) su concordancia con su propia visión y c) su potencial para la generación de alternativas de futuro más viable.

2.1.5 Construccinismo social

Desarrollo histrico

El construccionismo social se remonta al trabajo de los sociólogos P.L. Berger y T. Luckmann (1968), quienes sugieren una relación entre perspectivas individuales y procesos sociales, la naturaleza social del conocimiento, y por lo tanto una multiplicidad de interpretaciones posibles. Más recientemente el construccionismo social se asocia con Jerome Bruner, Nelson Goodman, Rom Harré, John Shotter, Donald Polkinghorne, Theodore Sarbin, Clifford Geertz y Charles Taylor, quienes ofrecen su propia interpretación. Sus representantes actuales tienen a su mayor exponente en la obra de Kenneth Gergen (Anderson, 1999, Feixas y Villegas, 2000).

Conceptos teóricos

Gergen (1992) considera el discurso sobre el mundo no como un reflejo del mundo sino un artefacto de intercambio común. Para este autor el conocimiento no es algo que la persona posea en su cabeza sino algo conjuntamente con los otros, bajo los supuestos:

1. Lo que consideramos que es la experiencia del mundo no nos dice por sí misma los términos por los cuales será entendido el mundo.
2. Los términos en los cuales se entiende el mundo son constructos sociales, producto de intercambios entre personas, e históricamente localizados.

Desde la posición construccionista el proceso de comprensión no es automáticamente producido por las fuerzas de la naturaleza, sino que es el resultado de una tarea cooperativa y activa entre personas en interrelación.

Estas afirmaciones sugieren que la búsqueda se dirija a las bases culturales e históricas de las diversas formas de construcción del mundo. Los cambios (históricos) en la concepción (del mundo y de las cosas) no parecen reflejar alteraciones en los objetos o entidades a las que se refiere sino que parecen estar encajados en factores históricamente contingentes. Los estudios etnográficos parecen apoyar en esta conclusión.

3. El grado en el cual una forma de comprensión prevalece o es sostenida a través del tiempo no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión sino de las variaciones de los procesos sociales (p.e., comunicación, negociación, conflicto, retórica).
4. Las formas de comprensión negociadas tienen una significación crítica en la vida social, al estar conectadas íntegramente con muchas otras actividades en las cuales las personas estén implicadas.

La construcción social concierne a las diferencias, de acuerdo a Shotter (En Anderson, 1999) los construccionistas son teóricos interesados en cómo es ser una persona que vive en una red de relaciones con otros, que se sitúa en relación con estos de distintas maneras en distintos momentos. Este “posicionar” o “situar” es lo que se tiene para hablar en relación con las actividades de un grupo social –a veces “dentro” de él, a veces “fuera”, dicho autor estuvo influido por las ideas de Ludwig Wittgenstein, Michael Billing, Mijael Bajtin, L.S. Vigostsky y V.N. Volosinov.

El término de Shotter sobre Acción conjunta, y el de Suplementación de Gergen son similares pues ambas se refieren a que las acciones de seres humanos involucrados en un grupo social se vinculan de alguna manera en diálogo o respuestas sensibles tanto a acciones previas, ya realizadas, como a posibles acciones anticipadas. El concepto de Suplementación describe el modo en que la coordinación de nuestras vocalizaciones y acciones genera significado. Así, los significados no son fijos ni permanentes sino son continuamente influidos, contruidos y reconstruidos en el curso del tiempo (Anderson, 1999).

En palabras de Bertrando (2004), los significados y la identidad nacen en un contexto relacional, el construccionismo se diferencia del constructivismo por su menor énfasis en la mente y por la importancia atribuida a la interacción, es decir, pone en primer plano la idea de relación, vista como sistemas de lenguaje y significado.

De acuerdo a lo anterior, la terapia familiar sistémica y construccionista debe de generar múltiples y diferentes conversaciones, capaces de llevar a la revisión de las narraciones sobre las que se apoya la identidad de los clientes. La terapia construccionista busca sustituir algunas ideas consolidadas en el discurso social.

Por su parte, McNamee y Gergen (1996) proponen el construccionismo en terapia como una forma de indagación, busca explicar los procesos por los cuales la persona describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive, incluyendo su propia participación. El conocimiento en general, incluyendo el conocimiento o la narrativa sobre uno mismo, es una construcción comunal, un producto del intercambio social. Para estos autores la relación es el locus del conocimiento y el énfasis está puesto más en la base contextual del significado, y su continua negociación en el tiempo, que en la localización de los orígenes del significado.

De esta manera, el construccionismo social propone una posición real de ignorancia por parte del terapeuta, para el desarrollo de un nuevo significado, así, a través de preguntas conversacionales el paciente cuestionará la comprensión del terapeuta (Anderson y Goolishian, en McNamee y Gergen 1996).

La posición narrativa en terapia, basada en los “significados” como creación y experiencia de los individuos que conversan obran bajo los siguientes supuestos:

1. Los seres humanos como generadores de lenguaje y significado.
2. El significado y la comprensión se construyen socialmente.
3. En terapia, el sistema se consolida dialógicamente alrededor de cierto “problema”.
4. La terapia es un hecho lingüístico que se da dentro de una “conversación terapéutica”.
5. El terapeuta es un participante observador y facilitador de la conversación terapéutica.

6. El terapeuta formula preguntas desde una posición de “ignorancia”.
7. Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
8. El cambio es la creación dialogal de la nueva narración.

Es así que se entiende el proceso terapéutico como construcción social del cambio, es decir, el terapeuta no puede conocer los significados que el paciente atribuye a sus actos, pero formulando hipótesis construye el contexto terapéutico en el que sea posible un cambio dentro del conjunto de alternativas dentro de las que se elige.

La postura de “ignorancia” en el sentido que lo plantea el construccionismo social brinda un figura de respeto hacia el otro, es decir, existen incluso terapeutas que juzgan a la personas por la forma de conducirse; sin embargo, ésta epistemología enfatiza la “ignorancia” del terapeuta como la forma de no introducir prejuicios que limiten el crecimiento del paciente.

Como forma de plantear otras realidades, obliga favorablemente al terapeuta a escuchar activamente al paciente para que a partir de su discurso se generen nuevas alternativas de cambio, alejándonos del paradigma médico dónde el profesional es quien dirige la realidad del paciente y que en la actualidad ya no es posible concebir.

Hasta hace algunos años, las terapias denominadas postmodernas o narrativas, que se basan fundamentalmente en la epistemología del construccionismo social, han comenzado a sustituir el modelo sistémico en la terapia familiar por el enfoque narrativo, mientras que la cibernética y sus contribuciones a la terapia tienden a ser consideradas como perspectivas superadas, sin embargo, considero que estas tendencias olvidan la necesidad de tener presente la conceptualización es del pensamiento sistémico en la intervención con familias, como posturas epistemológicas que miran una totalidad y como menciona Bertrando (2000), ambas posturas (narrativa y metáfora sistémica) se abordan en distintos niveles en la terapia y tienen diferentes implicaciones en el proceso terapéutico, por lo que continúan y continuarán vigentes.

La tendencia que señala el autor, me recuerda la postura que maneja Morín (1996), ya que cuestiona la simplicidad en que la Ciencia ha llegado a pesar de que su objetivo es generar conocimiento, a consecuencia de las operaciones lógicas en que se basa, pues finalmente su método científico se trata de un “recorte” de la realidad y por tanto el objeto se extrae de su contexto para ser estudiado. Aun así, el autor plantea que esta posición de la Ciencia es parte complementaria de la complejidad y que si bien es criticable, tampoco se puede negar o clausurar. Considero que pasa algo similar con las posturas postmodernas con respecto a la teoría general de sistemas y la cibernética, todas las partes son complementarias.

Todas las ideas de la epistemología aprendidas e incorporadas durante la formación como terapeutas familiares sistémicos y construccionista ofertan hacia las personas una mirada despatologizante, respetuosa, dialogante, reflexiva, humana, de entendimiento sobre las relaciones y el contexto, de observación, de curiosidad, de transformación recursiva y corresponsabilidad, todas ellas son útiles y necesarias en nuestros contextos individuales, familiares, grupales y sociales en la actualidad, ya que los retos de la humanidad como se mencionó en el primer capítulo, cada vez se vuelven más complejos, sin embargo, a pesar de las décadas de aceptación de dichas ideas aún no se encuentra difundidas entre los profesionistas de la salud y mucho menos en la población, por lo que considero de relevancia la corresponsabilidad de validar su utilidad en la salud mental.

Todas las problemáticas de la sociedad mexicana y en general, emergen como procesos en un corto periodo de tiempo y la aplicabilidad de la epistemología sistémica y construccionista en los procesos de terapia familiar son más largos, por lo que sería muy útil su aplicabilidad en contextos comunitarios, educativos y en sistemas mayores.

Por su origen, estudio y desarrollo, la aplicación de los fundamentos epistemológicos sistémicos y posmodernos son utilizados en la Terapia Familiar, ya que las bases epistemológicas antes descritas sustentan diferentes modelos de intervención con conceptualizaciones y metodologías propias, estos modelos se generaron a través de procesos de investigación en la práctica clínica por grupos interesados en los procesos familiares, principalmente en Estados Unidos de Norteamérica y Europa, estos modelos han sido denominados Modelo Estructural,

Modelo Estratégico, Modelo de Terapia Breve enfocado a los Problemas, Modelo de Terapia Breve centrado en las Soluciones, Modelo de Milán, Modelo Narrativo y el Modelo Colaborativo. A continuación desarrollo las características de los modelos mencionados a excepción del estratégico, ya que fue el menos utilizado en los procesos terapéuticos que presento en este reporte.

2.2 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

2.2.1 Modelo Estructural

Antecedentes

Salvador Minuchin es el creador y desarrollador del modelo de la terapia familiar estructural y principal representante, nació en Argentina en 1921 y creció en una familia de emigrantes judíos-rusos. Minuchin se graduó como médico en 1946 de la Universidad de Córdoba en su país natal y en 1950 se traslada a Estados Unidos de Norteamérica, donde concluyó su especialidad en psiquiatría (Desatnik, 2004).

En 1960, comenzó su formación como terapeuta familiar en el Family Institute bajo la supervisión de Nathan Ackerman, posteriormente trabaja en el Wiltwyck School como terapeuta dedicado a la Investigación. En esta correccional para niños conoce a Braulio Montalvo y juntos elaboran un nuevo concepto terapéutico que surgió debido a que los jóvenes atendidos en la Institución, una vez rehabilitados, reincidían debido a problemas familiares (Barrios, 2008, Sánchez y Gutiérrez, 2000)

Minuchin fue académico de la cátedra de pediatría y psiquiatría infantil en la Universidad de Pennsylvania y psiquiatra jefe de la clínica infantil y director de la Child Guidance Clinic en Filadelfia durante 10 años a partir de 1965, en este último periodo surgieron las ideas que darían forma al modelo estructural. Inicialmente trabajó con Jay Haley y Braulio Montalvo, a quien

reconoce como maestro por la influencia que tuvo sobre él, también colaboraron Jorge Colapinto, Harry Aponte y Bernice Rosman (Minuchin, 2008).

En 1969, junto con Haley, Montalvo y Rosman desarrolló un programa de capacitación y entrenamiento para terapeutas familiares, el que ya entonces incluía las sesiones supervisadas y las grabaciones en video de las sesiones de terapia. En 1988 fundó en Nueva York el Family Studies Inc., un instituto dedicado a la formación de terapeutas familiares, en el cual trabajó hasta el 2008 (Desatnik, 2004).

En 1970 trabaja en el Hospital Infantil de Filadelfia y comienza a trabajar con problemas médicos, a través de sus estudios encontró una correlación entre características familiares como el exceso de protección y dificultades para resolver conflictos y vulnerabilidad en el paciente diabético. Resultados que también observó en niños con asma psicósomática y con anorexia nerviosa, con ello concluyó que las familias con niños psicósomáticos tienen una organización demasiado rígida, así, su estrategia terapéutica se enfocó a la desestructuración de los modelos rígidos de la familia, para después estructurarlos sobre parámetros más funcionales. Su éxito en este ámbito captó la atención de los terapeutas hacia el modelo estructural (Bertrando y Toffanety 2004). En 1974, Salvador Minuchin publica *Familias y Terapia familiar*, libro clásico en el que se representa el modelo estructural.

Ideas rectoras

El marco conceptual del modelo estructural se basa principalmente en la teoría de sistemas que fundamenta en general a los diversos modelos de terapia familiar y poco en la teoría de la cibernética (Hoffman, 1987).

Minuchin plantea la importancia terapéutica de **no concentrar el “problema” en el paciente**, mismo que la familia y él reconocen como tal, el terapeuta familiar estructural interviene de forma que duda y hace dudar al paciente de que el “problema” se concentre en él.

Salvador Minuchin define a la terapia estructural de la familia como un **cuerpo de teoría**

y técnicas que estudian al individuo en su contexto social, basado en dicho marco de referencia, intenta modificar la organización de la familia, bajo el supuesto de que al transformar la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo y como resultado, se modifican las experiencias de cada individuo.

La teoría de la terapia de familias, se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales, lo que experimenta como real depende de elementos internos y externos, así, su experiencia es determinada por su interacción con el medio (Minuchin, 2008; Bateson, 1998).

La familia es el grupo social natural del individuo, por lo que constituye un factor sumamente significativo en el desarrollo de la mente humana, ya que la información, actitudes y formas de percibir son asimiladas y almacenadas, convirtiéndose en una parte de la forma de acercamiento de la persona al contexto habitual con el que interactúa. Por lo anterior, la familia determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior; su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de los miembros de la familia.

Minuchin puede ubicar a la patología en el interior del paciente, en su contexto social o en la retroalimentación de ambos, el modelo estructural, desde este punto de vista se basa en tres axiomas:

- 1) La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno, el individuo influye sobre su contexto y es influido por éste.
- 2) Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
- 3) Cuando un terapeuta trabaja con un paciente o con una familia, su conducta se incluye en ese contexto.

El modelo encara el proceso de retroalimentación entre las circunstancias y las personas implicadas, es decir, una mutación en la posición de una persona en relación con sus

circunstancias constituye una modificación de su experiencia. Así, el terapeuta estructural se asocia con la familia con el objetivo de cambiar la organización de la familia de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique, misma que permite un continuo refuerzo de la nueva experiencia, lo que proporciona una validación del nuevo sentido de sí. No se ignora al individuo, el presente de la persona es su pasado mas sus circunstancias actuales, por lo que una parte de su pasado sobrevivirá siempre, contenido y modificado por las interacciones actuales.

Objetivo

Considerando que es una terapia de acción, el objetivo de la terapia estructural consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado, el terapeuta se asocia al presente de la familia y utiliza su persona para transformarlo.

El terapeuta confiará en algunas propiedades del sistema para el cambio:

1. Una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio.
2. El sistema de la familia está organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros. Por lo tanto, el terapeuta se une a la familia para reparar o modificar su funcionamiento para que ésta pueda desarrollar estas tareas con mayor eficacia.
3. La familia tiene propiedades de auto perpetuación.

Modelo familiar

Para el individuo inherentemente inmerso en un contexto social en constante cambio, la familia sirve a dos funciones principales:

- 1) Interno. Protección psicosocial a sus miembros.
- 2) Externo. La acomodación a una cultura y la transmisión de la misma

La familia imprime en el individuo su sentido de pertenencia y como consecuencia, de identidad; sin embargo, si bien es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también

debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Aunque recordemos que los conceptos de las funciones familiares también cambian a medida que se modifica la sociedad.

Minuchin enfatiza la responsabilidad del terapeuta de no conceptualizar a una familia “funcional o disfuncional” de acuerdo a los problemas que existen entre sus miembros, si no siempre con una visión más amplia que abarque sus contextos sociales específicos.

De esta forma, el autor habla de tres aspectos que siempre deben tomarse en cuenta:

- 1) La estructura de una familia es la de un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación.
- 2) La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de un cierto número de etapas que exigen una reestructuración.
- 3) La familia se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

De acuerdo a este modelo, la estructura familiar debe definirse con precisión para que los miembros desarrollen sus funciones y al mismo tiempo permita el contacto con otros sistemas, para que eso ocurra es necesario reconocer los tipos de límites existentes en la familia y que desde luego lo ideal es que los mismos sean claros.

A partir de las ideas que fundamentan el modelo estructural de Minuchin, se desprenden conceptos teóricos específicos para el manejo de las técnicas de evaluación e intervención en la terapia estructural.

Conceptos teóricos

Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de forma que pueda seguir funcionando, para ello, cada familia tiene preferencia por pautas suficientes para responder a requerimientos habituales; sin embargo, su fortaleza dependerá de su

capacidad para activar pautas alternativas cuando las condiciones externas o internas exigen una reestructuración.

Cuando una familia responde al estrés con rigidez se manifiestan pautas disfuncionales (Minuchin, 2008, Desatnik, 2004). Para la evaluación familiar e intervención en estas pautas disfuncionales, el terapeuta requiere el conocimiento del lenguaje estructural:

Estructura familiar. Conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia.

Familia. Sistema que opera a través de pautas transaccionales.

Pauta transicional. Operación repetida en términos de interacción en relación a quien es quien con respecto al otro en un contexto y momento.

Dichas pautas son trascendentes en el sentido que regulan las pautas de comportamiento de las personas. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, de acuerdo a Umbarger (1983) y Minuchin & Fishman (1981):

Subsistema conyugal. Se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una familia, para llevar a cabo sus funciones específicas en el mantenimiento del sistema, se requiere que posean las cualidades de complementariedad y acomodación mutua. Este subsistema puede convertirse en un refugio ante el estrés extremo y en la matriz para el contacto con otros sistemas sociales. Tanto un miembro como el otro se necesitan como refugio, por lo que el terapeuta protegerá los límites que rodean a este subsistema.

Subsistema parental. Al nacer el primer hijo, el sistema conyugal debe diferenciarse para desempeñar las tareas de socializar un hijo sin renunciar al mutuo apoyo. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales.

Subsistema fraterno. Primer laboratorio social en el que los niños experimentan relaciones con sus iguales. Pueden asumir posiciones diferentes en sus relaciones mutuas y estas posiciones pueden ser significativas en el desarrollo posterior de sus vidas.

El terapeuta opera como un delineador en los diferentes subsistemas para diferenciar los distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas, a través de:

Límites. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera con la función de proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros; sin embargo, también existen límites desligados-inadecuadamente rígidos y aglutinados -difusos (Minuchin, 2008).

Jerarquía. Se refiere al miembro con mayor poder en la familia, haciendo referencia al nivel de autoridad, misma que es reconocida por los otros miembros de la familia (Umbarger, 1983).

Alianza. Se refiere a la unión de dos o más personas para obtener un beneficio sin dañar a otro. Consiste en la cercanía entre dos o más miembros de la familia, esta proximidad se manifiesta a través del afecto que se muestran, cuanto platican y el grado en que comparten actividades. Las alianzas pueden separar a los miembros del resto de los miembros de la familia, por ello es importante que el terapeuta localice las alianzas y el nivel de rigidez (Haley, 1983).

Coalición. Se refiere a una alianza que se sitúa en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero, dicha oposición puede expresarse por medio del conflicto, de la exclusión u otras formas (Desatnik, 2004).

Otros conceptos importantes en el modelo estructural son:

Centralidad. Hace referencia al miembro que mantiene mayor comunicación o alianzas con el resto de los miembros.

Triángulos. Conformado el conflicto entre dos miembros que incluye a un tercero con la finalidad de equilibrar dicha relación, ya que encubre o desvía el conflicto.

Diagnóstico estructural. Implica plantear hipótesis que intenten explicar la relación entre las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros (Minuchin, 1974).

Proceso terapéutico estructural. Implica que el terapeuta se asocie con la familia y atienda a los modos en que los miembros de la familia experimentan la realidad, la forma en que se relacionan entre sí y con él, guiando la entrevista de manera que las conductas peculiares de sus miembros se comprendan como respuestas sensibles a tensiones existentes en la familia, es decir, observa la conducta en contexto (Desatnik, 2004).

En el enfoque estructural, la realidad de la estructura familiar corresponde a un orden diferente que la realidad de los miembros individuales; en el proceso terapéutico, en primer lugar es necesario establecer un mapa familiar e investigar la experiencia de la realidad familiar, generalmente asociada con el síntoma, para así utilizar adecuadamente las técnicas de la terapia estructural.

Técnicas de terapia familiar

Las técnicas llevan a reorganizar a la familia mediante el cuestionamiento de su organización, para ello el terapeuta puede hacerse copartícipe de la familia desde diferentes posiciones de proximidad: cercanía, en la cual el terapeuta puede entrar en convivencia con miembros de la familia, intermedia, en esta posición el terapeuta coparticipa como un oyente activo y neutral o desde una posición distante, en la que se apoya en su condición de especialista para crear contextos que procuran a los miembros de la familia el sentimiento de ser competentes o la esperanza de cambio.

La técnica es la vía para alcanzar el cambio, pero lo que imparte un rumbo es la conceptualización que hace el terapeuta sobre la dinámica de la familia y el proceso de cambio.

Existen tres estrategias principales de terapia estructural de la familia, cada una dispone de un grupo de técnicas (Minuchin y Fishman, 1981):

Cuestionamiento del síntoma (Reencuadramiento). El terapeuta cuestiona la definición que la familia da del problema, dicho cuestionamiento puede ser directo o indirecto, explícito o implícito, “derecho” o paradójicamente. El objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, moviendo a sus miembros a que busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas que se utilizan son:

1. Escenificación. El terapeuta provoca que la familia ponga en escena interacciones familiares, observando las interacciones espontáneas de la familia, organizando secuencias escénicas y/o proponiendo modalidades diferentes de interacción.

2. Enfoque. El terapeuta selecciona y pone de relieve un aspecto de la interacción familiar y los organiza de manera que vaya de acuerdo con las estrategias y objetivos terapéuticos, ya que la familia usualmente se presenta a sesión con demasiada información por lo que se hace necesaria la selección.

3. Intensidad. Debido a que el mensaje del terapeuta puede ser percibido por la familia sin la intensidad necesaria para ejecutar un cambio, el terapeuta interviene de manera que la familia registre el mensaje, para ello puede repetir el mensaje, repetir interacciones similares al mensaje, modificar el tiempo, cambiar la distancia física y resistir a la presión familiar.

Cuestionamiento de la estructura familiar (Reestructuración). La concepción del mundo de los miembros de la familia depende en gran medida de las posiciones que ellos ocupan dentro de diferentes holones familiares. Los sectores disfuncionales dentro de la familia a menudo obedecen a una alianza excesiva o escasa, la terapia también verifica la proximidad y la distancia. Las técnicas para esta estrategia son:

4. Fijación de fronteras. Apunta a crear distancia psicológica entre los miembros de la familiar y a la duración de la interacción dentro de un Holón significativo, para ello se utiliza constructos cognitivos, modificación de la duración de la interacción, ordenamiento del espacio físico y empleo de tareas paradójicas.

5. Desequilibramiento. El objetivo es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema, por lo que se alía con un miembro de la familia situado en un lugar inferior de la jerarquía y le confiere poder. Para lograrlo el terapeuta se alía con miembros de la familia, lo hace de forma alternante o ignora a los miembros, también puede participar en coalición contra uno de los miembros. Esta técnica tiene dos problemas importantes a considerar, por un lado el carácter ético del terapeuta, ya que produce una enorme tensión a la familia y por otro la exigencia que impone al terapeuta llevarla a cabo, pues requieren proximidad, participación y un compromiso temporal con un subsistema familiar a expensas de los demás.

6) Complementariedad. Como el sí-mismo se considerará como un todo y al mismo tiempo como parte de un todo, la meta de esta técnica es ayudar a los miembros de ésta a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. El terapeuta cuestionará la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos: cuestionamiento del problema, del control lineal y el modo de recordar los sucesos.

Cuestionamiento de la realidad familiar (Construcción de la realidad). Los pacientes acuden a terapia porque la realidad que han construido es inviable. La terapia de familia parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal como es vivida y contienen esta modalidad de experiencia y por ello es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. La libertad del terapeuta como constructor de realidades está limitado por su propia biografía, por la realidad finita de la estructura familiar y por la peculiar modalidad con que la familia ha elaborado su estructura, teniendo presente lo anterior, las técnicas utilizadas para ello son:

7) Constructos cognitivos. El objetivo es siempre convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma, y a una visión de la realidad más flexible y pluralista, que admita una diversidad dentro de un universo simbólico más complejo. El terapeuta utiliza:

- Uso de símbolos universales. El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia. Cuando obra de este modo pareciera que se refiere a la realidad objetiva.
- Verdades familiares. El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.
- Consejo especializado. El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría. El terapeuta puede desplazar también las posiciones de explicación, por ejemplo aprovechando su preeminencia como líder del sistema para incluir la perspectiva de un miembro de la familia o del sistema para incluir la perspectiva familiar.

8) Intervenciones paradójicas. Ante la demanda de las familias de cambiar sin realmente hacerlo, se recurre a la prescripción del síntoma. Para prescribir este ciclo, es prerequisite un conocimiento preciso de la relación entre el síntoma y el modo en que se activan entre sí.

9). Lados fuertes de la familia. Cada familia posee en su propia cultura elementos que si se los comprende y se utilizan, se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros, por lo que el terapeuta resalta los recursos y logros de la familia.

Minuchin enfatiza que la eficacia de una técnica determinada no se puede evaluar sin comprender la meta del terapeuta y que si bien son de enorme utilidad por la sistematización en que son presentadas, son técnicas y más allá de ellas, está el conocimiento de la conexión que une las cosas entre sí, es decir, se exige un conocimiento consciente con raíz en la experiencia intelectual y afectiva (Minuchin y Fishman, 1981).

El modelo estructural de Salvador Minuchin representa un modelo sistemático de evaluación e intervención con fundamentos teóricos fuertemente consolidados y de utilidad práctica. De acuerdo al modelo, puede ser utilizado en diversas problemáticas familiares, el autor desarrolló su técnica principalmente a partir de casos de familias con miembros psicósomáticos y

con emigrantes en Estados Unidos de Norteamérica de bajos recursos económicos, esto ha contribuido en el manejo efectivo del modelo en nuestro país, aunado al entendimiento del autor en el sistema de creencias de la cultura latinoamericana.

Las principales críticas al Modelo Estructural se basan principalmente en las ideas posmodernas en las cuales el Terapeuta que interviene bajo las premisas de este modelo actúa sobre la conceptualización de posiciones e interacciones que los integrantes de la familia “deben” de tener dentro del sistema familiar, lo que implica ideas preconcebidas y rígidas de lo que debe o no ser en las familias (modelo normativo) o que no abarca a familias en otras culturas o clases sociales, conceptualizaciones que han sido reflexionadas por el construccionismo social con respecto a tratarse de ideas que en ocasiones pueden atrapar y contribuir al malestar del sistema familiar; sin embargo, ante estas críticas el creador del Modelo ha respondido que en su abordaje actual incluye dichas concepciones posmodernas y siempre ha contemplado el sistema de creencias de la familia y mirándola en relación a un contexto. Además, el Modelo tal y como fue descrito permite observar su amplia flexibilidad para incluir las diversas organizaciones familiares y respeta las dinámicas basadas en costumbres hasta el punto que funcionan para el bienestar de los integrantes de cada familia.

Otras críticas acentúan las pocas modificaciones que ha tenido el Modelo desde su creación, pero las mismas quedan sin un sólido fundamento debido a que el trabajo tiene un método claro, una teoría que lo sustenta y pruebas de que el método funciona con problemas graves en la infancia como por ejemplo con familias de niños con síntomas psicósomáticos.

Finalmente, el Modelo Estructural como lo ha mencionado Hoffman (1987) aparentemente es sencillo de aprender y enseñar por su metodología bien sustentada, sin embargo no lo es debido a que Salvador Minuchin o sus colaboradores brillantes trabajan con comportamientos analógicos por lo que las habilidades racionales no son tan útiles en las intervenciones estructurales y se requiere de un arduo entrenamiento con supervisión en vivo para lograr identificar pautas casi invisibles en las familias.

2.2.2 Modelo de Terapia Breve centrado en el Problema

El Modelo de Terapia Breve tiene sus inicios en los trabajos realizados en el Mental Research Institute en Palo Alto, California. La llamada “Escuela de Palo Alto” representa el lugar donde se generaron y compartieron muchas de las ideas epistemológicas y aplicadas en la clínica que caracterizaron el movimiento de la Terapia Familiar a principios de los años 50’s; incluso muchos de los personajes que laboraron y salieron del Mental Research Institute crearon sus propias perspectivas teóricas, como Virginia Satir y Jay Haley.

Antecedentes

Previo a la fundación del MRI por Don D. Jackson en 1959, ya se habían presentado una serie de acontecimientos que premeditaron su creación.

Cómo se describió en apartados anteriores, el 11 de mayo de 1942 tuvo lugar la primera de una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Josiah Macy, por medio de la reunión e intercambio de ideas de los grandes personajes reunidos allí, se crearon una serie de premisas con un nuevo marco referencial, las cuales desembocaron en el establecimiento de una ciencia del control: la cibernética (Wittezaele y García, 1994).

Gregory Bateson, había descrito el concepto de cismogénesis, que se convirtió en una primera lectura interaccional de las relaciones humanas (Hoffman, 1987) y al retomar las herramientas teóricas de la cibernética, se interesó en pensar la manera en que la cultura se perpetúa a sí misma por medio de los niveles de aprendizaje; sin embargo, el psiquiatra suizo Jurgen Ruesh lo invitó a participar en un estudio sobre la comunicación humana y se instaló en una clínica psiquiátrica con la finalidad de identificar el intercambio de mensajes en el transcurso de una psicoterapia eficiente, al mismo tiempo trabajó en el Hospital de la Administración de Veteranos de Palo Alto desde 1949 y en 1952 inició lo que más tarde se denominó “El Proyecto Bateson” (Lipset, en Vargas 2004).

Inicialmente el proyecto de Bateson consistía en la investigación de los procesos de clasificación de mensajes y la forma en que dan lugar a paradojas, sus colaboradores fueron John Weakland, Jay Haley y William Fry, los primeros observaron el discurso esquizofrénico y el trabajo de Milton Erickson. En 1953 examinaron de manera más profunda la práctica en psicoterapia por el interés en la comunicación entre los pacientes esquizofrénicos y sus familias; en 1954 William Fry deja el equipo y el psiquiatra Don D. Jackson se convierte en el consultor del grupo, más tarde Bateson lo invita a formar parte del grupo de investigación (Wittezaele y García, *Ibidem*).

Donald de Ávila Jackson otorga credibilidad clínica al proyecto y en 1956 publican *Hacia una teoría de la esquizofrenia*, primer artículo sobre la “doble coacción” en el que se considera a la esquizofrenia como un fenómeno comunicativo y producto de las relaciones familiares (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1977; Cullin, 2006). En 1957 Don Jackson elige el término homeostasis de la familia para describir la interacción familiar como un sistema de información cerrado en que las variaciones de salida o conducta son realimentadas a fin de corregir la respuesta del sistema (Jackson, 1977) y al tener como propósito desarrollar al máximo la parte terapéutica del nuevo enfoque, funda en 1959 el Mental Research Institute (MRI), proyecto que no compartía Bateson, aunque continúa colaborando paralelamente con el grupo hasta 1963.

Con la partida de Bateson en 1963, hasta 1968 con la muerte Jackson, pasando por la salida de Haley y Satir, se considera la etapa de oro del MRI. En los inicios, ingresan a trabajar Jules Riskin, Virginia Satir, Janet Beavin y en 1961 llega Paul Watzlawick quien desarrolla su técnica de conversación terapéutica con Jackson y junto con su esposa Betty Haley proyectan un periódico que se convertirá en la publicación más importante de Terapia Familiar el “Family Process”. Por otro lado, Carlos Sluzki se acerca al MRI a realizar estancias y no dejará de mantener contacto con él. Durante dicho periodo, sobresalen cinco grandes orientaciones del MRI: la formación, las investigaciones sobre la familia y la enfermedad mental, la terapia familiar, las investigaciones sobre la teoría de la comunicación y las investigaciones sobre el proceso de cambio (Wittezaele y García, *Ibidem*).

En 1967 Watzlawick, Beavin y Jackson publican *Teoría de la Comunicación Humana*, que representa las ideas principales de la cibernética y de la teoría de los sistemas aplicada a la situación familiar, con ideas de la obra de Bateson sobre la pragmática de la comunicación interpersonal (Watzlawick, Beavin y Jackson, 2002). Por otro lado, sobresalen los esfuerzos del grupo por comprender cómo se producía el cambio después de sus contactos con Milton Erickson; es a través de Richard Fisch quien dirigía el Centro de Terapia Breve en el MRI en sus inicios (1967), que el proceso terapéutico se centró en el problema y se empezó a alejar de las líneas familiares, además de participar en el proyecto Watzlawick y Weakland se incorpora Arthur Bodin (Ochoa de Alda, 1995).

Iniciado el proyecto del Centro de Terapia Breve se perfilan nuevas ideas y en 1974 publican *Cambio*, donde se precisan las nociones básicas y las técnicas de intervención que progresivamente se sistematizan hasta lo que actualmente se conoce como el Modelo de Terapia Breve.

Fundamentos teóricos

Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) estudiaron los procesos del origen y el mantenimiento de los problemas psicológicos, así como la forma de resolverse, observaron que en la mayoría de las ocasiones una intervención lógica no hacía ninguna diferencia sobre el problema cuando una idea completamente opuesta y aparentemente sin sentido generaba cambios radicales.

Para respaldar sus ideas sobre el cambio, recurrieron a las siguientes teorías (Watzlawick, et. al., 1976; Watzlawick et. al 2002):

Teoría de los grupos. Sostiene que los grupos poseen ciertas características que pueden ser análogas a las de un sistema y un cambio particular, no ocasionan diferencia en el grupo, es decir, da cuenta de un cambio tipo 1, en donde el cambio genera persistencia.

Teoría de los tipos lógicos. Postula que el miembro de una clase no puede ser lo mismo que la clase y ésta no puede ser miembro de sí misma, esto tendría que ser claro en el lenguaje donde se presentan con frecuencia dificultades en la distinción entre miembro y clase, lo que provoca confusión en el pensamiento. En la práctica, da cuenta de un cambio tipo 2, cuya aparición cambia el sistema, es decir, se trata de un cambio en cuanto a las reglas que gobiernan la estructura u orden interno (premisas).

De esta forma los autores explican que el intento por realizar un cambio tipo 1 en determinadas circunstancias contribuye a acentuar el problema o constituye en sí mismo el problema, por lo que la mayoría de los problemas psicológicos que presentan los pacientes requieren de cambios tipo 2.

Teoría general de sistemas. Watzlawick, et. al., (2002) retoman esta teoría porque permite comprender la naturaleza de los sistemas interaccionales enfatizando las estructuras que mantienen una situación, señalan que es importante trabajar con los elementos que mantienen el problema. El éxito de la terapia consiste en lograr que las fuerzas que regulan al sistema se liberen y puedan modificar el equilibrio llevando al sistema hacia un nuevo equilibrio que permita una estabilidad más funcional (Freidberg, 1989).

Cibernética moderna. Los autores se basan en las concepciones de causalidad circular, de retroacción entre causa y efecto, así como en los procesos de amplificación de la desviación, la retroalimentación positiva y los procesos sistémicos de cambio, subrayando la dialéctica de estabilidad-cambio (Sluzki, 1987; Nardone y Watzlawick, 1992).

Teoría de la comunicación humana. Los autores retoman la importancia de las características de la comunicación como aspecto relacional, ya que de acuerdo al primer axioma, es imposible no comunicar y entonces, toda interacción entre dos o más personas es una situación interpersonal y comunicacional, misma que se presenta de modo digital (contenido) y analógico (proceso), que representa una ambigüedad de los mensajes que tanto el emisor y el receptor deben enfrentarse. También retoman el modelo de simetría-complementariedad que

describe las posiciones de los individuos con una infinidad de posibles valores, cuyo valor sólo surge en la relación (Watzlawick et. al., 2002).

Bajo las ideas rectoras antes descritas, el Modelo de Terapia Breve centrado en el problema teje sus propios principios para ejercer su particular proceso terapéutico.

Principios

La vida se conforma de cambios, por lo que los sistemas se ven obligados a accionar para tener un efecto corrector y restablecer la norma, ya sea por comodidad o sobrevivencia; sin embargo, cuando la acción correctora es insuficiente y se aplica “más de lo mismo” puede solucionar el problema o por el contrario contribuye a aumentar el problema.

Watzlawick y Cols. (1976) señalan la diferencia entre dificultad y problema, definen a la primera como una situación indeseable que puede resolverse mediante algún acto de sentido común (cambio tipo 1), mientras que un problema se refiere a situaciones que parecen insolubles.

Estos autores plantean que hay tres formas de enfocar inadecuadamente las dificultades:

- Es preciso actuar pero no se emprende una acción.
- Se emprende una acción cuando no se debería emprender.
- La acción es emprendida a un nivel equivocado (error de tipificación lógica).

Siguiendo las ideas anteriores, la Terapia Breve es una terapia del cambio, una de las ideas principales es que para que se produzca un cambio es necesario que la persona responda de forma diferente a lo usual, es decir, modificar la respuesta que genere un cambio en el sistema. Lo anterior parte del supuesto de que lo que mantiene los problemas son los acomodados interaccionales, pautas de comportamiento repetitivos que en algún momento funcionaron pero en la actualidad no.

Desde este punto de vista el terapeuta se coloca en una postura de experto en la que se responsabiliza de la queja del paciente, para que ésta se resuelva, parte del supuesto de que su trabajo será romper la pauta interaccional, a través de un cambio mínimo que el paciente realice a través de una tarea, misma que deberá ser “vendida” por el terapeuta con habilidad.

Para obtener la colaboración del paciente durante el proceso terapéutico es necesario conocer su postura ante el problema, ante el proceso terapéutico y hacia él o la terapeuta, aspectos que se evalúan a través de las palabras, el tono y el énfasis con que se expresa. Fisch, Weakland y Segal (2003) identifican tres tipos de posturas:

- Comprador. Se encuentra muy motivado para iniciar con el proceso terapéutico y hará lo que se le solicite, se pueden dejar tareas directas.
- Quejoso. Se presenta como si no tuviera ningún problema, no se encuentra motivado pero la queja puede ser transformada en una demanda, generalmente suelen dejarse tareas indirectas.
- Visitante. Generalmente es la persona que asiste porque alguien más lo envió y seguramente dejará de asistir en las primeras sesiones.

También es importante no dejar tareas que vayan en contra del sistema de creencias del paciente ya que las resistencias pueden presentarse cuando se oferta una tarea que se encuentra muy alejada de las mismas.

Propuestas de intervención

Fisch y Cols. (2003), señalan que la entrevista inicial consiste en recoger información adecuada para cada caso, considerando: la naturaleza de la enfermedad, la forma en que se afronta el problema, los objetivos mínimos del cliente, así como su actitud y lenguaje; lo anterior de forma clara y manifestada en términos de conductas. Esta información es primordial, ya que en ella se fundamenta la planeación de las intervenciones y así, un tratamiento breve pero

efectivo. La efectividad del proceso también se evaluará, una forma de hacerlo es cuando el cliente informe que ha sido capaz de hacer algo que no había logrado realizar mientras se hallaba aquejado por el problema.

Para Nardone y Watzlawick (1992) el proceso terapéutico se constituye de las siguientes fases:

1. Primer contacto e inicio de la relación terapéutica, muy importante para obtener la colaboración del paciente.
2. Definición del problema, deberá establecerse de manera clara.
3. Acuerdos sobre los objetivos de la terapia, los cuales deben ser resolubles.
4. Identificación de los elementos que mantienen el problema, implica reconocer la “pauta interaccional” identificando las soluciones intentadas.
5. Programación de terapéutica y estrategias de cambio.
6. Conclusión del tratamiento, para consolidar definitivamente la autonomía del paciente, en ella se recapitula y se brinda una explicación detallada del proceso terapéutico desarrollado, incluyendo las estrategias utilizadas.

Para lograr los objetivos planteados, se emplearán estrategias de cambio definidos por el modelo.

Intervenciones estratégicas

Las estrategias de cambio se dirigen a modificar la conducta y concepciones de los pacientes, rompiendo las pautas interaccionales y soluciones intentadas que mantienen el problema; pueden dividirse en dos grandes categorías (Nardone y Watzlawick, 1992; Fisch et. al., 2003):

- a) *Acciones y comunicación terapéuticas o generales.* Se refieren a las maniobras y a la comunicación entre el terapeuta y paciente durante la sesión, en general lo que ocurre durante la sesión. Se sintetizan en la siguiente Tabla 7:

Tabla 7. Estrategias de cambio generales

Intervenciones	Características
Hablar el lenguaje del cliente	Asumir las palabras, tono y énfasis del discurso de paciente con la finalidad de “sintonizarse”, desde esa posición colaborar en el desplazamiento de la perspectiva de la realidad.
Reestructuración	Es codificar de nuevo la percepción de la realidad. El terapeuta hace uso de actos comunicativos verbales, acciones y la duda.
Evitar formas lingüísticas negativas	No utilizar enunciados negativos respecto de las conductas o ideas del paciente, ya que tienden a culpabilizarlo y producir reacciones de rigidez y rechazo.
Comunicación paradójica	Se refiere a no confrontar de forma lógica y racional cuando se trata de una situación mental obstinadamente rígida, en lugar de oponerse se secunda para intensificarla y se anule por sí sola.
Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico	Se trata de una comunicación de mensajes indirectos y velados, que minimizan la resistencia de los pacientes.
Uso de la resistencia	Se utilizan enunciados que colocan al paciente en una situación paradójica en que su resistencia o su rigidez con el terapeuta llegue a ser una prescripción y sus reacciones un avance en la terapia. Algunos son:
No apresurarse	Es una indicación a favor del no cambio para que la persona tenga libertad de cambio a su ritmo, lo que consigue que el paciente abandone sus esfuerzos en el cambio que muy probablemente han perpetuado el problema.
Peligros de una mejoría	Se utiliza para estimular las respuestas de cambio ya que se plantea como desafío.
Un cambio de dirección	Se utiliza cuando una prescripción no ha funcionado y se necesita recuperar capacidad de maniobra.
Cómo empeorar el problema	Ante la resistencia, se señalan los comportamientos que el paciente no ha dejado de realizar.

Fuente: Nardone y Watzlawick, 1992; Fisch et. al., 2003.

b) *Prescripciones de la conducta.* Son las acciones que han de seguirse en la vida cotidiana fuera de la sesión terapéutica, son fundamentales en la terapia breve y se describen en la tabla 8.

Tabla 8. Tipos de prescripciones

Prescripciones	Características
Directas	Indicaciones claras de lo que hay que hacer y tienden a la resolución del problema.
Indirectas	Son imposiciones de comportamiento que enmascaran su verdadero objetivo, implica atraer la atención del paciente hacia alguna otra problemática que reduzca la intensidad del problema presentado.
Paradójicas	Se trata de prescribir el comportamiento sintomático, ya que se coloca a la persona en una situación paradójica de tener que realizar voluntariamente lo involuntario.

Fuente: Nardone y Watzlawick, 1992; Fisch et. al., 2003.

Después de realizar una prescripción, siempre se debe redefinir el resultado y señalar al paciente sus logros. Por su parte, Fisch y Cols. (Ibidem) proponen intervenciones principales ante cinco intentos de solución comunes que presentan los usuarios, mismas que se enlistan en la tabla 9.

Tabla 9. Intentos de solución e intervenciones terapéuticas sugeridas.

Intentos de solución	Descripción	Intervención terapéutica
1. Forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.	El paciente manifiesta una dolencia en sí mismo, p.e. la mayoría de problemas de funcionamiento corporal.	Se dirige a que el paciente deje de esforzarse en sus intentos de solución incluyendo otra conducta.
2. Dominar un acontecimiento temido aplazándolo.	Los pacientes se quejan de estados de terror o ansiedad ante eventos que piensan son “sencillos” de afrontar.	Se dirige a exponer al paciente a la tarea exigiendo una ausencia de dominio sobre ella.
3. Llegar a un acuerdo mediante una oposición.	Implica un conflicto en una relación interpersonal que requiere colaboración mutua.	Dirigir a que el solicitante se coloque en una en una actitud de inferioridad al mismo tiempo que se le brindan argumentos válidos.
4. Conseguir sumisión a través de la libre aceptación.	Imagen de conseguir espontaneidad mediante la premeditación.	Consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque se haga de modo arbitrario.
5. Confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa.	Alguien sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado.	A través de la interferencia, diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación personal y las partes abandonen su papel de acusador y defensor.

Fuente: Fisch et. al., 2003.

Como se puede apreciar, se tratan de un Modelo con un proceso terapéutico bien desarrollado y descrito, de tal forma que posibilita el aprendizaje de los profesionales interesados en su aplicación, así como brinda herramientas puntuales en las situaciones generalizadas que presentan las personas en terapia.

Consideraciones finales

Es necesario tener presente que como su nombre lo indica, el modelo se enfoca a la resolución de problemas y no brinda opciones en otro tipo de necesidades humanas, como otro tipo de terapias breves, su objetivo es aliviar el malestar del paciente en el menor tiempo posible. Lo anterior implica que el Modelo no ofrece indicaciones precisas sobre posibilidades de prevención, sobre formas para promover la calidad de vida de personas con capacidades diferentes, para las personas que desean un mayor bienestar en sus capacidades físicas, mentales y emocionales o para el reaprendizaje de la vida cotidiana de las personas que estuvieron internadas o encarceladas. Por otro lado, el modelo ha reportado algunos mayor éxito con algunos tipos de problemas que otros enfoques, como lo son las fobias (Tinat, 2004).

Un riesgo evidente del Modelo, está relacionado con quienes se forman como terapeutas breves, ya que su aparente simplicidad puede suscitar en el “ingenuo” terapeuta un sentimiento de superioridad y hacer de la técnicas un recetario mágico perdiendo de vista la singularidad de los pacientes e incluso el respeto a la persona, al atribuirse un poder de manipulación. Para cualquier terapeuta breve en formación debe ser indispensable apropiarse de epistemología subyacente del Modelo, de lo contrario sería muy fácil que se formen tecnólogos perdiendo de vista la singularidad de cada ser humano y sería muy fácil creer en la aparente simplicidad del Modelo.

Por último, la característica interaccional del Modelo no implica explícitamente al terapeuta, lo que se entiende por su sustento teórico en la cibernética de primer orden, dejando de lado la postura del observador que se deriva de la cibernética de segundo orden y el construccionismo. Así, el Modelo deja ver una limitación importante en no contemplar al observador como constructor de realidades y que necesariamente es parte del sistema terapéutico con todo lo que implica.

Con todo lo anterior, se trata de un modelo que ofrece una serie de herramientas útiles dentro de cualquier proceso terapéutico, tanto en su fase de establecimiento del problema e identificación de su secuencia, así como en la intervención, principalmente en un proceso de

formación profesional. Por sí misma, se distingue por sistematizar un proceso de cambio, alcanzando objetivos determinados de manera breve y eliminando el sufrimiento del paciente, aunque el contrato terapéutico puede continuar al establecer un nuevo problema a resolver.

2.2.3 Modelo de Terapia Breve Orientado a las Soluciones

El Modelo de Terapia Breve enfocado a las soluciones surge con gran aceptación del gremio terapéutico y con resultados exitosos en los usuarios y las familias en los años 80's, el enfoque utiliza los recursos, excepciones y soluciones exitosas con las que cuentan los sistemas en el momento de llegar a terapia para trabajar en su proceso terapéutico. Tiene como principales representantes a la Escuela de Milwaukee, dirigido por Steve De Shazer y por otro lado a Bill O'Hanlon.

Antecedentes

Steve De Shazer nació el 25 de julio 1940 en Milwaukee y muere el 11 de septiembre de 2005 en Viena, se formó como músico y trabajó como saxofonista, realizó una Licenciatura en Bellas Artes y una Maestría en Trabajo Social. De Shazer fue alumno de Watzlawick, Weakland y Fisch, debido a que colaboró durante algún tiempo en el Mental Research Institute; posteriormente, en 1978 fundó con Insoo Kim Berg el Centro de Terapia Familiar Breve (CTFB) y lo dirigió hasta 1989; junto a Kim Berg y con su equipo inicial de trabajo conformado por Wally Gingerich, Alex Molnar, James Derks, Marilyn La Court, Eve Lipchick y Elam Nunnally, desarrollaron ideas que más tarde se convertiría en lo que el autor denominó Terapia Centrada en Soluciones (Bertrando y Toffanetti, 2000; Derks, Court, Lipchik y Nunnally, 2005; Trepper, Dolan, McCollum y Nelson, 2006). Para ello retomó ideas de Milton H. Erickson, Gregory Bateson y el grupo del Instituto de investigaciones Mentales (MRI) en Palo Alto, aunado a la observación de la práctica clínica de su CTFB (De Shazer, 1989).

Por otro lado, William Hudson O'Hanlon trabajó como consejero transpersonal en 1975, es Licenciado en Psicología y Terapeuta Familiar. Durante sus estudios de posgrado se formó con Milton H. Erickson y a cambio de recibir sus enseñanzas, aceptó ser su jardinero. Además

de retomar las ideas de Erickson, retoma planteamientos del modelo de terapia breve del MRI, hace referencia a la Escuela de Milwaukee y más adelante retomará ideas del constructivismo (O'Hanlon y Welner-Davis, 1989; O'Hanlon, 2001, 2008).

De Shazer y O'Hanlon desarrollan sus modelos de intervención con independencia; sin embargo, en sus trabajos refieren influencias de Milton Erickson y el MRI.

Milton H. Erickson

De Shazer (1989) describió algunas ideas de la cosmovisión de Erickson, quien planteaba que la terapia se funda en el supuesto de que la personalidad tiene una fuerte tendencia a amoldarse si se le da la oportunidad para ello. Por lo anterior Erickson intervenía de forma que brindaba a sus clientes dicha oportunidad, a diferencia de las posturas tradicionales en las que era necesario comprender la causa del problema para promover un cambio. Utilizando métodos indirectos como el lenguaje o acción, Erickson conseguía que las personas hicieran algo para mejorar su situación o para liberarse de pautas restrictivas.

También decía que el terapeuta debía ver más allá de la cosmovisión de su cliente, lo debía ver de un ángulo diferente, para ir de su encuadre a un reencuadre. El encuadre se refiere a la tendencia de las personas a seguir un patrón de reacciones y comportamientos debido a que durante mucho tiempo lo han hecho así; sin embargo, el terapeuta deberá ser capaz de cambiar el marco desde el cual se experimenta una situación, modificando su significado. De esta forma Erickson empleaba las aptitudes y las capacidades que las personas ya poseen para lograr resultados terapéuticos, a este método que utilizaba Erickson se le conoce como método Naturalista (O'Hanlon, 2001).

De Shazer propone dos supuestos bajo los que trabajó Erickson, unirse al paciente al paciente en la situación en la que se encuentra y establecer un buen vínculo con él, así como modificar las conductas del paciente y controlar la situación, de forma que cuando ocurra el cambio sea de acuerdo a lo que desea el paciente.

O'Hanlon(2001) describió el método de Erickson como naturalista, indirecto, directivo y de utilización, mismas características de las que habló De Shazer (1986) en su obra, pues mencionó que Erickson era una fuente de “mapas”, realizaba intervenciones directivas bajo un entendimiento de la problemática que nadie comprendía y utilizando los recursos de los pacientes.

La Terapia Breve del MRI.

El grupo de terapeutas e investigadores que colaboraron en el MRI, como John Weakland, y Jay Haley, también estuvieron directamente influenciados por el trabajo de Milton H. Erickson, como se mencionó en la descripción de sus respectivos Modelos terapéuticos. Recordemos, el Modelo del MRI concebía los problemas como aspectos de una interacción en curso y para abordarlo era necesario modificar la “pauta de interacción”, bajo el supuesto de que en la mayoría de las ocasiones el intento de solución que realizaban los pacientes era lo que mantenía el problema. Los terapeutas que aplican este modelo intentan aliviar sólo las quejas específicas que los pacientes llevan a terapia.

O'Hanlon y Welner-Davis (1989) plantean que muchos de los principios del modelo de terapia breve del MRI pueden considerarse precursores de la terapia orientada hacia las soluciones, como:

- ❖ La búsqueda de la patología subyacente o la fuente del problema.
- ❖ Los problemas son de naturaleza interaccional y no se considera que las personas tengan defectos de carácter o enfermos mentales.
- ❖ Los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana.

A medida que desarrolla su trabajo, O'Hanlon incorpora las ideas del constructivismo que se retoman en el ámbito de la psicología.

Constructivismo

Como se ha explicado, el constructivismo es una posición epistemológica que aun teniendo raíces en la historia de la filosofía de la ciencia y el pensamiento en general, no se puso de manifiesto en las teorías psicológicas hasta la década de los 80, a excepción de F.B. Barlett, George A. Kelly y Jean Piaget, que pueden considerarse sus precursores psicológicos. El constructivismo recibe su nombre por su énfasis en los actos de construcción, pues el verbo construir significa organizar u ordenar. (Feixas y Villegas 2000).

El constructivismo surge cuando la visión del mundo objetivista se desploma, pues la idea de adquirir un conocimiento “verdadero” acerca de la realidad se desvanece, es decir, las personas no tenemos acceso directo a la realidad externa, singular, y estable, pues toda la comprensión de nuestra realidad está inmersa en el contexto, se forja interpersonalmente y es necesariamente limitada (Neimeyer y Neimeyer, 1996).

De acuerdo con lo anterior, Cade y O’Hanlon (1995) mencionan que las cosas y los hechos se imitan a observaciones y descripciones de base sensorial de lo que percibimos y los significados son las interpretaciones de dichas observaciones; explicaron que las personas actuamos en concordancia con los motivos y proyectos que atribuimos a las acciones de los otros y con concordancia con los personales, por lo que cuanto más nos comportamos como si nosotros mismos fuéramos algo, más probable es que nos convirtamos en eso.

Con todas las ideas rectoras, el modelo se configuró con los principios que a continuación se describen.

Principios del Modelo

Las escuelas que representan al Modelo tienen sus particularidades e incluso ambas trabajan de manera independiente de la otra sin la intención de mantener contacto.

La Escuela de Milwaukee

Steve de Shazer y su equipo de trabajo, desarrollaron la Terapia Centrada en Soluciones, partieron de la idea que las personas tiene atributos únicos como recursos, límites, creencias, valores, experiencias y dificultades que los hacen aprender y desarrollar diferentes formas de interactuar entre sí, por lo que su objetivo es ayudar a los clientes a hacer algo diferente cambiando sus interacciones de forma que sea posible una solución, dicha solución debe estar dentro de los límites de la situación personal del cliente para que otras posibilidades de solución puedan desarrollarse (De Shazer et. al., 1986; De Shazer, 1997).

Una conceptualización muy interesante que desarrolló la escuela de Milwaukee, es la **muerte de la resistencia**, pues no existe cuando el terapeuta no se espera que la haya, parten de la idea que los consultantes quieren cambiar realmente y que cada cliente tiene una forma única de cooperar y el terapeuta deberá identificar y utilizar esa forma de cooperación (De Shazer, 1984).

Para la cooperación proponen conectar el presente con el futuro, como otros modelos breves, piensan que un pequeño cambio es suficiente para dar lugar a diferencias profundas y que no es necesario que el terapeuta explique el problema del que el consultante se queja.

La propuesta que realizan con respecto a su teoría consiste en describir lo que hacen en su terapia y no de prescribir lo que se debe hacer, para ello, el equipo realizó un mapa como representación de la teoría de la solución que denominó **mapa central** o árbol de decisiones.

En primer lugar del mapa, De Shazer indica que como resultado de la entrevista se desarrolla **tres tipos de relaciones entre el consultante y el terapeuta**: el visitante, el demandante y el comprador, definiciones que en el Modelo anterior se describieron como contribución del MRI y del que De Shazer estuvo influenciado. De Shazer agregó que es necesario identificar el tipo de relación que se ha establecido con el consultante al final de la sesión con el objetivo de dirigir las intervenciones hacia las posibles soluciones, pensando siempre que el resultado de la terapia es responsabilidad del consultante y del terapeuta. Los

siguientes pasos del mapa es la identificación del problema, la búsqueda de excepciones incluso hipotéticas y así fijar objetivos. En éste Modelo de intervención, la función directiva y jerárquica por parte del terapeuta tiene menor dimensión que en los Modelos breves antes vistos, pues al dimensionar los recursos de los y las usuarios (as), concede responsabilidad y visión de que los sistemas poseen la capacidad de resolver las diversas dificultades con las que se presentan.

Terapia orientada a las soluciones

Bill O'Hanlon resume las premisas de su Modelo en los siguientes enunciados, que también refleja su tendencia a lo que posteriormente denominara Terapia de posibilidades (O'Hanlon, 1989, 2008; Berg y Miller, 1992).

Las personas están influenciadas y no determinadas por el pasado. El Modelo representa un enfoque en que relaciona el presente con el futuro sin considerar el pasado a menos que se traten de historias de éxito.

Las personas están influenciadas por su sentido de lo que es posible para su futuro. A través de la construcción de un proyecto futuro, las personas pueden percibir las soluciones a su problema. Además el cambio es inevitable ya que forma parte de la vida del individuo.

En cualquier momento, a no ser obligado físicamente por alguien que tiene poder sobre ellos o a menos que se vean afectadas por incapacidad física, la gente puede elegir que acción tomar. Las personas cuentan con los recursos necesarios para solucionar sus problemas a través de sus elecciones, el modelo hace énfasis en la salud mental.

Las personas son más propensas a cooperar cuando ellos y sus sentimientos y puntos de vista son validados y respetados. Durante las sesiones es importante fluctuar entre el reconocimiento del problema y la búsqueda de soluciones.

Los terapeutas nunca podremos saber la verdad acerca de las personas porque siempre estamos influyendo en aspectos de esa verdad hablado y escuchado. La postura del terapeuta se acerca a una epistemología construccionista en la que no existe un experto que sabe cómo solucionar los problemas, es el consultante quien tiene las soluciones.

Hay muchos caminos para el cambio. No hay una técnica, método o filosofía para todas las personas. Es una idea que proviene desde el trabajo de Erickson, si bien el modelo utiliza el mismo método de intervención, cada consultante tiene su propia forma de encontrar soluciones particulares a su problema, se trata de una visión atórica determinada por el consultante.

No es necesario explicar o comprender las causas del problema para que sea posible encontrar las soluciones. Se plantea la idea de parquedad en la que las formulaciones complejas del problema y las elaboradas estrategias de intervención pueden ser reemplazadas por la versión literal de los consultantes sobre su queja y después elegir el tratamiento más simple y menos invasivo.

Bajo estas premisas, ambos autores proponen intervenciones que llevarán a los consultantes al cambio a través de encontrar soluciones a sus problemas y actuar para ello.

Propuestas de intervención

Las técnicas más utilizadas del modelo se encaminan a cambiar la forma de actuar y de ver la situación problemática, además evocan recursos, soluciones y capacidades aplicables a la problemática, a continuación se resumen en la siguiente Tabla 10.

Tabla 10. Técnicas más utilizadas en el Modelo de Terapia Breve orientado a las Soluciones.

Técnica	Objetivo
Negociación del problema	Tener un objetivo claro y concreto basado en lo observable y posible.
Intervenciones de fórmula	Preguntar sobre lo que quisieran que continuara ocurriendo, focaliza la atención de los clientes en las cosas que les han resultado desde la primera sesión, incluso desde el contacto telefónico.
Construir historias de logros	Para que el consultante narre historias en las que el problema no está presente, reconociendo su influencia en sus logros.
Ubicación en una escala	Para concentrarse en el logro, evaluar los logros, medir la creencia en la posibilidad del cambio.
Búsqueda de excepciones	Las respuestas en las que no está presente el problema brinda información sobre lo que se necesita para resolver el problema, con frecuencia los clientes sólo necesitan hacer más de lo que sí les funciona.
La pregunta del milagro	Ayuda a las personas en concentrarse en una solución potencial y no en los problemas.
Preguntas orientadas al futuro	Colocan a los clientes frente a posibilidades de solución y construir proyectos satisfactorios.
Adaptarse al lenguaje del cliente y adoptar la modalidad sensorial del cliente.	Emplear inicialmente las palabras del cliente como forma de unirse a ellos y establecer rapport, así, es posible canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas.
Preguntas presuposicionales	Encaminan respuestas que promueven los recursos de las personas y les enriquecen, una regla para su uso es realizarla de forma abierta.
Elogios	Para localizar y destacar tendencias positivas con la finalidad de retroalimentar lo que los clientes ya han hecho para comenzar a resolver el problema.
Intervención en la pauta: lenguaje, intereses y motivaciones, creencias, conductas.	Para alterar las pautas individuales y sociales introduciendo en ellas un pequeño cambio.
Uso de analogías y metáforas	Es un lenguaje que permite generar cambios debido a que la información pasa directamente al inconsciente sin ser analizada, además es una herramienta útil cuando se les dificulta a los clientes hablar de los problemas que los traen a terapia.

Fuente: Cade y O'Hanlon, 1995; de Shazer, 1999; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989.

El resumen evoca las intervenciones de manera sumamente breve, sin embargo, cada una de ellas tiene un desarrollo dentro del proceso terapéutico que requiere un completo dominio de sus aplicaciones y como en todos los Modelos, el conocimiento de las premisas que las sustentan serán la base para que puedan ser o no útiles para las personas.

Limitaciones y críticas al Modelo

El cuestionamiento con respecto a la duración de los efectos que se realiza a todas las terapias breves no excluye al Modelo de Soluciones, a pesar de que los autores se apoyan en sus investigaciones que demuestran su eficacia, existen otros estudios que cuestionan la duración de los efectos positivos en las personas, por ejemplo, un estudio que se realizó en Finlandia con pacientes diagnosticados con depresión y ansiedad, fueron tratadas durante tres años con enfoque psicoanalítico de larga duración, con este mismo enfoque pero breve y con el enfoque de soluciones, los resultados indicaron que las terapias breves presentaron efectos positivos a corto plazo, el enfoque de soluciones tuvo mayor impacto en los casos con ansiedad que con los de depresión; sin embargo, el tratamiento con enfoque psicoanalítico de larga duración presentó efectos positivos a largo plazo, contrario a lo que ocurrió con las terapias breves (Knekt et. al., 2008).

Otra de las críticas más importantes al modelo consiste en su característica instrumental, algunos terapeutas familiares cuestionan la denominación de cliente que le dan al paciente de acuerdo a modelos tradicionales, debido a que como tal se le brinda una connotación de mercancía en la que se puede pensar que lo que se brinda en las sesiones se aleja de un acercamiento personal (R.Macías, comunicación personal, 24 de noviembre, 2010). Este tipo de críticas ha resonado en el Modelo desde hace mucho tiempo y los autores han desarrollado argumentos válidos para contra argumentarlos como el manejo del reconocimiento en las sesiones y retomando las ideas del construccionismo social en el que las narraciones se construyen.

El enfoque de soluciones tiende a generar posibilidades que radican en el consultante, siguiendo la cultura norteamericana de la individualidad, que si bien significan en la persona percepciones de logro y capacidad, generando bienestar, no focaliza lo suficiente la importancia que tiene la comunidad en las personas y los problemas que en un contexto posmoderno ha causado el individualismo (Elkaim, 2000).

Consideraciones finales

El Modelo de Soluciones es un enfoque que cada vez se aleja de las terapias tradicionales con una perspectiva enfocada a la enfermedad y se acerca a las terapias consideradas como posmodernas, se comienza a ver en el trabajo terapéutico una postura de menor poder sin dejar la directividad y una de las mayores aportaciones del Modelo es una alejamiento a una cultura de déficit que genera una atención selectiva a las diferencias negativas de los otros, provocando relaciones sin respeto. Puede parecer sencillo pensar que se pueden ver los recursos de las personas fácilmente; sin embargo, requiere un ejercicio constante por parte del terapeuta y un verdadero compromiso por el ser humano.

El modelo es muy claro para la formación de terapeutas y brinda herramientas específicas que pueden ser utilizadas a lo largo de las sesiones para generar cambios, tan sólo porque invitan a las personas a posicionarse en otro lugar, incluso es posible que el cambio de perspectiva del terapeuta (enfocado a los recursos) hace que cambie su interacción con el consultante y sea de utilidad para su proceso terapéutico. Por otro lado, su característica de brevedad es útil en muchas de las poblaciones como en nuestro País, en la que la mayoría de la población no tiene acceso a servicios psicológicos y mucho menos en aquellos enfoques que se encuadran en un periodo muy largo de tratamiento, aunado a que muchos de los problemas que viven las personas en nuestro país rebasan la posibilidad de ser atendidos.

Finalmente, la mayoría de los procesos terapéuticos bajo investigación en el Modelo, se han realizado con individuos, me parecería muy útil ampliar el desarrollo del Modelo con familias realizando la conexión entre las soluciones de cada miembro ante la problemática y los recursos del microsistema en su totalidad, aunque en dicho caso tal vez ya se trataría de otro Modelo.

2.2.4 Modelo de Milán

El equipo de Milán es ampliamente reconocido en el campo de la terapia familiar sistémica, debido a sus numerosas aportaciones clínicas, de investigación y formación a través de

alrededor de 40 años a partir de sus orígenes. Se trata de una escuela en constante cambio y retroalimentación interna entre los miembros de la escuela y externa a través de los resultados de sus investigaciones, a continuación se hace referencia a sus principales aportaciones y desarrollo de acuerdo a dos grandes etapas de la Escuela de Milán, la primera concerniente al grupo original de Milán e incluye las dos primeras fases denominadas psicoanalítica y estratégica-sistémica, y la segunda que hará referencia a las fases denominadas batesoniana, constructivista, posmoderna o construccionista social y dialógica (Reséndiz, 2010).

2.2.4.1 Primer Milán

Se considera como grupo original al conformado por Mara Selvini Palazzoli, Giuliana Prata, Luigi Boscolo y Gianfranco Cecchin.

Antecedentes

Ante sus insatisfacciones clínicas, por la lentitud y las limitaciones de los resultados en terapias individuales principalmente con pacientes con anorexia, la psicoanalista Mara Selvini Palazzoli abandona la práctica individual para experimentar la terapia familiar conjunta, en mayo de 1967 funda el Centro para el Estudio de la Familia, para ello invita a trabajar a siete psicoanalistas incluyendo a Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y a Giuliana Prata, en 1971, el grupo se separa debido a sus diferencias con respecto a las prácticas psicoanalíticas, pues al trabajar con familias, se percatan que los principios psicoanalíticos que dominaban eran limitados para ser aplicados a la interacción de dos o más personas, por lo que deciden investigar y desarrollar un método de intervención que apoyara su trabajo con familias (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989; Selvini, 1990).

Desarrollo de premisas

Para su práctica clínica, invitaron a Paul Watzlawick como consultor, quien en ese entonces era miembro activo del MRI en Palo Alto, California, para que compartiera sus investigaciones, pues se percataron de la relevancia de pasar de una visión individual a una

visión de relaciones y contexto. Debido a ello el grupo de Milán tomó y amplió los métodos del MRI, que en ese entonces tenía una posición esencialmente estratégica.

Influidos principalmente por la Teoría general de sistemas y la Teoría de la comunicación humana al inicio de sus estudios (Rodríguez, 2004), Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980) conceptualizaron a la familia como un sistema que se autogobierna y se autocorriga a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error, indicando lo que está o no permitido en la familia y en la relación de cada uno de sus miembros, en la que siempre media la conducta comunicativa. Como producto de sus investigaciones con familias de transacción esquizofrénica, mencionan que sus hipótesis implican un cambio epistemológico al abandonar la visión causal a una visión sistémica, considerando que dichas familias mantenían un juego a través de paradojas incluyendo al terapeuta.

Trabajo en equipo y estructura de las sesiones

Durante sus investigaciones, el equipo se focalizó a realizar *discusiones grupales* de manera que se generaran ideas sobre formas de intervención terapéutica, esta fue una de sus principales conceptualizaciones del trabajo en equipo. Además el grupo constituido por dos varones y dos mujeres permitieron que una *pareja heterosexual* estuviera al frente de las sesiones terapéuticas y la otra pareja como observadores, lo anterior con la finalidad de disminuir los estereotipos culturales que se brinda a ambos sexos, el *equipo terapéutico* que era parte del proceso de investigación se convirtió en característica esencial de la práctica clínica. También en este periodo describen la estructura de sus sesiones (Selvini, et al., 1980):

1. Pre sesión.
2. Sesión
3. Discusión de la sesión
4. Conclusión de la sesión
5. Acta de sesión

En la práctica que reportaron, fijaban un número de diez sesiones, bajo el supuesto de que se puede lograr un cambio rápido o se pierde la oportunidad de lograrlo, en intervalos de cerca de

un mes, argumentando que se observaron resultados eficaces en las familias que por circunstancias no podías asistir a las sesiones semanales con las que iniciaron.

Inclusión del terapeuta como parte del sistema terapéutico

Hacia finales de los 70' el equipo original de Milán incluía a otros profesionales, incluyendo a los terapeutas que remitían a los pacientes en las sesiones terapéuticas, pues se percataron que al existir un impasse en el proceso terapéutico y connotar positivamente la participación de su terapeuta, se generaba un cambio en la familia; además, con esto hacían que los terapeutas tomaran consciencia de su participación en el “estancamiento”, posteriormente esto dio pie a la siempre participación de un equipo de observación, en la que se obligaba al terapeuta incluirse como parte del sistema terapéutico, otro paso importante en la conceptualización de la práctica del modelo de Milán.

Connotación positiva

El termino surgió debido a su necesidad de prescribir el síntoma sin contradecirse, pues no podían hacerlo si antes lo habían criticado, por lo que decidieron connotar positivamente el síntoma del paciente identificado y los comportamientos sintomáticos del resto de los integrantes, aclarando que lo que se connota es la tendencia homeostática del sistema y no a las personas. En esta periodo de trabajo señalan que la connotación tienen dos principales funciones, definir claramente la relación sin peligro de recibir una descalificación y definir algún tipo de contexto. Este concepto posteriormente se desarrolla con la evolución del modelo.

Elaboración de hipótesis, circularidad, neutralidad: tres directrices para la coordinación de la sesión

Se trata del último artículo escrito por Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1980), en el que presentaron los resultados de una investigación enfocada a la elaboración de principios y métodos productivos al entrevistar a las familias, para este trabajo los integrantes del equipo se encontraban en contacto con las ideas batesonianas:

Hipotetizar. Las preguntas realizadas serían guiadas por una hipótesis del funcionamiento del sistema familiar, conectando las conductas de la familia con su significado. Su función radica en seguir los patrones de relación, para obtener nueva información que confirme, refute o modifique la hipótesis, además de garantizar la presencia activa del terapeuta durante la sesión e introducir nueva información en el sistema.

Circularidad. Se refiere a la capacidad del terapeuta de conducir su investigación sobre la base de retroalimentación de la familia en respuesta a la información que él solicita de sus relaciones y por tanto de su diferencia y cambio en contexto.

Neutralidad. Significa un efecto pragmático específico que el comportamiento total en la sesión del terapeuta produce sobre la familia. Es decir, es la equidistancia del terapeuta con cada miembro del sistema familiar que si bien se puede aliar con uno, en otro momento lo hará con otro miembro, de forma que como resultado, esté aliado con todos y ninguno a la vez.

Ugazio (1985) señala que la relación entre el principio de hipotetización y el cambio terapéutico, ha sido el foco de atención del grupo de Milán, pues quizá es uno de los temas principales de discusión y debate dentro del grupo, lo anterior debido a que en este modelo inicial del grupo, existía una división en las tareas propuestas durante el proceso terapéutico, la función del proceso de entrevista era recolectar información para crear una prescripción final y la función de ésta, era introducir la fuerza en el sistema para iniciar el proceso de cambio. Posteriormente estas premisas son desarrolladas por los Asociados de Milán.

Propuestas de intervención

El modelo concentra sus intervenciones en los patrones de conducta que conservan la homeostasis familiar y en 1975 a 1978, enfatizaban la participación del terapeuta en introducir verdades que transformaran el sistema familiar por medio de la hipotetización, circularidad y neutralidad (Sánchez, 2000), una de las últimas aportaciones del equipo en esta época, fue su énfasis en el Paciente identificado. Las propuestas de intervención se señalan en la última parte de su obra *Paradoja y Contraparadoja* (1980), las cuales se describen en la tabla 11.

Tabla 11. Intervenciones iniciales del equipo de Milán

Intervención	Características
<i>Prescripción en la primera sesión.</i>	Lo hacían al final de la sesión con la finalidad de marcar el contexto terapéutico, provocar una reacción en la familia que evidencie su disponibilidad al tratamiento, delimitar un campo de observación y estructurar la sesión siguiente.
<i>Rituales familiares.</i>	Es una acción o acciones combinadas con expresiones verbales en las que tienen que participar todos los miembros de la familia, para prescribirlos es necesario conocer la historia familiar y la evolución de ese mito a través de las generaciones y de preferencia que se dejen por escrito. Señalaron su utilidad para derrumbar mitos que el grupo comparte y dictan el tipo de relaciones que establecen los miembros de la familia, aclaran que no son cuestionados ni evaluados (Rodríguez, 2004).
<i>De la rivalidad con el hermano al sacrificio por ayudarlo.</i>	Proponen trasladar la etiqueta del paciente identificado a uno o más hermanos considerados como sanos, señalando que el PI intuyó en qué medida el otro hermano se encuentra en peores condiciones, lo que permite una movilización en contra del estatus quo.
<i>Los terapeutas se hacen cargo del dilema de la relación entre padres e hijos.</i>	Plantean que el terapeuta sea el depositario del enojo del hijo con los padres, lo que evita que los padres o el hijo sean connotados negativamente, los autores sugieren que se realice sólo cuando existe una relación estrecha entre el PI y el terapeuta.
<i>Los terapeutas aceptan una mejoría sospechosa.</i>	Se refiere a aceptación de mejoría sin explicaciones del paciente, mismo que lo atribuyen al intento de evitar las preguntas del terapeuta en alguna área que se percibe peligrosa para el mantenimiento del síntoma. La finalidad es tener el control de la situación previniendo “las jugadas” del sistema familiar.
<i>Recuperar a los ausentes.</i>	Cuando un integrante de la familia deja de asistir (por la resistencia de toda la familia), sugieren cambiar el formato de trabajo, dejando la conclusión para cuando esté toda la familia, por lo que se puede enviar por correo la conclusión de la sesión o con la consigna de que el ausente la lea en presencia de la familia.
<i>Eludir la descalificación.</i>	Ante la continua desconfirmación de los integrantes de la familia y en caso que se dirija al terapeuta, se sugiere que el terapeuta la acepte y en la siguiente prescripción ponga en evidencia el tipo de relación que se mantiene entre uno y otro integrante de la familia. El terapeuta deberá estar atento a sus sentimientos hacia la familia (enojo, desinterés, aburrimiento) que puede representar una relación simétrica con la familia.
<i>Coaliciones negadas.</i>	Las coaliciones perversas madre-hijo, padre-hija u homosexuales, deberán ser connotadas positivamente en su intención honesta y afectiva, se sugiere que los terapeutas se limiten a la constatación y al comentario, elaborándolo de forma que resulte paradójico e intolerable.
<i>Los terapeutas declaran su impotencia sin reprocharlo a nadie.</i>	Cuando las familias no presentan movilización en su estilo relacional, se sugiere dejar de insistir, cambiando la propia posición de experto a declaradores de la propia impotencia, seguido por el cobro y cita de la próxima sesión, lo que generalmente causa ansiedad en la familia y solicitud de ayuda. Esta intervención se propone cuando los terapeutas se percaten de la desesperación que les provoca el no cambio y cuando incrementen las descalificaciones por parte de la familia.
<i>Los terapeutas se prescriben la paradoja extrema.</i>	Cuando la transacción de la familia esquizofrénica se basa en “sólo podrás ayudarme, no siendo quien eres”, el equipo de Milán diseñó dos contraparadojas, la primera consiste en darle una connotación positiva como algo justo y legítimo; la segunda consiste en la prescripción hacia el mismo terapeuta de acceder a dicha petición.
<i>Los terapeutas abandonan el rol paterno, prescribiéndolo paradójicamente a los miembros de la última generación</i>	Se trata de una consigna doblemente paradójica en la que se pide a los miembros de la última generación que hagan lo que el terapeuta no y que ellos mismos se esforzaron por lograr. Al abandonar la función parental, se les envía un mensaje a los padres de que ellos pueden ser esas figuras si lo quieren y deciden.

Fuente: Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata G. (1980).

En 1978 Boscolo y Cecchin se alejan de la perspectiva de investigación que caracterizaba al equipo y en este primer periodo, entre 1979 y 1980 se produjo una separación paulatina, hasta que en 1982 se hizo pública la disolución de un grupo que, bajo la consigna de generar ideas sin necesidad de confrontarlas o negarlas, aportó elementos en el campo de la terapia familiar sistémica que aún se mantienen vigentes o fueron posteriormente desarrollados (Selvini, 1990).

Se rumoran diversas razones que causaron la separación; sin embargo, ambas partes argumentan la inclinación de Cecchin y Boscolo por la enseñanza y por otro lado Mara Selvini y Guiliana Prata privilegiaron la investigación. Enseguida se resume parte del trabajo que continuó Mara Selvini, inicialmente con Prata, aunque más tarde también se daría una separación.

2.2.4.2 El Modelo de Milán del grupo de Mara Selvini Palazzoli

Desarrollo de premisas

En 1988 a partir de sus investigaciones en la práctica clínica con familias, Mara Selvini y sus nuevos colaboradores publican *Los juegos psicóticos de la familia*, posteriormente *La familia del toxicodependiente* (1996) y en 1998 *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Estas tres obras condensan de manera sistemática la continuación de las investigaciones que generaron ideas que subyacen el Modelo de Milán de Mara Selvini. Este equipo tiene como eje principal de trabajo evaluar las intervenciones que realizan en las sesiones y se especializaron en problemáticas que presentaban los y las adolescentes y sus familias.

Características de las familias

Como resultado de sus investigaciones, el equipo de Mara Selvini trazó algunas características particulares de las familias, mismas que permearían el entendimiento de la dinámica del sistema familiar y que impactaría en los objetivos terapéuticos del enfoque (Tabla 12).

Tabla 12. Características de las familias y otros factores de los pacientes toxicodependientes y con anorexia y bulimia.

Características de:	Pacientes toxicodependientes	Pacientes con anorexia y bulimia
Personalidad	“Hijo de mamá” Comportamientos de oposición	Dependientes, Borderline, obsesivo compulsivo o Narcisista.
Hermanos		Un hermano asume el rol paterno Dificultad en relacionarse con pares y establecer relaciones amorosas Actitud crítica y pseudoasistencial Tensión competitiva
Madre	Relación conflictiva con su propia madre. Sólo cumple necesidades instrumentales. Hiperimplicada con el hijo Descalifica al padre Pide al hijo que ocupe puesto de padre Figura central y dominante	Madres rechazantes Devaluadas Privadas de auténtico aprecio de la familia de origen Figura dominante Profundamente apegadas a sus padres, sobre todo con la madre. Tendencia al sacrificio Encajadas en la humillación
Padre	Prematuramente adultizado Carenciados en la infancia Estructura neurótica o borderline y matiz depresivo Ausente, periférico, pasivo y poco autorizado. Distancia solo aparente de su familia de origen	Padres que no se identificaron con los suyos. Con más carencias que sus esposas Seductores Huérfanos y/o criados por parientes “Alejados” Idealizan a sus padres y así mismos Negación de sufrimiento Probablemente exitosos para merecer el amor de sus padres
Pareja de padres	Se solicitan entre ellos necesidades que no fueron cubiertas por sus propios padres.	Excesiva adecuación de la esposa al comienzo de la relación conyugal. El padre se aleja de la madre y de la vida familiar ante alguna crisis. Dificultades entre la pareja en el proceso de crianza de la hija
	Parejas desilusionadas uno del otro al no ver cubiertas sus necesidades.	
Familia de origen de los padres		Machistas en el caso de la madre Numerosas y muy pobres
Raíces socioculturales		Se ven obesas, Sentimiento de inadecuación Ambigüedad en rol de mujer, Países de tercer mundo

Fuente: Selvini et. al.,1998; Cirillo et. al.,1996.

Las familias del toxicodependiente y de la paciente anoréxica-bulímica son muy similares en sus dinámicas generales, por lo que los autores discuten si la cultura es la que predominantemente empuja a las hijas de estas familias a elegir el trastorno alimentario como modo de expresar su propio sufrimiento y a los hijos varones la toxicomanía para dar salida a los mismos sentimientos.

Modelo etiopatogénico relacional

Otra contribución de estos autores es el desarrollo de un modelo etiopatogénico relacional de seis estadios en las familias de jóvenes adictos, lo hicieron pensando en que era necesario relacionar las intervenciones terapéuticas con el estadio en que se encuentre la familia (vinculados con el ciclo vital) para que dichas intervenciones fueran eficaces. Además, los autores proponen tres recorridos, que consisten en el tipo de abandono que los padres ejercen sobre los hijos en las diferentes etapas de su modelo etiopatológico representado en la tabla 13.

Tabla 13. Modelo etiopatogénico relacional y los recorridos en las familias del toxicodependiente.

		Recorrido 1 Abandono disimulado	Recorrido 2 Abandono desconocido	Recorrido 3 Abandono activo
1° Las familias de origen	Carencias en las familias de los padres	Reconocidas pero minimizadas	No reconocidas	Reconocidas pero sólo como carencias ambientales
2° La pareja paterna	Tipos de matrimonio	De interés	Forzoso	Inexistente
	Intercambio emocional en la pareja	Formal	Estancamiento	Ausente
3° Relación madre-hijo en la infancia	Modalidades carenciales	Compromiso remedado	Falta de atención	Instrumentalización
4° La adolescencia		Protesta contra la contrariedad de la madre	Protesta contra la indiferencia/ hostilidad de la madre	Protesta anticipada en la preadolescencia
5° El paso al padre	Actitud del padre hacia el hijo adolescente	Rechazo del hijo de la pareja madre-abuela e intervención maternalizada	Intervención en defensa de la pareja o rechazo del hijo rival interno	Ausente o inadecuado
6° El encuentro con las sustancias estupefacientes	Efectos personales de los estupefacientes	Evita la depresión	Contiene la confusión	Reduce el enfado
7° Las estrategias basadas en el síntoma		Infantilización	Pacto (mujer-marido o madre-hijo)	Expulsividad

Fuente: Cirillo et. al.,1996

A través del análisis de estos resultados, los autores plantearon que la perspectiva del sistema familiar tendría que partir de una visión trigeracional pues concluyeron que existe una transmisión intertrigeracional del síntoma, de forma que existe una explicación relacional/familiar para los problemas planteados:

1. Enredo entre experiencias traumáticas de los padres al formar una familia.
2. No se elabora el trauma, existe una minimización del problema
3. Una configuración familiar donde los padres representan dote afectiva y prevalece un embrollo, es decir, un estancamiento de pareja, pues no se separan a pesar de estar completamente desilusionados uno del otro. Además existe una dinámica de instigación, en la que uno de los padres utiliza al hijo para que éste se manifieste en contra del otro.

A partir de este conjunto de ideas descriptivas, iniciaron la evaluación de diversos tratamientos para las familias de los pacientes con dichas problemáticas.

Propuestas de intervención del grupo de Selvini

Además del uso de las hipótesis, circularidad y neutralidad en sus procesos de entrevista, las estrategias terapéuticas de Mara Selvini y Cols. (1996, 1998) en *La familia del toxicodependiente* y en *Muchachas anoréxicas*, se basan en la reconstrucción con la familia de su historia emocional y relacional, explicitando los eventos carenciales, que de acuerdo a estos autores, es un factor potente de cambio.

Otra sugerencia, es trabajar con los subsistemas (padres, paciente, hermanos, padres pacientes), ya que es casi imposible reunir en todas las sesiones a todo en sistema familiar, lo anterior debido a las características desorganizadas de algunos sistemas con pacientes toxicodependientes, aunque también es una estrategia ligada al desarrollo fisiológico en el proceso terapéutico. En *Muchachas anoréxicas y bulímicas* (1998) los autores evaluaron las siguientes intervenciones con las familias de las pacientes:

1. Paradoja. Se refiere a prescribir el síntoma
2. Prescripción invariable. Consistía en pedir a los padres que salieran juntos o separados del hogar sin comentar a dónde irían, el objetivo de ello era lograr una separación del sistema parental. Al ser evaluado concluyeron que era menos útil en la recuperación de las chicas con anorexia.
3. Revelación del juego familiar. Implicaba directamente al terapeuta, pues explicitaba de forma directa la organización de la familia en un nivel de significado, por más dolorosa que ésta fuera. Concluyeron que era un método menos colaborativo.

Los tres métodos tenían la finalidad a corto o mediano plazo, hacer evolucionar a la paciente de una condición de impotencia y de confusión, en que manifiesta sólo a través del síntoma el sufrimiento que le proviene de posición existencial insostenible en que se encuentra, hacia una apertura al entendimiento de qué ocurre a su familia y así misma.

Debido a que en todas las pacientes el problema de la madre es central, el objetivo del tratamiento con los familiares y con ella en particular, es la rehabilitación de la relación entre estas, que la madre evolucione, responsabilizar al padre de su participación y que tolere la evolución de la madre. Otro aspecto a trabajar será con los hermanos de manera que disminuya la rivalidad para generar solidaridad.

El Modelo de Milán, tal como lo desarrolló Mara Selvini y colaboradores, tiene como objetivo terapéutico la reconstrucción con la familia de su única historia emocional y relacional, explicitando los eventos carenciales, que es un factor potente de cambio. Pretende colaborar en la comprensión del lugar que ocupa el paciente identificado en la familia, explicitando el sufrimiento de la paciente y el de los padres a través de la exploración de la familia de origen, entendiendo el sufrimiento de la generación anterior. Además, en el caso de las adolescentes con anorexia y bulimia, rehabilitar la relación madre-hija.

La metáfora que subyace al trabajo de este grupo, se caracteriza por el “debate o juego”, donde el terapeuta tiene el poder para provocar que la familia acepte las prescripciones, si no

acepta, la sesión termina, concluyendo el juego rígido de la familia. El objetivo radica en “interrumpir a la familia” para que invente un juego menos rígido (Sánchez, 2000).

2.2.4.3 El Modelo de los Asociados de Milán: Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo

Al dividirse el grupo inicial de Milán, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo se dan a conocer como Asociados de Milán, se dedican a formar terapeutas y acercan su programa a diferentes lugares del mundo. A lo largo de su trayectoria estos terapeutas han evolucionado por diferentes fases en su modelo (Reséndiz, 2010), que actualmente se caracteriza por ser una práctica epistemológica, antes que un enfoque o conjunto de técnicas.

Antecedentes

Si bien el trabajo original del grupo de Milán estaba permeado tangencialmente por las ideas de Bateson, es hasta finales de los 70' que el equipo realiza una revisión de sus artículos publicados en inglés. Particularmente Boscolo y Cecchin se muestran interesados en su noción de circularidad cibernética como modelo de sistemas vivos (Boscolo, et. al. 1989).

En 1977 iniciaron la formación de terapeutas, curso que se estaba diferenciando de las prácticas que realizaba Selvini y el resto del equipo, y a su vez deciden no ser formadores de profesión y se dedican a mostrar su trabajo a través del espejo unidireccional. Los estudiantes que observaban, realizaban preguntas dirigidas a su trabajo más que en relación a familia, lo que generó un cambio de atención de la familia a la relación entre esta y el terapeuta, incluyendo al equipo que observa, de esta manera surge la conceptualización de *niveles de observación* que caracteriza su modelo formativo (Rosas, 2004). Este desplazamiento de la atención dio lugar al “interrogatorio circular” que publicaron con Selvini y Prata, ideas que se encontraban relacionadas con las premisas de Bateson. A finales de 1980, suspendieron toda investigación en común con Selvini y Prata.

Desarrollo de premisas (Influencia Batesoniana y Cibernética de segundo orden)

Para Boscolo y Cecchin (Boscolo, et.a., 1989), las ideas de Bateson y posteriormente de Heinz Von Foerster, y otros investigadores, influyeron en la disidencia de las ideas estratégicas en las que inicialmente se basaba su práctica clínica, para así, iniciar con su propio modelo en continuo desarrollo.

Hipótesis, circularidad y neutralidad

Las tres ideas del artículo *Hipótesis, circularidad y neutralidad* representaba un intento por trasladar el concepto de circularidad cibernética de Bateson al trabajo clínico, así, dichas ideas se concibieron como un proceso de evaluación, una técnica de entrevista y una postura terapéutica básica, las siguientes definiciones presentan pequeñas pero significativas diferencias a su conceptualización inicial.

La elaboración de hipótesis. Complementan la idea de que la terapia es una investigación que se realiza con la familia, sin pretender que se trate de una verdad, sino como el intento de un observador de construir con la familia una hipótesis de trabajo que brinde sentido al problema dentro de un contexto. La finalidad es que sea útil y que introduzca nueva información que haga avanzar a la familia.

La circularidad, aplicado al interrogatorio circular, se basa en la idea de que los sistemas vivos se caracterizan por presentar formaciones recursivas más que lineales. Las preguntas las dividen en categorías: Percepción de vínculos, diferencias de grado, diferencias antes y después, diferencias hipotéticas o hacia el futuro. Boscolo y Cecchin (1989) plantean que para determinar la orientación del interrogatorio, utilizan “aperturas” que se refieren a las señales que brinda la familia hacia el desarrollo de una hipótesis.

Neutralidad. Como en la definición previa, se trata de adoptar varias posiciones más no adoptar alguna, en esta etapa, se piensa que el terapeuta es “neutral” durante una sesión, si los miembros de la familia entrevistada no podrían decir que se puso de parte de alguno de ellos. También lo

empleaban este concepto como sinónimo de “esforzarse en no ser inducido por el sistema familiar” y “ser capaz de actuar libremente dentro de la terapia.

Tomm (1987), propone una cuarta directriz derivado de estas premisas, se refiere a la elaboración de estrategias que implique la toma de decisiones del terapeuta, incluyendo las decisiones de cómo emplear estas posturas. Este autor plantea que muchas de las preguntas sí tienen efectos terapéuticos en los miembros de la familia, incluso pueden resultar contra terapéuticos. Desde su punto de vista el terapeuta no puede interactuar con el paciente sin intervenir en su actividad autónoma, por lo que esta postura orienta a los terapeutas a concentrarse más en su propio comportamiento.

Apartir de esta postura, Karl Tomm plantea que elegir adoptar la postura de elaboración de hipótesis es aplicar deliberadamente los recursos cognoscitivos propios con el fin de crear explicaciones y al mantener una postura conceptual sistémica, el terapeuta tenderá a formular preguntas circulares.

En cuanto a la circularidad, Tomm explica que se refiere al acoplamiento estructural dinámico entre el terapeuta y la familia, lo cual le permite establecer las distinciones de la familia y requiere de gran sensibilidad por parte del terapeuta para poder matizar sus propias reacciones sensoriales durante la interacción recursiva con los pacientes.

Con respecto a la neutralidad, el autor y terapeuta asegura que es física y lógicamente imposible permanecer absolutamente neutral, ya que incluso no actuar puede ser considerada como una acción. A pesar de las dificultades que representa, la neutralidad es un concepto sumamente importante, ya que para él, el ser neutral es adoptar una posición en que el terapeuta acepta todo tal como sucede en el presente y evita cualquier atracción o repulsión hacia cualquier cosa que el paciente diga o haga.

De esta forma, la neutralidad se basa en la aceptación de “lo que es” y la elaboración de estrategias se basada en el compromiso de “lo que debería ser”, por lo que el autor advierte que inclinarse demasiado hacia cualquier dirección puede frenar el potencial del terapeuta, incluso

retoma palabras de Bateson en las que existe “una ceguera inherente y falta de sabiduría, cuando hay demasiada intención”.

Propuestas de intervención (Influencia Batesoniana y Cibernética de segundo orden)

Otro tipo de ritual

A diferencia del ritual paradójico, este consistía en formular dos opiniones o mensajes contradictorios e impartían la directiva de que en los días pares se considerara verdadero uno de ellos y en los impares, el otro; para el séptimo día se prescribía “actuar espontáneamente. Se comenzó a interpretar el incumplimiento de una directiva como un nuevo testimonio del modo en que el sistema familiar funciona y una prueba de lo lejano que se encontraban los terapeutas de comprenderlo.

Alterar la puntuación de la familia

Esta era una de las metas en la terapia, se dirigía a alterar la forma en que la familia analizaba e interpretaba una situación o suceso, principalmente a través del interrogatorio circular.

Interrogatorio circular

En este periodo, el interrogatorio circular era considerado como capaz de mostrar la configuración del sistema problema, dejando que en sí constituyera la intervención. Karl Tomm (1988) desarrolló un planteamiento particular con respecto a tipos de preguntas en terapia. El autor menciona que muchas de las preguntas tienen la intención de orientar al terapeuta hacia la situación y experiencias del paciente, mientras que otras tienen la finalidad de provocar un cambio terapéutico, así, las *preguntas de orientación* están diseñadas para desencadenar una respuesta que podría alterar las percepciones e interpretaciones del terapeuta y *las preguntas de influencia* están diseñadas para desencadenar una respuesta que podría alterar las percepciones e interpretaciones de la familia.

Para poder diferenciar las preguntas es importante conocer las suposiciones sobre la naturaleza de los fenómenos mentales y el proceso terapéutico. Estas suposiciones pueden ser concebidas en un continuo, el cual un extremo podría estar las suposiciones fundamentalmente lineales o de causa y efecto, y en el otro las suposiciones predominantemente circulares o cibernéticas. Una intersección entre la intencionalidad del terapeuta y sus suposiciones, sugieren cuatro tipos básicos de preguntas: lineales, circulares, estratégicas y reflexivas (Tabla 14).

Tabla 14. Tipos de preguntas (Tomm, 1988)

Tipo de preguntas	Intencionalidad
Lineales	Se plantean para orientar al terapeuta hacia la situación del paciente y están basadas en suposiciones lineales sobre la naturaleza de los fenómenos mentales, por ejemplo, ¿quién hizo qué?, ¿dónde?, ¿cuándo?, y ¿por qué?.
Circulares	Se caracterizan por una curiosidad general sobre la posible conexión de eventos que incluyen el problema.
Estratégicas	Se plantean con el fin de influenciar a paciente o a la familia de manera específica, y se basan en suposiciones lineales sobre la naturaleza del proceso terapéutico. La intención detrás de estas preguntas es principalmente correctiva.
Reflexivas	Intentan influenciar al paciente o a la familia y se basan en suposiciones circulares sobre la naturaleza del proceso que tiene lugar en el sistema terapéutico.

Fuente: Tomm (1988).

Estas intervenciones no estaban dirigidas a un resultado en particular, sino que procuran empujar de manera cautelosa al sistema hacia resultados imprevisibles. Boscolo y Cecchin (1989) señalaron que dejaron de existir los objetivos, se trataba de un gran observador en constante evolución, que se compone de todas las personas que han quedado adheridas al problema original (centro de atención).

Connotación lógica

La connotación positiva con esta influencia, se manifestaba como una connotación lógica, en la que se utilizaban afirmaciones como “veamos cómo funciona este sistema problema”. Boscolo y Cecchin no consideraban necesario señalar si un problema era útil o no, bastaba

mencionar que las personas se habituaban a él y por ello podía ser complicado romper con dichos hábitos, de manera que a la familia le es difícil mantener sus anteriores ideas con respecto al problema, quedando en libertad para buscar una alternativa al síntoma. La influencia de Bateson durante este periodo se refleja en el vocabulario que el grupo Milán tuvo constantemente para nombrar su método.

Desarrollo de premisas (Influencia constructivista, construccionista y dialógica)

Las influencias recientes, relacionadas con la noción de que la realidad es un constructo social y no se tiene acceso a ella, asociado a la importancia del lenguaje y significados entre las personas, son aceptadas en la actualidad y el equipo de Milán las considera para privilegiar el marco de sentido o significado en su práctica clínica, sin negar el nivel conductual. Una de sus primeras premisas de trabajo en esta etapa, fue pasar definitivamente de los sistemas observantes a los sistemas observados, posteriormente el análisis de los sistemas se hace más complejo.

No se puede cambiar bajo una connotación negativa

Boscolo y Cecchin fueron incluyendo en su práctica ideas de la Cibernética de segundo orden, en las que Von Foerster (1991) refiere que el observador es parte de la descripción de lo observado, de manera que la objetividad, tal como se define, es imposible. Además el observador que describe lo hace a través de filtros culturales, familiares y de lenguaje, por lo que no se trata de una descripción privada y autónoma. Asumiendo estas ideas, Boscolo y Cecchin (1989) señalan que el sistema no crea al problema, sino que el problema crea al sistema, mencionan los diagnósticos psiquiátricos como ejemplo, en el que dichos diagnósticos existen a los ojos de un observador y como este es que se lo atribuye, refuerza su existencia.

Complejidad del análisis de los sistemas

Cronen, Johnson y Lannaman (1982) proponen un nuevo modo de concebir la comunicación y la realidad, en el que existen varios niveles de comunicación en los cuales no existe una separación, sino se tratan de circuitos recursivos, a través de los cuales los distintos

niveles tienen influencia entre sí constantemente. Lo anterior genera la posibilidad de que los contenidos modifiquen el contexto o que se conviertan en marcadores de contexto, considerando la posibilidad de que el contexto influya en los significados. Se proponen seis niveles de significado: Contenido, Actos lingüísticos, Episodios, Relaciones, Biografía interna y Modelos Culturales.

Sistema significativo

Es un concepto que se utiliza para referirse a la definición del problema como una ecología de ideas sobre el problema. Dicho sistema incluye al mismo Centro de atención, la familia y la persona o institución que los ha derivado, en ocasiones incluye a otros sistemas que se encuentran relacionados como la escuela o instituciones de justicia.

Entendimiento

Clínicamente el principio básico de este modelo es ayudar a la familia ver las opciones que tiene y colaborar en la fase de elección, cuyo proceso esencial es el entendimiento. Lo que hace el equipo es tratar de entender bajo qué premisas funciona la familia y brindar oportunidades para que la familia tome otra perspectiva en sus problemas. Para lograrlo, se hace uso de los principios generados desde la primera etapa del equipo de Milán: Hipotetización, Circularidad y neutralidad, este último entendido como imposible de lograr pero indispensable concebirlo.

Postura de respeto

El grupo de Milán acepta la definición de respeto como aquello que permite tratar al otro como similar y en general tratar al hombre siempre como fin y nunca como medio, Cecchin (2005) se refiere a que el terapeuta buscará tener respeto por la “elección de las personas”, en las circunstancias en las que se encuentran y con las relaciones que tienen.

Postura de irreverencia.

Se trata de una tendencia del terapeuta que le permite construir nuevas posibilidades para el sistema significativo, es decir, colaborar con la familia con la finalidad de multiplicar el número de opciones posibles (Reséndiz, 2010).

Tener consciencia de los prejuicios

Por prejuicios se entiende la serie de fantasías, ideas, verdades, hipótesis, modelos, sentimientos y convicciones ocultas que contribuyan en un encuentro con otros seres humanos a la formación de puntos de vista, percepciones y acciones. Para el grupo de Milán es importante que el terapeuta sea consciente de sus propios prejuicios, de tal forma que pueda asumir su responsabilidad y utilizarlos en la interacción terapéutica, lo anterior bajo la premisa que una vez que se es consciente y responsable de las ideas, es posible servirse de ella o incluso ser irreverentes hacia ellas (Cecchin, Ray y Lane, 1997).

Considerar el tiempo

Para Boscolo y Cecchin (1992), la consideración del tiempo puede abrir nuevas perspectivas en la terapia y en la investigación, entendiéndolo como una construcción social y conceptualizado como parte de un “anillo reflexivo”, ya que el pasado es definido por los acontecimientos actuales y las relaciones existentes y el presente se define recíprocamente. Aún más, este anillo reflexivo se complejiza incluyendo al futuro pues recibe su significado del presente y pasado.

Intervenciones

Más que intervenciones, el modelo de Milán se ha considerado como una práctica epistemológica en la que la postura del terapeuta, como parte del sistema significativo, colabora con la familia a entender y multiplicar las posibilidades ante las premisas que configuran al sistema problema.

Algunos de los recursos que utiliza son parte de las premisas antes mencionadas: Postura de respeto, de irreverencia y la consideración del tiempo, además hace uso de las preguntas circulares; sin embargo, no se consideran una técnica, sino producto de una visión recursiva. También hacen uso de las conceptualizaciones de hipotetización y neutralidad para concebir el proceso terapéutico.

Actualmente el término diálogo se refiere a la visión de la relación terapéutica como una danza interactiva en los cuales los interlocutores se van turnando en el alternar y dar forma al discurso. Para Bertrando (En Reséndiz, 2010) se trata de un interés genuino por el espacios relacional y político entre las personas, también de una visión hipotética de mundos posibles, la atención a la posición del terapeuta dentro del sistema y el interés por la construcción de la relación terapéutica.

Boscolo y Cecchin reconocen el impacto de las ideas de Bateson y otras influencias más actuales en su práctica clínica como las posmodernas; sin embargo, manifiestan que la segunda influencia para su trabajo ha sido la realimentación de los terapeutas en formación, esta coevolución entre maestros y principiantes los ha llevado a nombrarse “consultores de sistemas” más que terapeutas familiares. Actualmente existen otros autores y terapeutas que han continuado con la evolución del Modelo como Paolo Bertrando y Laura Fruggeri, entre otros.

Consideraciones finales

Ambas bifurcaciones descritas de la escuela de Milán partieron de un equipo de trabajo entregados al entendimiento de las familias, cada una de ellas han dirigido su desarrollo hacia diferentes formas de entenderla con resultados en beneficio de los sistemas familiares y una aportación invaluable al desarrollo de los procesos terapéuticos sistémicos, a la investigación de los mismos y la formación de profesionales en la intervención clínica.

Por un lado las ideas de Mara Selvini continúan en investigación y aplicación a través de la Escuela de Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli fundada por Stefano Cirillo, Matteo Selvini y

Ana María Sorrentino, generando nueva información de las características de las familias constituidas con algún integrante diagnosticado psiquiátricamente. Y por otro lado, el Centro Milanés de Terapia Familiar continúa desarrollando los trabajos de Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo a través de Paolo Bertrando, Marco Bianciardi y otros asociados, mismos que se han caracterizado por mantener congruencia entre la evolución de su epistemología y su práctica con sistemas.

2.2.5 Modelo Narrativo

Antecedentes

La terapia narrativa es representada principalmente por los trabajos de Michel White y David Epston, estos autores publicaron escritos para presentar el desarrollo de sus intervenciones alrededor de los años 80' y 90', para ello, retomaron principalmente premisas del construccionismo social, ideas de Michel Foucault y Gregory Bateson.

David Epston nace en 1944 en Canadá, donde permanece hasta 1963 cuando viaja a Nueva Zelanda, en la Universidad de Auckland realizó estudios de Antropología y Sociología, en 1976 realiza una maestría en Estudios Sociales en la Universidad de Warwick, en Reino Unido y en 1997 recibe un Certificado en Trabajo Social. Desde 1981 fue consultor terapeuta familiar y desde 1987 es codirector del Centro de Terapia Familiar en Auckland, a finales de 1970' estuvo en contacto Michel White para ser los principales representantes de la Terapia Familiar en sus respectivos países (McNamee y Gergen, 1996; Jack Hirose & Associates, 2010).

Michel White nació el 29 de diciembre de 1948 en Adelaide, Australia del Sur y muere el 04 de abril del 2008 en San Diego, California; se formó en Trabajo Social y trabajó como Terapeuta Familiar, en 1983 fundó el Centro Dulwich para iniciar su práctica privada y en enero del 2008 fundó el Centro de Terapia Narrativa en Adelaida; la elaboración y práctica de sus ideas, junto con las de Epston, son reconocidas en el campo de la Terapia Familiar como fundadoras de la Terapia Narrativa, a mediados de los 90' ambos enseñaban en la Universidad John F. Kennedy, cerca de Berkeley, California. En 1996, recibió un doctorado en Letras

Humanísticas por iniciativa de sus colaboradores, pues sin su consentimiento, ingresaron la solicitud por “el total de sus obras publicadas”. En palabras de Epston, White fue una persona humilde y determinada, privilegiando la práctica a la erudición (Epston, 2009).Cómo se mencionó, la práctica de la terapia narrativa se fundamenta en la epistemología posmoderna.

Construccionismo social

Recordemos, el construccionismo social surge como alternativa epistemológica ante el cuestionamiento de una postura positivista derivada de un contexto moderno en que era posible tener acceso a una realidad cognoscible, ésta posición se debilita ante la críticas en otras áreas de conocimiento como la física y del ámbito social, sobre todo con las críticas feministas. Así, el construccionismo social es considerado como una postura epistemológica que se desarrolla en un contexto social posmoderno, en el que se pone en tela de juicio la supremacía de la ciencia para el estudio de los asuntos humanos, cuestiona la teoría de la correspondencia según la cual el lenguaje es un reflejo del mundo exterior y cree que la “realidad” depende de los relatos y de las interpretaciones (Hoffman, 1998).

El construccionismo social se remonta al trabajo de los sociólogos P.L. Berger y T. Luckmann (1968), quienes sugieren una relación entre perspectivas individuales y procesos sociales, la naturaleza social del conocimiento, y por lo tanto una multiplicidad de interpretaciones posibles. Más recientemente el construccionismo social se asocia con Jerome Bruner, Nelson Goodman, Rom Harré, John Shotter, Donald Polkinghorne, Theodore Sarbin, Clifford Geertz y Charles Taylor, quienes ofrecen su propia interpretación. Sus representantes actuales tienen a su mayor exponente en la obra de Kenneth Gergen (Anderson, 1999, Feixas y Villegas, 2000).

Para Gergen (1992) los términos en los cuales se entiende el mundo son constructos sociales, producto de intercambios entre personas, e históricamente localizados, es decir, el proceso de comprensión no es automáticamente producido por las fuerzas de la naturaleza, sino que es el resultado de una tarea cooperativa y activa entre personas en interrelación, además sugiere que la búsqueda se dirija a las bases culturales e históricas de las diversas formas de

construcción del mundo. McNamee y Gergen (1996) proponen el construccionismo en terapia como una forma de indagación, buscar y explicar los procesos por los cuales la persona describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive, incluyendo su propia participación.

Michel Foucault

White retomó ideas del psicólogo y filósofo Michel Foucault, sobre todo las contenidas en su libro *Poder y Conocimiento*, donde realiza un análisis de la aparición de la medicina moderna en la cultura occidental y como los sistemas de conocimiento como la medicina pueden llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en “sujetos” deshumanizados mediante clasificaciones científicas que se ejecutan con “la mirada”. White retoma de las prácticas de poder, que penetran en la vida de las personas y la modelan en sus niveles más profundos (actitudes, deseos, cuerpos, costumbres, etc.), Foucault comparaba éstas prácticas con una forma de adiestramiento, según este filósofo, en los sitios locales como las familias, hospitales o prisiones, se perfeccionaban dichas prácticas de poder, de manera que antes de ser centralizado y ejercido de arriba hacia abajo, este sistema de poder era admitido de manera local. Por lo anterior proponía que los esfuerzos por transformar las relaciones de poder en una sociedad, debían dirigirse en el nivel de lo cotidiano (Epston, 2009; White, 1994).

Foucault (en White, 1994) utilizaba la metáfora del panóptico de Bentham, para ejemplificar esta forma de poder, pues la percibía como tecnologías que determinan la conducta del individuo y los someten a ciertos fines o dominación, a una objetivación del sujeto, de manera que las personas se convierten en participantes para disciplinar o vigilar sus propias vidas, fenómeno que rara vez es consciente, pues se disfraza bajo la condición de “verdades”.

Gregory Bateson

White también reconoce su inspiración en el antropólogo, científico social y epistemólogo Gregory Bateson, quien decía que la vida psíquica se puede entender como resultado de la organización individual y de la experiencia relacional, dio énfasis en la comprensión a través de marcas de contexto, derivado de sus ideas acerca de cómo sabemos lo

que sabemos, la importancia de las “diferencia que hace la diferencia” en los sistemas vivos y “las pautas que conectan”.

A través de estas ideas, la terapia narrativa que desarrollan principalmente White y Epston, con otros autores, plantean a la terapia como una construcción social (McNameey Gergen, 1996).

Premisas

Una postura reflexiva con enfoque interpretativo y hermenéutico. Hoffman (1992), habla de una **postura reflexiva** en la terapia familiar, en la que narra cómo durante su práctica clínica cada vez cuestionaba las posiciones de poder y la llevaban a mencionar con mayor frecuencia la palabra *reflexivo*, definida como el doblamiento o despliegue de algo sobre sí mismo. Este concepto en las relaciones implica la existencia de una equidad en la participación, aun cuando las partes puedan tener posiciones o características diferentes, de esta forma, la autora asume que los formatos del enfoque de terapia narrativa y colaborativo se caracterizan por procedimientos que privilegian el prefijo “co” (co-evolución), lo que indica una preferencia por un proceso de influencia mutua, en la que se cuestiona el elevado estatus del profesional.

Al mismo tiempo, Anderson y Goolishian (1992), presentan ideas que representan su interés por un **enfoque interpretativo y hermenéutico** para entender la terapia, sobre todo la idea de *ignorancia* del terapeuta y su importancia para hablar de una conversación terapéutica y de preguntas conversacionales. Estos autores se mudan de una postura en la terapia familiar centrada en la estructura social (cibernética) a una postura en que privilegian la generación del *significado* humano, entendido como la creación y experiencia de los individuos que conversan. Así, mencionan las premisas en las que se apoya su postura narrativa:

1. Los seres humanos como generadores de lenguaje y significado, por lo que la comunicación y el discurso definen la organización social.

2. El significado y la comprensión se construyen socialmente, no tenemos acceso al significado ni a la comprensión si no tenemos acción comunicativa (compromiso en el dialogo generador de significados).
3. En terapia, el sistema se consolida dialógicamente alrededor de cierto “problema”.
4. La terapia es un hecho lingüístico que se da dentro de una “conversación terapéutica”, que se trata de la búsqueda, un entrelazamiento de ideas en que nuevos significados se desarrollan continuamente.
5. El terapeuta es un participante observador y facilitador de la conversación terapéutica (artista de la conversación).
6. El terapeuta formula preguntas desde una posición de “ignorancia”.
7. Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
8. El cambio es la creación dialogal de la nueva narración. Su poder transformador de la narración se debe a la capacidad para relatar o re-lacionar los hechos de nuestras vidas en el contexto de un significado nuevo y diferente.

Como se puede observar la postura narrativa enfatiza el papel del lenguaje, la conversación, el yo y el relato, todo encaminado a generar un nuevo significado basado en el relato lingüístico y explicativo del cliente, mismo que brinda la posibilidad de nuevos futuros y la mejor forma de lograrlo, es generando preguntas de una auténtica curiosidad por lo que “no se sabe” acerca de lo que se escucha.

Identidad y narración

White y Epston asumen la importancia de apoyarse en la analogía textual (Ramos, 2001), que afirma que la historia o narración brinda el marco dominante para la experiencia de vida y para la organización de dicha experiencia, por lo que se puede definir la narración como unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida, es decir, entramos en las historias, otros nos hacen entrar en ciertas historias y vivimos nuestra vida a través de esas historias. Por lo que White y Epston (1990) argumentan que:

1. Los relatos en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la experiencia.
2. Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos de la experiencia que se expresarán.
3. Determinan la forma de la expresión que damos a esos aspectos de la experiencia.
4. Determinan efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones.

De acuerdo a lo anterior, lo que es denominado como identidad, se puede considerar como el producto de la tendencia de la experiencia donde el ser permanece constante, Linares (1996) plantea que alrededor de la identidad se establece la narrativa, es decir, el contacto con el exterior mediante los procesos comunicacionales que constituyen la relación y, de esa forma, el núcleo de la identidad puede modificarse incorporando nuevos elementos o desprendiéndose de otros, lo que da lugar a la premisa de la inexistencia de una identidad totalizadora y permanente.

La terapia narrativa de White y Epston se basa en lo anterior, ya que las vidas y las relaciones de las personas son moldeadas por relatos que usan para dar significado a sus experiencias; su terapia de re-escritura pretende colaborar con las personas para resolver problemas por medio de: a) permitiéndoles separar sus vidas y relaciones de los conocimientos/relatos que sean empobrecedores, b) cuestionar las prácticas del yo y de las relaciones que sean opresoras y c) alentando a las personas a re-escribir sus vidas según conocimientos/historias y prácticas del yo y de las relaciones alternativas que tengan mejores desenlaces o sean más útiles para las personas.

Para lograrlo se proponen formas de conversar entre el terapeuta y el consultante, con la posibilidad de incluir más voces como representa el equipo reflexivo.

Propuestas de intervención

El Modelo de Terapia Narrativa se entiende más como una práctica epistemológica, que como un conjunto de herramientas de intervención; sin embargo, sus principales representantes

proponen ciertos elementos y tipos de conversaciones que caracterizan el trabajo clínico con enfoque narrativo.

Las intervenciones que se desarrollan durante una sesión, parten de la idea de una **escucha activa** basada en un interés genuino por los relatos que las personas hacen de su experiencia, por lo que la primera parte del trabajo consiste en tratar de comprender lo que le pasa a la persona, para ello es necesario un continuo “acuse de recibido” por parte del terapeuta con la finalidad de que la persona sepa que el terapeuta ha logrado algún grado de comprensión (White, 2002).

En las conversaciones que sugiere el autor se realiza un ejercicio de **deconstrucción** que consiste en cuestionar las ideas que sustentan las historias dominantes de las personas, la forma de hacerlo consiste en la objetivación de las prácticas de poder de las que habla Foucault. Lo anterior se logra incitando a las personas a externalizar vivencias relacionadas con dichas prácticas.

Conversaciones externalizadoras

Se refiere a una manera de comprender lo que ocurre a las personas, se trata de explorar con ellas sus experiencias del problema, en esta conversación el terapeuta alienta a las personas a que relaten de qué manera el problema ha estado afectando sus vidas y sus relaciones, bajo la premisa de que la persona es la persona y el problema es el problema, pues con el tiempo las personas consideran que el problema expresa su identidad. Con este tipo de conversación se crea una atmósfera diferente alrededor del problema, en el que las personas pueden ver el problema como algo que está actuando sobre ellas desde el exterior y no es intrínseco a ellas, pues de pensarlo así, dificulta que las personas puedan experimentar nuevas posibilidades para la acción.

Para el desarrollo de dicha conversación se propone *trazar el mapa de los efectos del problema*, lo que es útil cuando el problema parece especialmente intratable y la conversación externalizadora se sugiere sea amplia. Este tipo de conversaciones son particularmente útiles cuando los problemas que experimentan las personas tienen un efecto totalizante sobre sus vidas.

Conversaciones de Re-autoría.

Son aquellas conversaciones en las que el consultante puede co-construir otras historias alternativas a la dominante con el terapeuta, para ello el terapeuta está atento al discurso de la persona para detectar eventos extraordinarios y realizar preguntas que “engrosen” la experiencia hasta tener la posibilidad de escuchar una historia alternativa, muchas de las preguntas que se proponen en este tipo de conversación con aquellas que se refieren al panorama de acción y al panorama de conciencia.

El panorama de acción se refiere a comprender los detalles que rodearon determinada situación, está constituido por experiencias que están reunidos en secuencias que se desenvuelven en el tiempo y según tramas específicas; las personas también realizan una descripción del panorama de conciencia, en estas descripciones plantean los significados, es decir, las interpretaciones que se hacen por medio de la reflexión, de los eventos en el panorama de acción, habla acerca de los deseos, preferencias, cualidades, motivos, metas, valores, creencias y compromisos de diferentes personas.

En las conversaciones de re-autoría se invita a las personas a practicar un intercambio entre ambos panoramas, reflexionando de lo podrían significar los acontecimientos alternativos en el panorama de acción y determinando que eventos reflejan mejor las descripciones que prefieren en el panorama de conciencia. Se propone que ambas áreas deben progresar, pues el panorama de acción puede cambiar pero si la manera de interpretarlo no o viceversa, no existe una diferencia en la experiencia de la persona.

White (1994) propone una clasificación de preguntas para las conversaciones de re-autoría y se describen en la tabla 15.

Tabla 15. Tipos de preguntas y sus efectos.

Preguntas	Efecto
Sobre logros aislados <i>¿Recuerda alguna ocasión en la que pudo caer en el problema pero no lo hizo?</i>	Incita a la persona o familia a discutir sobre las intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas, que de otra manera pasarían inadvertidos.
Relativas a la explicación única <i>¿Cómo logro dar ese paso?</i>	Instan a las personas y familia a dar sentido al logro aislado.
Relativas a la redescrición única <i>¿Qué le dice sobre sí mismo?</i>	Estimulan a la persona o miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a operar en el panorama de conciencia y hacer que se manifiesten otros conocimientos.
Sobre posibilidades únicas <i>¿De qué manera conocer esto sobre sí influye para... (futuro)?</i>	Para especular en el futuro personal y sus relaciones, lo que está relacionado con sus explicaciones y resdescripciones únicas.

Fuente: White (1994).

Estas preguntas pueden ser directas o indirectas y se sugiere sean modificadas de acuerdo a la retroalimentación que se produzca en las respuestas de las personas.

Conversaciones de Re-membraza.

Partiendo de la idea que los relatos de las vidas son negociados y distribuidos en comunidades de personas, se propone hacer participar a las comunidades de personas en la renegociación de la identidad. Durante la sesión el terapeuta piensa en los públicos posibles para participar en la autenticación de las afirmaciones preferidas que están surgiendo en el proceso de la terapia. Así, el terapeuta se esfuerza por rastrear la historia de aquellos relatos alternativos y a menudo se encuentra con personas a quienes el consultante no ha visto en años, de forma que el terapeuta facilita importantes reencuentros que restablecen fuertes lazos. Es una forma de integrar a otros en la vida a través de la narración.

Testigos externos

Se refiere a las personas que avalan el cambio, un importante ejemplo de ello es el equipo reflexivo, el cual tiene sus orígenes en el trabajo del grupo de Milán, ya que utilizaban la observación de las sesiones terapéuticas a través de un espejo bidireccional, luego, en 1987 Tom Andersen publicó su trabajo “The reflecting team”, lo cual puso en contacto al mundo de la terapia familiar con una idea muy diferente del equipo terapéutico al tradicional y con una idea muy diferente acerca de la participación de los miembros del equipo (elaboración de hipótesis). Posteriormente en 1980, Karl Tom dio a conocer el concepto de equipo reflexivo (White, 2002).

La justificación teórica se basa en las posibilidades o alternativas a las que la persona tiene acceso, sustentado en el construccionismo social, ya que la posibilidad de escuchar múltiples voces hace posible que la persona privilegie la que le sea más útil, de forma que se convierta en participante activo de su propia historia. La importancia del equipo subyace en que representan a los “testigos externos” que validan las historias y las identidades de los consultantes. Aunque White (2002) propone una modalidad de equipo reflexivo desde una postura más colaborativa, en la que los participantes sitúan sus comentarios en el contexto de su vida personal con la finalidad de controlar el desequilibrio de las relaciones de poder, en este apartado se aborda la propuesta que realiza Andersen (1991).

Una de las características del equipo reflexivo es que las conversaciones son abiertas, Tom Andersen propone que las reflexiones del equipo deben basarse en lo expresado durante la sesión y no retomados de otro contexto, esto es importante porque el equipo está validando la historia que acaba de escuchar; es importante tratar de no transmitir connotaciones negativas o que puedan ser entendidas como tales, también es necesario que los participantes se miren entre sí, ya que el consultante fungirá como observador y escucha de su propia historia, de mirarlo indicaría que se le incluye en la conversación y ésta pierde su capacidad terapéutica. Al inicio se da la indicación al observador (consultante) que puede o no escuchar la conversación, para que tenga agencia sobre su historia.

Documentos

White y Epston (1990) proponen centrarse en la identificación de aquellas personas que podrían contribuir a los desarrollos preferidos de la vida del consultante y en cómo se podría comprometer a esas personas en el proyecto, para ello las cartas y otras formas de documentación son muy útiles. Las cartas son un relato de los acontecimientos que tienen lugar en la terapia y tienen diferentes énfasis, por ejemplo, puede ser un espacio importante para la reformular la trama dominante, lo que tiene gran significación y contribuye a una forma de testimonio que puede tener el efecto de liberar a las personas de los efectos del problema que ha perpetrado en sus vidas. También se han desarrollado documentos en forma de certificados que acreditan los logros de los consultantes, por ejemplo, al apartarse, resistirse, oponerse, educar, declinar las invitaciones, domesticar, etc. al problema y brinda al que lo recibe un sentido de agencia sobre el problema.

Limitaciones y críticas del Modelo

Una de las principales críticas que se realiza a la propuesta del modelo narrativo radica en cuestionar que el ejercicio de la conversación terapéutica tenga un efecto en las conductas de los consultantes y que implique un cambio clínico significativo, ya que bien puede modificarse el discurso sin que necesariamente esté relacionado de forma directa con la forma de conducirse o concebir la propia vida, por lo que el modelo puede entenderse como un conjunto de herramientas para reconfigurar el discurso del problema, sin profundizar en el análisis entre el lenguaje, la experiencia y el tipo de cambio que se espera (Díaz, 2007).

Minuchin (1996), menciona que al ver a Michel White en una sesión didáctica era como ver a un “perro ovejero trabajando”, refiriéndose que se trataba de “empujar” a las personas por medio de preguntas a ver sus historias más positivas, que era lo que él quería para ellos, incluso habla de que el terapeuta cambia la historia vieja y convence al consultante que la historia nueva es más verdadera que la vieja; esta opinión ya ha sido rebatida en el campo de la terapia y parece muy reduccionista. Este mismo autor publicó su artículo *¿Dónde queda la familia en la terapia familiar narrativa?* (1998), en el que plantea sus posición ante la invisibilidad del contexto

familiar en los escritos de Harlene Anderson, suponiendo que para ella representa un concepto restrictivo, por otro lado refiere los escritos de Freedman y Combs (1996), en el que proponen en su trabajo de parejas, que uno de los integrantes se mantenga como escucha de la narrativa del otro y reflexione sobre ello, por lo que Minuchin replica que en esos casos los autores olvidan la observación de la forma en que los miembros de la familia afectan a las transacciones de los demás, por lo anterior, el autor cuestiona si las terapias narrativas contribuyen al campo de la terapia familiar.

Otra de las críticas que sobresalen es la falta de evidencias sobre su efectividad en los casos, relacionado a la misma postura que niega una metodología culturalmente aceptada como lo es la visión positivista.

Consideraciones finales

El modelo de terapia narrativa surge como propuesta terapéutica ante las ideas derivadas del construccionismo social en que la interacción, relación, comunicación entre las personas crean significados que moldean, dirigen y mantienen las historias dominantes de las personas, en muchas ocasiones, historias saturadas de problemas, aunado a una historia cultural predominante que se ha instaurado en la vida de las personas bajo las prácticas del poder, considerando sistemas más amplios al individuo y familia.

El modelo propone alternativas de intervención que están sustentadas bajo premisas ampliamente aceptadas en el campo; sin embargo, en palabras de uno de sus principales representantes White (2002), no se trata de un enfoque o modelo de intervención, pues manifiesta que es una práctica epistemológica, filosófica o forma de ver el mundo, para generar un cambio con la otra persona a través del contacto personal y conversacional que se establece, a pesar de esto, otros terapeutas o teóricos han tratado de sistematizar su práctica; sin embargo, de acuerdo al planteamiento de White, más que aprender las formas de intervención se requiere concebirse a sí mismo, a los otros y al mundo desde un lugar heterárquico, dónde las personas somos seres generadores de lenguaje y significado.

2.2.6 Modelo Colaborativo

El enfoque colaborativo es parte de los llamados modelos posmodernos debido a que se fundamenta en los principios epistemológicos del construccionismo social y de la misma manera, enfatiza tratarse de una postura filosófica que genera en el terapeuta la capacidad de establecer un dialogo con las personas, a través de las cuales se logra dar lugar a historias que han estado presentes pero no han sido percibidas por las mismas en el contexto de las dificultades que les aquejan e incluso permite enfatizar sus fortalezas personales. Por su misma epistemología, se trata de un enfoque que continúa reescribiéndose de manera continua con las aportaciones de su principal representante en la actualidad, Harlene Anderson.

Antecedentes

La historia de la postura colaborativa inicia, por una parte, en 1970 cuando Harlene Anderson tuvo contacto con Harry Goolishian y la terapia de contacto múltiple (TIM) en la University of Texas Medical Branch en Galveston, Texas. La TIM fue originada por Goolishian y sus colaboradores, se trataba de un formato breve dirigida a familias con hijos adolescentes en un trabajo multidisciplinario bajo la premisa de reducir los problemas de comunicación entre los profesionales involucrados en la atención del paciente para ayudar a las familias a crear un proceso de autorehabilitación que les permitiera enfrentar las crisis de su miembro adolescente en el menor tiempo posible.

El trabajo de Goolishian y sus colaboradores estuvo influenciado por los trabajos realizados por el grupo de Palo Alto y Bateson con respecto a la comunicación, así como de la práctica clínica de Sullivan, Bell y Bowen (Beltrán, 2004); en la práctica se valoraban los recursos de las familias y de la comunidad, así como la autorreflexión, el cambio autogenerado y el aprendizaje con la familia, valoraba la diversidad y multiplicidad de voces, el entrenamiento en vivo y la supervisión en equipos organizados no jerárquicamente, convicciones y formas de trabajo que entonces no tenían un fundamento epistemológico bien definido.

La asociación de Goolishian y Anderson se formalizó en 1977, al fundarse el Galveston Family Institute, junto con Paul Dell y George Pulliam, trabajando de manera inicial con las premisas de la cibernética de primer y segundo orden, las cuales fueron abandonadas al valorar las posturas de la hermenéutica y las teorías socioconstruccionistas, aunque la cibernética de segundo orden ha dejado su huella en los fundamentos del enfoque colaborativo.

Paulatinamente el lenguaje fue adquiriendo énfasis, en un inicio debido a la influencia de la Teoría de la Comunicación Humana, para posteriormente dejar de considerar el lenguaje como una función o como una herramienta semejante a la retórica para considerarlo generativo, la esencia del dialogo y por tanto, la esencia del proceso terapéutico. La comunicación del grupo se establecía ya con Kenneth Gergen, Lynn Hoffman, Tom Andersen y otros.

En 1987, Anderson y Goolishiandenominaron a su trabajo enfoque terapéutico de sistemas lingüísticos creados en colaboración, expresando públicamente su preferencia por el sentido que le daban al lenguaje. Goolishian muere en 1991 continuando con su obra Harlene Anderson, quien ha publicado que sus principales influencias filosóficas provienen del construccionismo social, hermenéutica y de la narrativa.

Principios del enfoque

Anderson retoma a Virgilio: “Construimos nuestros destinos con los dioses que elegimos”, refiriéndose a que cada paradigma define los problemas y el modo de abordarlos, los paradigmas dan forma a los problemas y los problemas sustentan a los paradigmas.

Ante las limitaciones, fronteras y desilusiones de la terapia modernista, surge el pensamiento posmodernista, que avanza hacia una pluralidad de narrativas más locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder, así, el posmodernismo ve al conocimiento como una construcción social, al conocimiento y al conocedor como interdependientes, partiendo de la premisa de una interrelación entre contexto, cultura, lenguaje, experiencia y comprensión (Lyotard, Madison, en Anderson, 1999). La autora menciona que le

interesa todo el paisaje posmoderno pero los puntos centrales de su conceptualización se apoyan en dos perspectivas interpretativas, la hermenéutica filosófica contemporánea y el construccionismo social, ambas ven a los sistemas humanos como entidades complejas integradas por individuos que piensan, interpretan y comprenden.

La hermenéutica se ocupa de la comprensión y la interpretación; comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conducta humana, y comprensión como proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete. La hermenéutica sostiene que la comprensión siempre es interpretativa; misma que es circular porque siempre implica una referencia a lo conocido. Así, comprender significa sumergirnos en el horizonte de otra persona, y es un proceso recíproco donde uno se abre al otro, siendo un proceso activo, de un diálogo activo.

Recordemos que el Construccionismo Social se remonta al trabajo de Berger y Luckman (1968), cuya obra sugiere una relación entre perspectivas individuales y procesos sociales, la naturaleza social del conocimiento y por tanto una multiplicidad de interpretaciones posibles, de acuerdo a Gergen (en Anderson, 1999) el construccionismo busca explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive (incluyendo su propia participación).

De esta forma, Anderson se centra en el proceso de conversaciones dialógicas interiores y exteriores, le interesa la transformación en ese proceso, cómo se crea el conocimiento, como proceso creativo y cómo se es terapeuta en relación con su cliente.

Los principios rectores de este enfoque radican en el lenguaje como conversación y la colaboración como una postura terapéutica. Anderson (1999) define a la terapia como un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativa, es decir, una búsqueda conjunta de posibilidades, lo anterior se concibe bajo las siguientes premisas:

- a) Los sistemas humanos son sistemas generadores de lenguaje y sentido.

- b) Al construir realidad, son más formas de acción social que procesos mentales individuales independientes.
- c) Una mente individual es un compuesto social y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
- d) La realidad y el sentido que nos atribuimos, que atribuimos a otros, a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
- e) El lenguaje es generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social.
- f) El conocimiento es relacional, está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

Dichas premisas involucran un movimiento en las definiciones del sistema social, en los procesos terapéuticos y posición del terapeuta. Harlene Anderson menciona que las personas asisten a terapia por muchas razones, usualmente, porque han llegado a un punto de pérdida del sentido de autonomía, ya sea como individuos o como miembros de una familia o de otro sistema relacional, pierden la capacidad de dialogar y la fe en sus posibilidades de resolver con eficiencia sus problemas, por lo que distingue la importancia de cómo se habla de algo a su contenido. Anderson concibe a los problemas como dilema o situación vital más que de problema porque cree que los problemas no se resuelven, si no se disuelven.

Así, un problema y el significado que se le atribuye no son sino realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje, es una entidad, una persona o una cosa, definida en el lenguaje que es motivo de perturbación, preocupación, queja o alarma para alguien, algo que esa persona o personas querrían cambiar.

En cuanto a la persona, Harlene Anderson privilegia la voz del cliente, pues ellos saben mucho más de su vida de lo que sabe el terapeuta y piensa que el saber del terapeuta puede estorbar sus narrativas y la movilización de sus propios recursos. Anderson incluye las voces de sus propios clientes, las de sus clientes de otros terapeutas con quienes ha conversado y las de clientes a quienes entrevistó específicamente sobre sus experiencias terapéuticas. Partiendo de

estos consejos de expertos, propone un análisis y un marco de referencia para crear lo que llama conversaciones dialógicas y relacionales narrativas colaborativas, el cual concibe como un proceso y una relación caracterizados por la conexión, la colaboración y la construcción.

Otro aspecto relevante de la concepción del cliente, es que las concibe como personas multifacéticas, dotadas de sí-mismos relacionales construidos en el lenguaje, no son entes determinados por características únicas e inamovibles. Un terapeuta y un cliente participan como coinvestigadores para crear lo que “descubren”.

Para presentar la aplicación clínica de los principios, Anderson (1999) hace mención de tres cuestiones básicas: la posición del terapeuta, el proceso de la terapia y el sistema terapéutico.

Aplicación clínica del Modelo Colaborativo

El Modelo Colaborativo no tiene un esquema o formato de intervención específica como los Modelos de intervención antes mencionados, se trata de una postura filosófica como lo manifestaron también los representantes del modelo narrativo, la diferencia con éste último es que las conversaciones en el Modelo Colaborativo son aún menos dirigidas respetando las líneas de dialogo que prefiera la persona.

La postura colaborativa privilegia la presencia de un equipo que reflexiona pero su forma de participar estará en función de lo que privilegie la persona, si prefiere que incluso esté dentro de la sala de la sesión o como observadores a través de un espejo unidireccional, lo mismo que sus participaciones.

La conversación

El proceso conversacional se logra a través de la postura del terapeuta generando un contexto para el relato de la persona, mantiene una **curiosidad genuina** por la misma, una actitud de que el terapeuta no tiene acceso a información privilegiada, pues no se basa en ideas preconcebidas. A medida que el terapeuta comienza a conocer y a intentar comprender la

concepción del cliente, el proceso de aprendizaje del terapeuta se convierte de forma natural, en un proceso de intensa reflexión que compromete tanto al terapeuta como a la persona. Para lograrlo, se sugiere no centrarse demasiado en un tema, de acuerdo a Anderson, en las conversaciones colaborativas esto no ocurre de manera natural ya que el terapeuta se encuentra abierto a nuevas experiencias.

Durante la escucha activa es importante asegurarse de que se oye lo que el cliente quiso decir, por lo que una forma de hacerlo es utilizar el **resumen**, repetir lo que se entendió de lo que se dijo. También parte de la escucha implica ver y realizar preguntas con respecto a la expresión de la voz, movimientos o emociones.

Se favorece el **ser abierto y evitar secretos**, incluso de los diálogos internos como una forma de mostrar respeto por el otro.

Desde esta postura, la responsabilidad del terapeuta consiste en generar contribuciones que posibiliten el cambio, pero no las características del mismo. La persona es quien decide de qué hablar y de qué forma.

Desde la postura colaborativa, la terapia consiste en crear sentidos y comprensiones, por lo que se plantea que la terapia exitosa es la elaboración de historias y autobiografías construidas, a través de la coexploración de historias familiares ya contadas y la cocreación de historias nuevas, todavía no contadas, por lo anterior la conversación permite una transformación del sí mismo narrados del cliente. Se trata de un diálogo genuino, a diferencia de lo que ocurre en una conversación amable o en una confrontación entre adversarios, ambos participantes cambian o se transforman que es el término que Anderson prefiere utilizar.

Consideraciones finales

La postura del Modelo colaborativo favorece el establecimiento de un contexto de relación entre terapeuta y persona o personas de un nivel máximo de respeto y por tanto de bienestar, no me sorprende que tan sólo con la actitud que proviene de una postura

colaborativapor parte del terapeuta, la persona que solicita el servicio y terapeuta logren un proceso de transformación mutua.

El Modelo colaborativo continua en edificación constante fortaleciendo las premisas que las subyacen por supuesto sin generar un formato de intervención, su principal representante, Harlen Anderson viaja constantemente para presentarse en congresos o realizando consultoría y enseñando con su actitud más que con palabras la postura colaborativa.

Al tratarse de un Modelo que se basa en una manera ser y estar por parte del terapeuta, hace compleja su aplicación y que probablemente nunca se logrará una estandarización sobre la manera de llevar el proceso terapéutico y tampoco tiene dicho objetivo, pareciera que sus principales representantes enseñan el Modelo a los terapeutas a partir de la relación que se establece con ellos, al generar posibilidades de transformación también con ellos.

El Modelo Colaborativo ha sido ampliamente criticado por su aparente centralidad en las conversaciones, se ha mencionado que existen problemáticas en las personas y sistemas familiares que rebasan el lenguaje y diálogo como las familias “multiproblemáticas”, ante ello los representantes de la postura colaborativa continúan reuniendo evidencias clínicas de que sus premisas también son transformadoras para las familias que llaman “multiestresadas”.

Todos los Modelos terapéuticos y posturas epistemológicas descritas, tanto las que privilegiaron la sistematización de esquemas de intervención, como las que privilegiaron la actitud del terapeuta hacia la persona y hacia el proceso terapéutico, siguen siendo parte de mi configuración como terapeuta familiar sistémica, no me atrevería a descalificar o privilegiar a alguna, cada una desde sus características individuales y asociadas han sido útiles a las personas con las que he trabajado, desde luego por comodidad prefiero utilizar y colocarme en unos más que en otros, jamás en uno de manera pura, no lo he logrado y tampoco ha sido un objetivo hasta el momento.

CAPITULO III. COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 HABILIDADES CLÍNICAS TERAPEUTICAS

La relación con los profesores de la Maestría, con los y las compañeras de formación, con las familias y personas atendidas, la literatura estudiada, las conversaciones establecidas con respecto a la terapia familiar sistémica, las habilidades ejercitadas en cada proceso terapéutico necesariamente ejerció en mí una transformación profesional y personal con respecto a las escasas habilidades clínicas con las que contaba previo a la formación.

3.1.1 Integración de expedientes clínicos

A continuación presento el resumen de dos procesos terapéuticos en los que participé como terapeuta y que sentaron bases para un amplio aprendizaje en mis primeras experiencias como terapeuta familiar sistémica. Por motivos de confidencialidad los nombres de las personas y familias fueron modificados.

Todos los procesos familiares que atendí desde el inicio de mi formación fueron particularmente interesantes y con mucho aprendizaje en cada uno, la elección de los casos que presento se debe a diversos factores, entre ellos, que comparten experiencias de maltrato familiar. Como se revisó en el apartado del análisis del campo psicosocial, una de las problemáticas cada vez más frecuentes que confrontan las familias es la violencia, dinámica que trasciende todas las esferas de vida de cada uno de los integrantes con una experiencia profunda de dolor.

3.1.1.1 Proceso terapéutico de la Familia Altamirano

Ficha de identificación

Familia Altamirano

Terapeutas: Verónica Vargas Arrazola y Araceli Durán Rivera

Equipo terapéutico:

Aguilar Delgadillo Cintia

Bollás Hernández Beatriz

Flores Sánchez Cuauhtémoc

Kumul Coronado Ligia Noemi

Ledesma Hernández Claudia

Aguilar Segura Alma Griselda

Bautista Rodríguez Paula

Ibarra López Adriana

Larrieta Carrasco Verónica

Muñoz Arreola Leticia

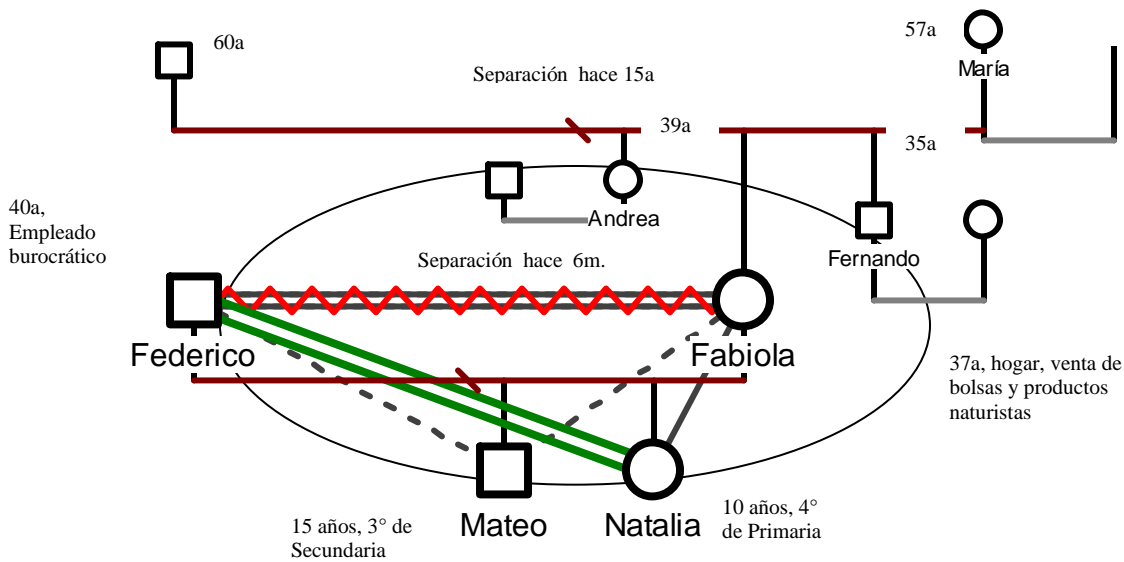
Escenario: Centro de Atención Psicológica “Dr. Guillermo Dávila”

Supervisores: Mtra. Guadalupe Saénz y Dr. Raymundo Macías

Modelo de intervención:Estructural

No. de sesiones: 10(10 de abril al 30 de noviembre del 2010)

Familiograma:



Descripción de la familia:

En la primera sesión asistió la señora Fabiola Altamirano Zamano, de 37 años, quien se dedicaba al hogar, venta de bolsas de mano y productos naturistas, la acompañaban su hijo Mateo de 15 años, estudiante de Secundaria y su hija Natalia, de 10 años, estudiante de cuarto grado de primaria. En la cuarta sesión acudió el Sr. Federico de 40 años de edad, padre de Mateo y Natalia, trabajaba como empleado de gobierno en la Delegación de Tlalpan en la Ciudad de México.

Motivo de consulta:

La señora Fabiola refirió que son tres las situaciones que la impulsaron a solicitar atención psicológica, la primera es que hace seis meses se separó de su esposo y desde entonces nota tristes a sus hijos, Mateo de 15 años y Natalia de 10 años; en segundo lugar mencionó que su hijo consume bebidas alcohólicas cuando sale a fiestas con sus amigos, lo cual le preocupa y tercero, su hija Natalia no controla esfínter urinario.

Hipótesis inicial:

Tal pareciera que la conducta de Mateo fue una forma de hacer que los miembros de esta familia voltearan, a verse y de no aislarse tomando de pretexto sus respectivas actividades, asociado a sus cambios en la etapa adolescente. La falta de control del esfínter por parte de Nelly es un estado de ansiedad y probablemente la forma de mantener una lealtad con ambos padres. Todo ello en el contexto de separación de los progenitores, una reorganización estructural en el sistema familiar.

Hipótesis posterior:

Los síntomas que presentaban Mateo y Natalia funcionaron como una forma de acercamiento entre los dos progenitores en su rol parental, ya que recientemente se separaron. Así también como reflejo de la tensión emocional y tristeza que experimentaban los hijos y la madre, probablemente colaborando a que la madre solicitara ayuda para sí misma.

Resumen del caso:

El objetivo de la *primera sesión* consistió en conocer a la familia, su demanda y establecer los objetivos terapéuticos. Los tres integrantes de la familia acudieron en buenas condiciones de aliño.

Al entrar al espacio terapéutico ambos hijos se sentaron al lado de madre, quedando ella al centro, iniciamos las presentaciones comenzando las terapeutas, continúa la madre, en seguida Mateo a quien le gusta jugar fútbol y por último Natalia, a quien le gusta dibujar y el arte.

Al solicitarlo, cada integrante mencionó el motivo de consulta de la familia, la madre señaló que son tres aspectos que le hicieron solicitar el servicio, mencionados ya en el motivo de consulta. Indagamos sobre la separación conyugal, Fabiola menciona que en otras ocasiones ya se había separado (siendo ésta la número ocho), ya que él “es una persona violenta, además de alcohólico”, agregó que su hijo se dio cuenta de dichas características, pero su hija no. La Sra. Fabiola enfatizó su deseo de saber cómo manejar la situación de la separación y la educación con sus hijos.

Mateo señaló que el motivo por el que asistió fue por la petición de su madre, pues él no percibía algún problema en la familia, sólo las peleas con su madre, las cuales se suscitaban desde hace aproximadamente tres años. La Sra. Fabiola señaló que Mateo se aislaba, que era muy callado, sin expresión de sus emociones y sus calificaciones bajaron. Mateo argumentó que en su casa todos se enfocaban en sus actividades y que su aislamiento se debe a que cuando regresaba a su casa su madre también se encerraba en su recámara y es por ello la falta de comunicación. Al momento de decir esto de forma molesta por parte de Mateo, las terapeutas intervienen preguntándole si dicha queja sería una forma de solicitar algo a su madre.

La Sra. Fabiola expresó sentirse preocupada por la conducta de Mateo, ya que hace algún tiempo era apegado a ella y tenían muy buena comunicación, refiriéndose a que le contaba todo lo que le ocurría, a diferencia de ahora que por ejemplo, no le comenta sobre su novia. También mencionó que regularmente las peleas con sus hijos ocurren a la hora de la comida, pues para que bajaran a comer debía gritarles.

Al preguntarles sobre los momentos en que no se pelean, la Sra. Fabiola mencionó que en los últimos seis meses pocas veces han estado contentos pero sí han tenido momentos agradables, narró uno de ellos.

Finalmente Natalia mencionó que a ella le preocupa que sus padres se encontraran separados, pero que “está bien porque a ella no le gusta verlos pelear”. Mencionó su tristeza y narró una pelea entre sus padres, enfatizó que se encontraba muy preocupada por ellos.

Realizamos la pausa y el equipo terapéutico nos sugirió aclarar específicamente a qué se refería la Sra. Fabiola cuando hablaba de mejorar la comunicación, que entre los tres formularan un objetivo terapéutico y reconociéramos los recursos que poseían como familia. Al plantearlo con la familia acordaron en mejorar la comunicación entre ellos, momento en que la Sra. Fabiola menciona la enuresis por lo que preguntamos ante la sugerencia del equipo cómo la enuresis representa un problema para la Sra. Fabiola, con su respuesta cerramos la sesión ya que verbalizó que actualmente no era un problema.

En la *segunda sesión* citamos únicamente a la Sra. Fabiola, ya que en la primera sesión habló de la separación conyugal pero no podía hablar abiertamente de ello delante de sus hijos, por lo que el objetivo de esta sesión fue explorar dicha relación y aspectos de la familia extensa.

Al preguntar a la Sra. Fabiola, nos comentó que Mateo continuaba con actitudes rebeldes, ya que consumió bebidas alcohólicas, lo castigaron y tuvieron una discusión por mentirle a su madre en decirle dónde estaría. Al preguntarle sobre su adolescencia, la señora Fabiola narró que era rebelde porque se escapaba a fiestas con su hermana Andrea.

Con respecto a esa época, refirió que sus hermanos le comentaron que sus padres se peleaban constantemente, pero que ella nunca se percató de dicha situación, su padre abusaba del alcohol y en varias ocasiones lo acompañó mientras conducía para que no se quedara dormido. Relató que las peleas y la infidelidad por parte de su padre, fue el motivo por el cual sus padres se separaron; la relación con su hermano era buena, aunque lo describe como violento, en cuanto a ella, recuerda que trataba que sus padres no se enojaran, porque veía sufrir a su padre. Al preguntarle sobre los problemas que vivía con su ex pareja, refirió que sólo hablaba de ello con sus amigas, mismas que le decían que lo veían con otras mujeres.

El mensaje del equipo consistió en expresarle a la madre que en nuestra experiencia con familias, nos hemos dado cuenta que los hijos cuando no pueden expresar con palabras lo que están sintiendo, lo expresan mediante su conducta, por lo tanto se le pide que en los próximos quince días se mantuviera atenta al comportamiento de sus hijos con la finalidad de entender que le quieren decir con su comportamiento que no le pudieran expresar en palabras.

El objetivo de la *tercera sesión* consistió en que a través de la reflexión en cuanto a la comunicación a través de los síntomas expresados por sus hijos, la Sra. Fabiola identificara el tipo de comunicación que deseaba tener con sus hijos, así como uno de los objetivos de las terapeutas y equipo terapéutico consistía en normalizar la etapa de la adolescencia.

En la tercera sesión sólo acudieron la Sra. Fabiola y Natalia, narraron los tratamientos previos de Natalia en psiquiatría y terapia del lenguaje por “bajo aprovechamiento escolar”, lo cual fue resignificado ya que no tenía muy bajas calificaciones pero sus profesoras la señalaron como distraída. Al preguntar a Natalia su opinión, mencionó que sus calificaciones son bajas porque una de sus compañeras la molestaba, a quien describió como enojona. Al preguntarles sobre la interacción familiar, la Sra. Fabiola mencionó que con Mateo continúa igual pero con Natalia ha mejorado, ya que antes ignoraba lo que sentía.

Enseguida se retomó la reflexión encomendada, la Sra. Fabiola mencionó que tal vez Mateo desee más libertad, lo cual no puede conceder porque le acarrea problemas con “su esposo”, ya que se quejaba de ella por la educación permisiva que les brindaba; mencionó que su ex pareja desea integrarse a las sesiones terapéuticas, al preguntarle cómo se lo explica indicó que posiblemente se deba a que la percibe “más fuerte”, “más capaz de tomar sus decisiones” y espera tener control sobre lo que ocurre en la familia aunque él ya no esté en casa, agregó que de no incluirlo, ella y los hijos deberían dejar la sesiones familiares. Señaló la preocupación por el bienestar de sus hijos y que de continuar los problemas con Mateo, ha pensado en mudarse a Toluca.

Antes de realizar la pausa para acudir con el equipo terapéutico dejamos reflexionando las conductas que se verían entre la Sra. Fabiola y Mateo al lograr una “mejor comunicación”. Hasta este momento Natalia se mantenía como observadora, por lo que el equipo sugirió involucrarla en el diálogo, así como cuestionar la solución de vivir en Toluca. Ante el cuestionamiento sugerido por el equipo, Natalia y la Sra. Fabiola concluyeron que la relación con el padre seguiría siendo de control aunque radicarán en Toluca. Describió un encuentro familiar

en el que lo intentó besar y él se negó. Finalizamos la sesión dejando la decisión en ella de aceptar que en la siguiente sesión acudiera el padre.

Para la *cuarta sesión* uno de los objetivos consistió en reencuadrar los objetivos con respecto a los hijos en caso de presentarse el padre, así como aclarar cuál es su posición en la familia y continuar con la normalización de la adolescencia. En la sesión acudieron todos los integrantes de la familia, se presentó verbalmente al supervisor que actualmente observa el proceso terapéutico, el Dr. Raymundo Macías.

Al preguntar sobre el motivo de asistir a la sesión, el Sr. Federico manifestó que quiere saber qué ocurre con su familia y de qué forma él contribuye en la situación familiar, en particular con el comportamiento de sus hijos; comentó quiere estar presente en los avances y acuerdos a los que se lleguen, ante lo cual las terapeutas explicamos lo trabajado hasta el momento, obteniendo su aprobación.

La familia continuó hablando del mal comportamiento de Mateo alrededor del uso de una computadora, el sr. Federico responsabilizó a la señora Fabiola de la desobediencia de Mateo, intervenimos preguntando el malestar de Mateo ante las órdenes contradictorias de sus padres y señalando la importancia del equipo parental en la educación de los hijos. Mateo se quejó de la falta de atención de la madre hacia ellos, por lo que realizamos una pregunta de excepción, Natalia pudo identificar situaciones en las que la Sra. Fabiola los cuida pero Mateo negó la respuesta de Natalia mencionando que “prefería tomar café con sus amigas” que comprarle una playera, intervenimos en la aclaración del hecho ante el enojo de Mateo, una vez aclarado continuamos con la sesión.

Al preguntarle, el sr. Federico reconoció algunas de las cualidades de la señora Fabiola como que era más tolerante, cariñosa con sus hijos y con más fortaleza. En este momento se realizó la pausa para asistir con el equipo terapéutico quien sugirió el reconocimiento de Natalia quien a pesar de su silencio en la sesión se mantuvo muy atenta a la misma, el reconocimiento a la Sra. Fabiola por sacar adelante y de la mejor manera a sus hijos, el reconocimiento de la inteligencia y perspicacia de Mateo y la participación del padre en la sesión pues mostraba

compromiso y cariño hacia sus hijos. Dichos mensajes fueron transmitidos a la familia en la parte final de la sesión. Finalmente se dejó como tarea el acuerdo entre los padres sobre el uso de la computadora que disputaban Natalia y Mateo.

Para la *quinta sesión* establecimos que intervendríamos en promover el empoderamiento de la Sra. Fabiola, revisar la actividad dejada en la última sesión, enfatizar el trabajo de equipo parental y explorar la experiencia de Natalia de la sesión anterior. También conocer la situación familiar ya que el sr. Federico ya no se encontraba interesado en acudir nuevamente a las sesiones.

En la quinta sesión acudieron la Sra. Fabiola y Natalia, a la Sra. Fabiola se le notaba distinta (cabello pintado y más arreglada) al preguntarle lo ocurrido, rieron en complicidad y respondieron que nada en particular. Comentaron que Mateo ingresó a estudiar a una escuela particular, ya que no se quedó en la UNAM, lo que generó una discusión entre los padres, el Sr. Federico culpó a la Sra. Fabiola y ésta le respondió que se hiciera cargo él, le tomó la palabra asignándose tutor responsable ante la institución escolar; la señora Fabiola mencionó sentirse excluida.

Abordamos el motivo de inasistencia del sr. Federico, la Sra. Fabiola mencionó que dijo le parece excesivo, ya que Natalia también acude a terapia infantil, a pesar de su negación, ella deseaba continuar con el proceso, mencionó que “existen situaciones de su relación” que no ha comentado enfrente de los hijos. Agregó que su ex esposo tiene comportamiento contradictorios, en una ocasión acudieron al hipódromo juntos mostrándose muy cariñoso con ella pero al siguiente día se portó distante, ella correspondió su acercamiento “por sus hijos”, preguntamos si asociaba el comportamiento del sr. Federico con su propio cambio, lo cual aceptó y agregó que también se debe a que los vecinos rumoraban que ella salía con una persona, lo que negó.

Por lo anterior, preguntamos a Natalia su percepción sobre la relación entre sus padres, respondió que la confunde, en esos momento realizamos la pausa. Se finalizó la sesión comentando que Natalia se percataba de lo que ocurre en su familia y sabía más de lo que expresaba, se aclaró que durante la sesión las terapeutas mencionaron “pareja” refiriéndose al

Sr. Federico cuando se debían referir a él como su ex pareja. La Sra. Fabiola mencionó que deseaba poner límites a su expareja y Natalia no quería tener miedo de dormir en su cama, ya que dormía con la madre. Para la siguiente sesión se citó únicamente a la madre.

El objetivo de la *sexta sesión* consistió en explorar la ambivalencia de la relación de los padres. La señora Fabiola habló de los hechos ocurridos que definieron la separación, mencionó que podría hablarlo en presencia de Mateo pero no con Natalia, pues Mateo si estaba enterado. Refirió que durante el tiempo que vivió con el padre de sus hijos hubo violencia e infidelidades lo que generó que en varias ocasiones se separaran; sin embargo, volvían a regresar, hasta que lo encontró con su cuñada besándose. Mencionó que el hombre con la que la relacionaban los vecinos es Alfredo ex esposo de la actual pareja del sr. Federico, ya que entablaron una amistad a partir de que Alfredo le llamó a Fabiola para comentarle que sus respectivas parejas tenían una relación.

Preguntamos por Mateo, quien por accidente escuchó lo que ocurría entre sus padres, la Sra. Fabiola dijo que hubiera preferido que no se enterara de nada y no sabía si hablar claramente de ello con sus hijos (decirles los motivos de separación), además, su ex-esposo constantemente le decía que “si ella no era capaz de entablar una buena relación con los hijos, se los quitaría”.

Preguntamos sobre lo que ella quería con respecto a la relación con su ex-esposo, a lo que respondió que ella aún tiene la esperanza de regresar con él, pero de no ser así, esperaría una separación, agregó que le solicitó el divorcio pero el Sr. Federico no le brindó una respuesta definitiva. Añadió que en caso de separarse desearía una relación cordial, como la de sus padres, quienes también se separaron.

El mensaje final consistió en hacerle la observación de que es importante que ambos miembros de la pareja se pusieran de acuerdo como padres con respecto a la educación de los hijos y que las decisiones que ellos establecieran fueran de común acuerdo, y que en ese sentido en espacio terapéutico les podía ayudar en tres aspectos:

1. Terapia de pareja conyugal, para ser una pareja e integrarse mejor.

2. Terapia de una buena separación, con acuerdos del por qué se separan.
3. Terapia para la toma de decisión en cuanto a las dos posibilidades previas.

Por lo anterior, se solicita la presencia del sr. Federico para la siguiente sesión. La planeación para la *séptima sesión* consistió en trabajar con la pareja para que establezcan juntos la decisión de separarse, continuar como pareja conyugal o establecer el objetivo de decidir cualquiera de las dos opciones posibles, haciendo énfasis en los beneficios que esto conlleva en su relación como padres.

En la séptima sesión, la pareja de padres acudió puntualmente, también estuvo presente el Dr. Raymundo Macías como coterapeuta. Se inició la sesión preguntando y aclarando el motivo de la convocatoria hacia ambos.

El sr. Federico verbaliza su postura de duda ante una reconciliación, por lo que se le aclara que el objetivo no es iniciar con un proceso de pareja conyugal, ambos narraron episodios de insatisfacción hacia el otro, por lo que el Dr. Raymundo intervino señalando que se observaba malestar entre ambos lo cual de no resolverse puede continuar. Se les hizo la invitación para regresar en 15 días con la finalidad de clarificar en ambos, hacia donde se dirigen como padres, lo cual aceptaron. El mensaje final consistió en comentar en presencia de ambos la importancia de tomar una decisión como pareja parental y las repercusiones de ello en sus hijos.

El plan terapéutico para la *octava sesión* consistió en el trabajo para colaborar en la definición en su relación ambivalente, el supervisor, el Dr. Macías no pudo llegar.

En la octava sesión, la Sra. Fabiola llegó minutos antes que el sr. Federico, al encontrarse ambos en sesión, la señora Fabiola abordó una discusión reciente en la que planteó la reconciliación o separación definitiva, evento en el que no llegaron a nada, continuaron con una breve discusión, enseguida preguntamos si habían hablado del establecimiento de otras relaciones mientras estuvieran separados pues se supone así es lo que ocurría, respondieron que no. Retomamos la idea de que sus conflictos pudieron surgir antes en su relación, ya que cuando

el rencor y resentimiento se mantiene, emergía en situaciones que impide la comunicación, como ocurría en la sesión.

Al preguntar qué solicitaban del otro mediante sus reclamos, Fabiola comentó que en caso de que existiera la posibilidad de reintegrarse como pareja, necesitaría recuperar la confianza en Federico, misma que se perdió por las infidelidades de éste; las terapeutas señalamos que la confianza es un acto de fe, ya que no existe un medio preciso para que se restablezca y que ésta puede restablecerse en uno, varios años e incluso nunca. Por su parte, Federico dijo que deseaba que Fabiola lo apoyara en situaciones difíciles como un evento que ocurrió el año pasado y que no sintió su cercanía, agregó que tenía dudas de lo que dice Fabiola en cuanto a no tener una relación con otra persona, pero ello no significaba que desconfiara de ella, además comentó que si había un problema sexual con él, se cuestionaba porque no tuvo la capacidad de comentárselo. Preguntamos por la historia de sus problemas, la Sra. Fabiola narró que fue desde el inicio de su relación, pues se sintió muy lastimada cuando Federico le pidió que abortara a Mateo, terminaron la relación y posteriormente se reconciliaron casándose. Se realizó la pausa para acudir con el equipo terapéutico quienes comentaron:

- No les quedaba claro hacia dónde se dirigía el tratamiento terapéutico, ya que inicialmente la Fabiola solicitó terapia familiar y posteriormente se dirigía hacia una terapia de pareja.
- Sugerir a la pareja sobre lo que les sería más útil trabajar de forma inicial.
- Introducir a la pareja parental como forma de conducir la sesiones

Finalmente se brindó a la pareja el mensaje de acordar el tema en común que les gustaría abordar en la siguiente sesión.

Para la *novena sesión*, planeamos intervenir sobre aspectos que explicitaran la existencia de intimidad, compromiso e interés de uno hacia el otro, criterios para el establecimiento de una relación conyugal, así como intervenir en cómo el tipo de relación que tienen como padres repercute sobre los hijos; sin embargo sólo se presentó la Sra. Fabiola, quien mencionó que su ex

pareja se negó a acudir. En la sesión indicó que su vida es “un desastre” refiriéndose a que tuvo discusiones con Federico y con Mateo.

Las discusiones con Federico se derivaron de la conducta de Mateo, nuevamente responsabilizándola y se negó a acudir a terapia, le solicitó que sólo platicuen entre ellos, además lo vio con su supuesta pareja Katia.

Retomamos la relación con Mateo y Natalia, expresó sus cualidades y la tristeza que notaba nuevamente en Natalia a partir de la situación con Federico. Abordamos la indefinición de su relación, a lo que mencionó que desea separarse, al preguntarle si se trataba de una decisión unilateral respondió que fue Federico quien lo insinuó pero ella ya lo decidió. Se le preguntó sobre cómo funcionarían sólo como pareja parental.

En la *sesión diez* el plan terapéutico consistió en explorar la decisión del divorcio y sus implicaciones. La Sra. Fabiola mencionó que discutió nuevamente con Mateo por lo que su ex pareja se enojó con ella “haciéndole sentir que era una mala madre”, a diferencia de otras ocasiones le respondió que “si consideraba estaba realizando mal las cosas que se llevara a los hijos a vivir con él”, Federico no contestó y no volvió a tocar el tema.

La señora Fabiola dijo que decidió la separación definitiva debido a que llenaron una hoja de datos generales para los estudios clínicos que se tenían que realizar Natalia, en la que Francisco escribió que ellos eran padres divorciados, lo que le concedería. Argumentó que no sabe cómo notificarles a sus hijos “su decisión” pues al decirles la verdad sentiría “feo por Federico”, además de que Natalia está mejor en su rendimiento escolar y en control de la enuresis.

Señalamos a la señora Fabiola que seguía actuando como si nada pasara y como si sus hijos no se percataran de lo que ocurría entre sus padres. Se planteó a la señora Fabiola la importancia de ser claros y honestos con los hijos y por lo tanto la importancia de que ambos hablaran con sus hijos y explicaran cómo llegaron a la decisión de separarse, sin que ello se convirtiera en una lucha en que ambos se culpabilizaran o reprocharan, que promovieran una

sola versión para no crear confusión y malos entendidos, lo que generaría seguridad en sus hijos. Además se le sugirió que la sesión terapéutica podría ser un espacio para que pudieran comunicarles a sus hijos dicha decisión, pero que ellos serían quienes decidirían cuándo, dónde y cómo hacerlo.

Después de esta sesión no volvimos a saber de la familia, no se presentaron en la siguiente sesión y no pudimos volver a comunicarnos, pues inició el fin de semestre. Hasta ese momento del proceso terapéutico, la relación de la señora Fabiola con la hija menor había mejorado, comenzó a compartir las responsabilidades parentales con su ex esposo, incluyendo el comportamiento de su hijo adolescente, con el que logró identificar que la etapa de desarrollo en la que se encontraba requería un trato diferente al de la infancia, aunque continuaban los problemas derivados de la falta de acuerdos en la normas por parte de la pareja de padres. En cuanto a la ambivalencia de su relación conyugal se observaba mayor tendencia hacia el divorcio.

Pensamos que los objetivos planteados inicialmente se habían cumplido parcialmente, la relación con los hijos mejoró. Si bien el tratamiento comenzó a dirigirse hacia un proceso de pareja, pareciera que era necesario que se evidenciara cómo su ambivalencia en la relación conyugal, no permitía el nuevo acomodo familiar, reflejándose claramente en los síntomas de los hijos. Fabiola y su familia abandonaron el tratamiento probablemente porque cada vez tenían mayor claridad sobre el divorcio de los padres y ante una posible reconciliación a través de la terapia se volvió inviable.

Análisis teórico-metodológico

En la *primera sesión* escuchamos los motivos de cada integrante de la familia para acudir a terapia familiar y el contexto en el que llegaron, con la finalidad de conocer a la familia, la demanda y sus relaciones de acuerdo al Modelo Estructural, así como tuvimos presente la importancia de no centrar el “problema en los pacientes sintomáticos” que aparentemente se identificaban en Mateo y Natalia (Minuchin, 1981).

De acuerdo con la hipótesis desarrollada posterior a la primera sesión sobre familia, los tres miembros de la misma se comportaban como hermanos, no existía una figura con jerarquía en la madre, situación que desde el Modelo estructural, implica inexistencia de límites claros al respecto y la dificultad en su funcionamiento (Umbarger, 1983; Minuchin, 2008).

Al escuchar la queja de Mateo hacia su madre. “el alejamiento se debe a que ella se encerraba en su cuarto” intentamos explicitar su petición, ya que al parecer reclamaba la distancia de la madre, sin embargo, permaneció callado ante la sugerencia de las terapeutas.

Ante el silencio de Mateo, la madre lo “rescató” mencionando que antes le contaba todo, en este momento pudimos intervenir retomando el ciclo vital de la familia y su proceso de transformación con hijos adolescentes, pues desde el Modelo estructural se plantea claramente la transformación de la familia a lo largo del tiempo; sin embargo, lo omitimos pasando por alto la oportunidad.

Al preguntar sobre sus motivos de consulta, la madre señala a los hijos como pacientes identificados pero también se incluyó. Al enfocarse en los problemas, intervenimos con preguntas que permitieran también enfocarlos momentos de satisfacción y alegría al estar juntos.

Al momento de realizar la pausa para acudir con el equipo terapéutico, observadores de la intervención de las terapeutas como parte del sistema en el espacio terapéutico, éste nos sugirió la elaboración de un objetivo terapéutico por parte de la familia, lo que realizamos, así como reencuadrar (Minuchin y Fishman, 1981) en la Sra. Fabiola que el síntoma de enuresis aparentemente se trataba de una preocupación de las instituciones a las que había acudido más que de ella.

En la *segunda sesión* y con base a la hipótesis inicial analizamos la preocupación de la Sra. Fabiola con respecto al consumo de alcohol de Mateo, ya que ambas terapeutas y el equipo consideramos que probablemente exageraba y habría que dar paso al cambio familiar ante el ciclo vital en el que se encontraban, con un integrante adolescente que ya no podía ser tratado

como niño, parcialmente esto fue un error, el disminuir la importancia del consumo de alcohol en la etapa adolescente.

Con la intención de hacerle ver a la madre que la mayoría de los adolescentes no cuentan todo lo que les pasa y que se trataba de un proceso normal, se promovió que narrara como fue su comportamiento como adolescente. Retomando su historia, indagamos sobre su contexto familiar, donde los hombres suelen ser violentos y con abuso del alcohol. Al finalizar la sesión y como sugerencia del equipo, dejamos como reflexión para la siguiente sesión, que pensara en el mensaje que sus hijos le querían transmitir a través de los síntomas que presentaban.

En la *tercera sesión* intentamos diluir el síntoma de Natalia y normalizar su aprovechamiento escolar. Al parecer la escucha de la madre a los sentimientos y pensamientos de Natalia indujo la mejoría en su relación madre e hija.

El proceso terapéutico hasta entonces motivó al padre el deseo de integrarse a las sesiones, parte de la explicación de la Sra. Fabiola es por su tendencia “controladora” ante un cambio en ella, lo cual nos debió llevar a considerar interacciones violentas pero no lo abordamos, no lo percibimos. Por otro lado dejamos que la señora Fabiola tomara la decisión de acceder o no a la petición de Sr. Federico, una decisión en la que debíamos participar activamente.

En la parte final de la sesión insistimos en que pudiese quedar claro el objetivo de tener una mejor comunicación entre Mateo y la Sra. Fabiola, lo anterior con la intención de continuar con la definición de los objetivos terapéuticos.

Para la *cuarta sesión* se incluyó al padre en el proceso terapéutico con la intención de incluir a la familia completa en un proceso que evidentemente él mantenía la jerarquía. En dicha sesión, al ser responsabilizada o culpada la Sra. Fabiola por el comportamiento de Mateo, intervenimos preguntando a Mateo su sentir ante órdenes contradictorias del padre y madre, intensificando la escena de contradicciones y peleas por los ejercicios parentales, a lo que

respondió que confundido, además señalamos la importancia del trabajo de equipo parental para la educación de los hijos.

En la *quinta sesión* señalamos los cambios de la señora Fabiola y su posible relación con el cambio de comportamiento el ex esposo, explicitando la ambivalencia de la relación y la confusión para sus hijos.

La sexta sesión se dirigió a cuestionar en la señora Fabiola la ambivalencia en la relación con su ex pareja, así como motivamos al establecimiento de una postura dentro de dicha relación.

A partir de la *séptima sesión* nos enfocamos a trabajar en la pareja parental pero nos involucrábamos en la pareja conyugal, bajo la supervisión y coterapia del Dr. Macías resultó una sesión productiva; sin embargo, durante su ausencia en la *octava sesión*, la pareja trajo su dinámica de discusión a la sesión en la que evidentemente no era posible que llegaran a acuerdos con respecto a su parentalidad, ni en su relación conyugal, que aún continuaba ambivalente.

En las *últimas dos sesiones*, sin la presencia del Sr. Federico, intentamos retomar el proceso familiar sin éxito, ya que la madre se centraba en la relación de pareja, los hijos habían mejorado los síntomas y sin proponerlo como objetivo terapéutico, el padre había asumido funciones parentales con Mateo, quien ingresó a una escuela privada para estudiar el nivel bachillerato y se asumió como su tutor.

Una posibilidad en la disminución de los síntomas en Mateo y Natalia, podría sustentarse a que estructuralmente los padres acudieron al tratamiento, dejando de ser los hijos los pacientes identificados, evidenciando su conflicto conyugal.

El proceso terapéutico lo consideramos parcialmente exitoso en el sentido que los síntomas disminuyeron en los hijos, la relación entre la madre y Natalia mejoró y la Sra. Fabiola logró aumentar la jerarquía ante sus hijos, de manera que el Sr. Federico comenzó a realizar actividades parentales como asumirse como tutor de Mateo.

Sin embargo, la interacción violenta no se explicitó y los conflictos de la ex pareja continuaban y muy probablemente continuarían impactando en el estilo parental hacia los hijos, más aún una relación violenta complementaria que puede ser contexto de identificación con la figura masculina y femenina en un futuro para el hijo adolescente y la hija en edad escolar.

Como herramienta de aprendizaje, a continuación señalo los errores que logré identificar en el proceso terapéutico expuesto:

No. de sesión	Intervenciones realizadas	Posibles intervenciones
1 ^a	En la hipótesis inicial y en la posterior no incluimos el tema de la violencia.	Incluir el tema de la violencia como parte de la hipótesis.
1 ^a	Se omitió la verbalización de la madre con respecto a que su ex pareja es “violento y alcohólico”	En el transcurso del tratamiento debimos conocer a qué se refería y conocer la dinámica violenta que desde luego influyó en la dinámica familiar y en cada uno de los integrantes de esta familia.
1 ^a	La hipótesis inicial implicó a una desvalorización del síntoma de Mateo	Debimos brindarle igual importancia que el síntoma de Natalia.
1 ^a	Omitimos la posibilidad de intervenir argumentando el ciclo vital de la familia	Mencionar el tema de ciclo vital de la familia como intervención ante la preocupación del cambio de actitud de Mateo hacia ella (familia con adolescentes).
2 ^a	Exploramos historia de familia de origen.	No asociamos dicha historia familiar de violencia con la propia.
3 ^a	Uno de los objetivos de las terapeutas y el equipo terapéutico en la tercera sesión consistió en “normalizar la etapa adolescente”	Normalizar los cambios de desarrollo pero enfatizar la atención a su conducta de riesgo al consumir alcohol.
3 ^a	Se preguntó por la explicación de la señora Fabiola ante la propuesta del padre por integrarse a las sesiones, dejándole la decisión en una interacción violenta.	Tener una postura en cuanto la integración del Sr. Federico. Pudimos terminar el proceso familiar antes de comenzar con la pareja parental. También se pudo explicitar la amenaza hacia el proceso terapéutico, ya que de no integrarse, la familia abandonaría el proceso.
4 ^a	Con la presencia del Sr. Federico, las terapeutas le explicamos el proceso y objetivos llevados hasta el momento, con la finalidad de integrarlo, lo que aparentemente no funcionó pues no acudió a la siguiente sesión, solo dio “su visto bueno”.	Otorgar a la señora Fabiola la autoridad de explicar el proceso terapéutico, ya que al no hacerlo priorizamos la demanda del padre en un claro control del proceso terapéutico.
4 ^a	Durante la sesión, el Sr. Federico responsabilizó a la señora Fabiola de la desobediencia de Mateo.	Intervenir en la corresponsabilidad parental del Sr. Federico, ya que lo hicimos de manera muy general enfocándonos a estilos parentales.
4 ^a	Cuando Mateo reclama a su madre por	Mateo se mostró agresivo con la madre en

	preferir a tomar café con sus amigas a comprarle una playera, aclaramos su error de percepción cuando la madre le dio una explicación, “calmamos su enojo”.	presencia del padre, una vez aclarada su percepción errada no lo admitió, ni se disculpó. Aceptamos la agresión.
6 ^a	Comenzamos a explorar la relación conyugal, demanda de la Sra. Fátima.	Debimos concluir con los objetivos iniciales familiares o relacionarlos con la relación ambivalente entre la sra. Fátima y Sr. Federico.
7 ^a	Redireccionamos el proceso terapéutico hacia la pareja de padres, dejando de lado las demandas iniciales de los hijos y los objetivos iniciales.	Tener sesiones con Mateo y Natalia, no les dimos el suficiente espacio para escuchar su voz.
7 ^a	En la mayor parte de la sesión continuaron con la discusión que ocurre en casa.	Pudimos intervenir desde el inicio, no teníamos claro hacia dónde nos dirigiáramos ante la ausencia del coterapeuta y supervisor.
8 ^a	Manejo de sesión de pareja parental pero nos enfocábamos a lo conyugal	Debimos establecer claramente los límites, como terapeutas nos isomorfisamos con el sistema ambivalente.
9 ^a	Abordamos las emergencias sin continuar con el proceso establecido, desde la séptima sesión nos alejamos de la terapia familiar para iniciar un proceso parental que nos llevaba a lo conyugal. En la novena sesión intentamos retomar el proceso inicial con los hijos.	En este momento pudimos aclarar o hacer explícito el enredo en que nos habíamos incluido y establecer junto con Fabiola el camino a seguir.
10 ^a	En la última sesión Fabiola nos indicaba que la decisión de la separación definitiva fue de Federico, sin embargo, asumimos sus palabras al decir que fue ella quien tomó la decisión.	Explicitar que probablemente no era su decisión y de ser así las implicaciones que tendría.
10 ^a	Sugerimos reintegrar al Sr. Federico con el objetivo de acceder a una buena separación.	Se trataba de nuestra necesidad de rescatar el proceso o incluso de terminarlo al brindar sólo la posibilidad terapéutica de continuar asistiendo.

Análisis del sistema observante

En la primera sesión y de acuerdo al acomodo de los integrantes de la familia en el espacio terapéutico, observamos una tendencia de los hijos para proteger a la madre. Ella comienza a explicar la situación por la que llegaron, siendo la más preocupada en lo que ocurre en la familia, mencionando de manera “secundaria” la separación con su expareja. Mateo se expresó con enojo, no aceptaba la importancia que tenía para él lo que ocurría pero si logró quejarse de la relación que mantenía con la madre, Natalia por su parte se mostró sensible a lo que ocurría y el dolor que le causaba la separación de sus padres, antes que la enuresis.

La madre ocupaba un lugar de centralidad ante su necesidad de ser “protegida” pero con nula jerarquía en el sistema familiar, se le observaba como la hermana mayor, un tanto temerosa y aunque mencionó que el motivo de consulta se debía a los síntomas de los hijos, dejó claro su malestar ante la separación con el padre. Parte de ello se evidenció al mencionar que los hijos no siguen sus indicaciones, principalmente en la hora de la comida.

En la tercera sesión, la Sra. Fabiola comenzó a explicitar la ambivalencia en la relación con su ex pareja. El discurso de la Sra. Fabiola se dirigió a hablar sobre sus hijos pero continuamente mencionó a su ex pareja, expresando dos acciones de rechazo de él hacia ella, siendo actos significativos, no se abordó de forma directa en la sesión por la presencia de Natalia. En dicha sesión la Sra. Fabiola expresó el miedo ante la amenaza del padre por impedir que continuaran con las sesiones si no se cumplía con su condición de acudir a las mismas.

Se evidenció la gran participación del padre en las decisiones de la familia aun sin vivir con ellos, tenía mucho control sobre ellos y la jerarquía; Natalia lo describió como una figura imponente y con control sobre su madre. Al parecer las acciones de la Sra. Fabiola, al menos con respecto a los hijos, estaban en función de los señalamientos del padre y de miedo a él.

La comunicación con Natalia mejoró a partir de la primera sesión, probablemente porque habló de sus emociones con respecto a la separación de sus padres, lo que no ocurrió del todo con Mateo, aunado a sus características en etapa de desarrollo adolescente.

En la cuarta sesión se observó a un padre con el interés de saber lo que ocurre con la familia, en una situación de control sobre las decisiones que se tomaran con respecto a su ex pareja e hijos. Durante la primera parte de la sesión se percibió a una madre descalificada por el resto de la familia, con retención del llanto, a pesar de que mantiene una relación de conflicto con Mateo, éste se muestra más cercano afectivamente, en una postura feudal de defender lo que le pertenece; las intervenciones de Natalia se dirigieron a darle la razón a su madre con respecto al comportamiento de Mateo; sin embargo, se observó una relación muy estrecha con su padre, durante toda la sesión estuvo en contacto físico a través de la manos con el Sr. Federico; se

percibió a Natalia con mayor voz en presencia del padre a pesar de que fueron pocas sus intervenciones.

En dicha sesión se percibió la falta de acuerdos entre los padres en normas y reglas dirigidas a sus hijos, existen sentimientos de rencor no explícitos entre la pareja parental que obstaculizan los acuerdos para ejercer el manejo como padres, ya que se sabotean mutuamente. Se dejó ver la violencia ejercida sobre la Sra. Fabiola, es responsabilizada de la educación de los hijos y ella se complementa ante el mandato.

En la quinta sesión, logramos definir la dependencia que tiene la Sra. Fabiola en la relación con su ex pareja y que esa misma ambivalencia, la falta de límites e indefinición de las roles, era transmitida a sus hijos, particularmente en Mateo un adolescente que se encuentra en la conformación de identidad y con mayor probabilidad de exponerse a situaciones de riesgo.

La Sra. Fabiola deseaba hablar sobre su relación de pareja y al mismo tiempo Natalia explicitó que la situación de sus padres le causaba malestar. Al terminar la sesión y despedirse de la familia, Natalia se despide de una de las terapeutas con un afectuoso abrazo lo que nos hace pensar que Natalia sintió que fue tomada en cuenta y tal vez agradecimiento por hablar de lo que ocurría entre sus padres.

En la séptima sesión se percibió al Sr. Federico con un discurso aprendido, al parecer reconoció las ideas que socialmente son aceptadas sobre una relación de pareja; sin embargo, no declaró su postura personal en el caso con su ex pareja. Durante la sesión se observó que la Sra. Fabiola se encontraba interesada afectivamente por el Sr. Federico, debido a la forma en que lo miraba, escuchaba y el cuidado al dirigirse a él, ya que no se generaban discusiones. De acuerdo a su discurso, se observó a la señora Fabiola con tristeza pero con el deseo de que pudiera existir una reconciliación con su ex pareja, lo contrario del Sr. Federico, quien pareciera tender hacia la separación.

En la octava sesión se observó a una pareja sin claridad sobre estar o no como pareja conyugal, nuevamente se percibió a Federico con una tendencia a no desear la relación de pareja

pero con la ambivalencia de tener dominio sobre las acciones de la Sra. Fabiola, por su parte ésta planteó una postura de posible reintegración conyugal pero no en este momento, pues argumentó que tenía resentimiento hacia el Sr. Federico con respecto a la forma en cómo había iniciado su relación. Durante la sesión se observan involucrados uno con el otro desde una relación conflictiva.

Para la décima sesión, la Sra. Fabiola verbalizó convicción por terminar la relación a diferencia de las sesiones previas, se observó más clara en cuanto a lo quiere y realizó varios cambios con respecto a ser firme con los acuerdos que establece con el señor Federico hacia los hijos.

Análisis del sistema terapéutico total

Al tratarse del primer caso llevado en la práctica durante la formación, me pareció de difícil manejo, aunado a que tuvimos dos supervisores en dos diferentes momentos del proceso terapéutico. La mayor parte de las intervenciones realizadas se basaron en el Modelo Estructural debido a que se trataba del Modelo de intervención que se había revisado teóricamente y que supervisábamos, aunado a las herramientas terapéuticas aplicadas del Dr. Raymundo Macías con base a su experiencia clínica con familias.

Como coterapeutas tuvimos dificultad en el establecimiento de los objetivos terapéuticos, el equipo lo sabía y nos lo recordaba, se trataba de una necesidad para un equipo de terapeutas que necesitaba de una línea definida para ejecutar, sin embargo, direccionamos el proceso hacia la pareja conyugal, por demanda del padre quien aunque no acudía a las sesiones, dirigía a la familia, reforzado por la sugerencia del supervisor, a quien por supuesto no nos considerábamos capaces de cuestionar.

En la octava sesión, ante la sensación de desprotección al no poder estar presente el supervisor, las coterapeutas nos isomorfisamos con el sistema de manera que ante la discusión y confusión de no saber hacia dónde llevar su relación de pareja, como coterapeutas nos perdimos sin saber qué dirección dar a la sesión. El Sr. Federico ya no volvió.

A la distancia considero que metodológicamente fue incorrecto no haber concluido una línea de intervención familiar antes de abordar la problemática de la pareja parental, sin embargo, el hacerlo mejoró los síntomas de los pacientes identificados, evidenciando el conflicto conyugal. Paradójicamente, el padre, al desear continuar con el control de la familia se vio obligado a asumir funciones parentales, participando en la responsabilidad parental, aunque desde una postura de descalificación hacia la señora Fabiola.

A continuación describo el segundo caso terapéutico que elegí para presentar en el reporte. La elección del mismo lo basé en la complejidad y dificultad que me representó, se trata de mi primer proceso consciente, en el que vivo la relación terapéutica con un sistema familiar que se relaciona en la violencia, el principal reto a nivel personal: el diálogo con un hombre que ejercía violencia, una mujer que observaba y recibía violencias, así como la posición de dos pequeñas en las que se ejercía maltrato.

3.1.1.2 Familia Galindo Velázquez

La familia Galindo Velázquez fue atendida en el Centro Comunitario “Dr. Julián MacGregor y Sánchez Navarro” mientras cursaba el cuarto semestre de la Maestría, había regresado de la estancia en la Escuela de Terapia Familiar Sistémica en Barcelona y me integraba a la asignatura de Supervisión en el Centro Comunitario Julián MacGregor con la Dra. Noemí Díaz Marroquín, la primera sesión se realizó el 12 de abril del 2011, poco antes de concluir con el año escolar y la maestría, por lo que en la primera etapa del proceso existió un equipo terapéutico y en la segunda parte no fue así, pues el caso lo continué hasta concluirlo en enero del 2012.

Ficha de identificación

Familia Galindo Velázquez

Terapeuta: Araceli Durán Rivera

Equipo terapéutico: Cintia Aguilar, Alma Aguilar, Beatriz Bollás, Noemí Kumul, Leticia Muñoz.

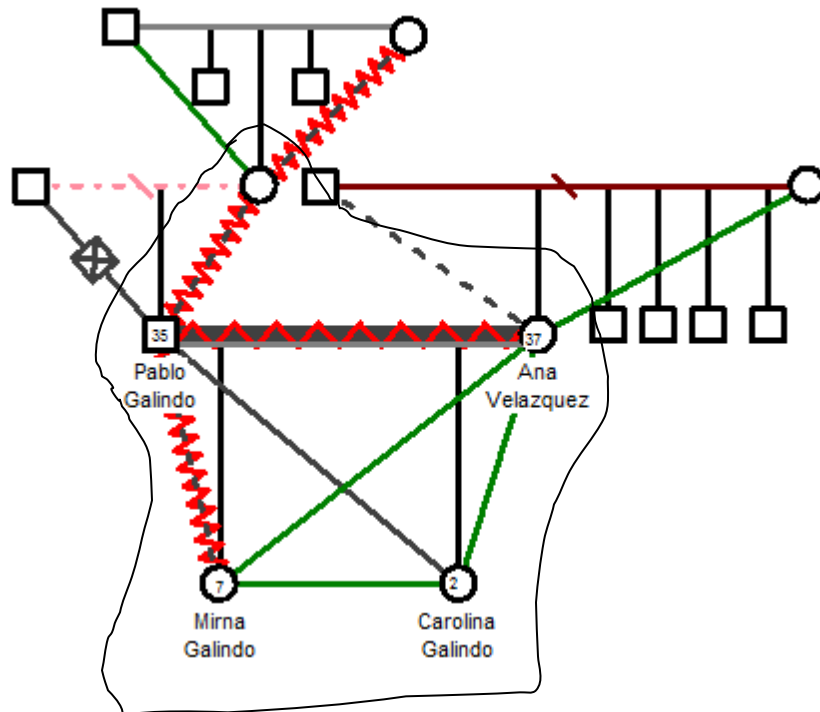
Escenario: Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

Supervisora: Dra. Noemí Díaz Marroquín

Modelos de intervención: Terapias Breves, Milán, Narrativo y Colaborativo

No. de sesiones: 13

Familiograma:



Descripción de la familia: Se trataba de una familia biparental con hijas, una en etapa escolar y la menor en la primera infancia. El padre, Pablo Galindo de 35 años, tenía estudios de Doctorado en Ciencias, en ese momento sin empleo y dedicado a los deberes del hogar; Ana, la madre tenía 37 años y con estudios de Doctorado en Química, trabajaba en el Instituto de Petróleo; Mirna de 7 años acudía a una escuela Primaria privada y Carolina de 2 años permanecía en casa bajo los cuidados de todos, incluyendo a la abuela paterna, quien era la dueña de la casa que habitaban.

Motivo de consulta: Ambos progenitores acudieron al Centro Comunitario debido a que deseaban saber cómo tratar a su hija Mirna de 7 años, pues la describieron con un “coeficiente intelectual superior a la media”.

Hipótesis inicial: Dificultad parental en los estilos de crianza, probablemente relacionado a un conflicto conyugal, en el cual se trianguló a la hija mayor.

Hipótesis subsecuentes:

- Los padres mantenían un conflicto conyugal encubierto a través de la conducta de Mirna, es posible que para la segunda sesión surja el conflicto, por ello se citó sólo a los padres.
- Posible violencia de género por la secuencia y participación durante la sesión de la pareja, aunado a la poca empatía que se percibe en él, tal vez Mirna protegía a la madre.
- Pablo fue un niño rechazado y devaluado, por lo que al percibirse minimizado puede compararse o colocarse en un mismo nivel que su hija Mirna, ejerciendo abuso hacia ella.
- Es probable que Ana también fuera receptora de la violencia de su marido y por ello tema defender a sus hijas, probablemente también se encontraba devaluada.
- Ana dudaba de sus percepciones en cuanto a lo que está bien o mal hacer con relación a Pablo, pareciera que actuaba conforme a la reacción de violencia de Pablo, lo que indicaría un claro sometimiento por temor.
- Pablo se sentía tan vulnerable que cualquier idea amenazadora que cuestionara su masculinidad le hacía reaccionar de manera violenta.
- Pareciera que ambos padres fueran personas vulnerables y se complementaron al establecer su relación de pareja, los conflictos surgen a la luz en un etapa del ciclo vital (padres con hijos escolares) en las que deben acordar estilos parentales en los que difieren, por lo que es probable que Ana expresara fortaleza y convicción al rechazar el maltrato de Pablo sobre sus hijas.

Resumen del caso:

La familia completa se presentó de manera puntual a la *primera sesión*, al ingresar a la sala se observó el dominio de Pablo sobre la familia y la distancia emocional hacia él por la

forma de colocarse en el espacio por parte de su pareja e hijas. En esta primera sesión se realizaron las presentaciones, el encuadre y se abordó el motivo de consulta, en la que repitieron que “su hija mayor de 7 años tiene un coeficiente intelectual superior y no saben cómo manejarla”, Pablo abundó en las quejas hacia Mirna secundado por la madre, explicaron que sus conductas les parecían exageradas como el llanto, hubo un episodio de llanto por parte de Mirna durante la narración, ante ello los padres se mostraron distantes. En esta primera sesión se intentó diluir el síntoma preguntando por otros problemas en la familia, Ana mencionó que la pareja conyugal tiene conflictos y que el año anterior pensaron en la separación. La última parte de la sesión se dirigió a establecer expectativas del proceso terapéutico, Pablo dijo que quería “manejar su intolerancia con sus hijas”, Ana quiere saber: “cómo manejarse en su matrimonio en relación a su rol de madre” y Mirna “cómo comportarse mejor”.

En la *segunda sesión* se citó a la pareja, quienes tuvieron una confusión en el horario exponiendo Pablo un carácter explosivo. Una vez aclarado, la sesión se dirigió a establecer jerarquías ante los problemas planteados en la primera sesión, pues Pablo continuó señalando quejas sobre el comportamiento de Mirna. Paulatinamente se continuó con la disolución del síntoma, Pablo verbalizó que se da cuenta cómo su hija le tiene mucho miedo, por su parte Ana verbalizó su inconformidad ante las agresiones de su esposo hacia sus hijas y explicó cómo procuraba que las niñas guarden silencio para “no hacer enojar” a papá, Pablo a su vez habló de su familia de origen y de su enojo con su madre y abuela, mencionó sentirse manipulado por su hija Mirna. En la última parte de la sesión abordé las soluciones intentadas ante los problemas planteados, una de ellas discutir ante las hijas, lo que han cambiado por discutir a solas, durante la sesión mencionaron sus desacuerdos en la forma de hablarle a Mirna, ya que Pablo lo hace con descalificaciones y groserías, además de las formas “correctas” en las que se le debería enseñar a realizar sus deberes. Para finalizar se nombraron las acciones de Pablo como violentas ante la sugerencia del equipo terapéutico y se le pregunta por su interés en modificar sus reacciones de exaltación y cómo podría influir esto en el comportamiento que desean de Mirna y en la relación con Ana, Mirna y otras personas a su alrededor, aceptó aunque dijo que le costaría trabajo.

En la *tercera sesión*, Pablo continuó con quejas hacia Mirna y ahora también hacia Ana. En esta sesión Ana verbalizó nuevamente y con mayor duración su desaprobación en la forma de

agredir a sus hijas, a diferencia de las sesiones anteriores en que no se escuchaba su voz. Abordé formas de dialogar sobre la educación de las hijas, ambos mencionaron que no lo han logrado porque Pablo se enoja y se dejan de hablar. Pablo se quejó de Ana porque quiere que él se comporte como “mujer, tolerante y sentimental” lo cual le enoja. En este momento Pablo habló de sus creencias sobre su propio comportamiento, asociándolo con ser hijo de una madre soltera, ideas que se cuestionaron. En esta sesión hablaron de su historia como pareja, la expresión del enojo en ambos y la tristeza acumulada en Ana por los maltratos, se asoció nuevamente el conflicto de pareja con el motivo de consulta.

Para la siguiente sesión, la *cuarta*, se citó a sólo uno de los integrantes de la pareja, acudieron ambos “acompañándose” pero sólo entró a la sesión Ana, quien no recordó la tarea asignada y por tanto no la había hecho. Al acudir Ana, el objetivo era entender sus premisas (Rodríguez, 2004) con respecto las conductas violentas que ejerce Pablo; Ana explicó cómo se esfuerza para que no se enoje Pablo y al indagar por otras formas de violencia hacia ella, lo negó; pregunté por sus redes de apoyo, no comenta con nadie lo que ocurre, ni con su madre, que es la persona en quien más confía. En la sesión se realizaron intervenciones de promoción hacia su empoderamiento, muchas derivadas de su descripción de que su familia de origen recurre a ella para la resolución de los conflictos debido a que tiene estudios de posgrado, también ha sido reconocida en su trabajo y mencionó otras situaciones en las que ha tenido la capacidad de defenderse ante injusticias. La capacidad para defenderse la tiene, argumentó que se fue apagando al llegar a la ciudad pues radicaba en Morelia; indagué si teme las reacciones de Pablo hacia ella o hacia las hijas, sólo respondió que lo percibe frágil y teme lastimarlo.

En la *quinta sesión* acudió Pablo, por lo que intenté explorar la familia de origen desde la parte emocional, se retomó el enojo hacia su madre, abuela y hacia el padre e intervenir para lograr que empatizara con el sufrimiento de sus hijas a través del suyo. Pablo comenzó a hablar de su sentir al estar en casa sin empleo formal, manifestó no sentirse satisfecho. Fue difícil hablar de su vida emocional de manera inmediata, fue necesario hablar de otros temas, inició hablando de su vida académica, posteriormente retomé su sentir por mantenerse en casa para cuestionar sus creencias con respecto a los géneros; sin embargo, dirigía la conversación hacia la queja sobre Mirna con respecto a sus “berrinches”, cuestioné su postura de que Mirna, a sus siete años,

lo “manipula”; prácticamente la sesión la enfoqué a empatizar con Pablo con la intención de que pudiera hablar de sí mismo. Casi al final de la sesión habló de su familia de origen y del enojo a su madre a quien se dirige por su nombre Celia y no como “mamá”, misma que tiene dificultades en la audición, la describió como “sobreprotectora, difícil, distante” pero hablaba de conductas y aparentemente no hace contacto con la emoción al hablar de ella, sólo se escucha con tono molesto, expresó sentirse sólo al ser hijo único, por comparaciones con sus primas y primos; y autoritarismo por parte de sus tíos, lo cual asocié y cuestioné en relación a sus hijas. Como tarea se dejó a Pablo describir cómo se sentiría Pablo de pequeño estando en el lugar de Mirna.

Para la *sexta sesión* acudieron Pablo y Ana juntos, hablaron del cumpleaños de Mirna celebrado en *Kidzania* el día anterior por lo que ambos se encontraban cansados, pero se percibían anímicamente muy bien, se abordó el tema de los estilos de educación parentales al asociarlo con su experiencia al llevar a sus hijas y las amigas de Mirna al parque de diversiones. Pablo habló del comportamiento de los niños de estrato socioeconómico alto con actitud “segura” pero expresándola como sinónimo de autoritario, ante lo que se hizo la diferenciación; posteriormente se habló de conductas específicas de Mirna que generan conflicto entre los tres, ante lo cual se evidenció faltas de normas claras dentro de la familia, los padres las verbalizan siendo en ocasiones flexibles y en otras rígidos, Pablo le exige interés académico pero no tienen una conducta sistemática sobre ello, también existen mensajes contradictorios por parte de Pablo, “le agrada que Mirna sea autoritaria, segura y terca pero le enoja que sea así”, continúa con la queja hacia ella: “es competitiva pero no se esfuerza en lograr sus metas”, por lo que abordé el sistema de creencias en que se basa (Boscolo, 1989). Finalmente se abordaron las interacciones lúdicas y positivas de los padres hacia las hijas y sugerí formas para establecer responsabilidades del equipo familiar en el hogar, favoreciendo la toma de responsabilidades de Mirna, sin que sólo implicara la satisfacción de los padres, particularmente las de Pablo.

En la *séptima sesión* se presentaron Ana, Pablo y Mirna, esta última se sentía enferma del estómago, la reacción de los padres fue de enojo ya que se comportaba con miedo, por lo que abordé los miedos de Mirna. Mencionaron que han estado mejor y que la noche anterior tuvieron una discusión debido a que Mirna se le acumuló la tarea y no leyó, en ese momento Mirna expresó que se sentía mal del estómago, por lo que se dirigió la sesión hacia los padres,

mencionando que terminaríamos pronto. Los padres dijeron que les preocupa cuando se enferma Mirna porque la perciben más vulnerable que a su hermana menor. Relataron y se identificó que mantenían un estilo parental muy flexible sobre todo Pablo y cómo estaba asociado a su propia experiencia con su madre en la infancia: "mi madre no supo que hacer conmigo", añadió ejemplos de su mala relación en la actualidad, incluso de su madre con Ana y la imposibilidad que perciben de un cambio dentro de la relación, se les propuso invitarla a las sesiones, lo que les pareció inviable. Al final de la sesión mencionaron los avances que han tenido con sus hijas, donde observaron la utilidad de explicar a Mirna sus responsabilidades basándose en las consecuencias naturales de sus conductas; por su parte a Pablo, le funcionó no ser violento y exigente con Mirna, mejorando así la relación. Para la siguiente sesión se citó a Mirna y Pablo con la intención de que Pablo lograra hacer contacto con el sufrimiento de Mirna.

En la *octava sesión* se presentó Mirna con su padre; al ingresar a la sala Mirna se mostró molesta, explicaron un evento de ese día en el cual no completó las actividades indicadas por el padre en la forma que lo dispuso (tareas escolares) y se mostró muy enojado, durante la sesión se exploraron las emociones y sentimientos de Mirna ante el enojo y agresiones de Pablo, verbalizó su miedo, responsabilizándose del enojo de su padre y cómo también tiene conductas violentas hacia su hermana menor Carolina, Pablo se mostró receptor ante la violencia que expresa Mirna pero no del miedo, mencionó sentirse agredido por Mirna al percibir que "no le hace caso", la responsabiliza de todos sus enojos, de los conflictos familiares y que lo "quiere hacer tonto". A lo largo de la sesión se logró que Mirna y Pablo entablaran un diálogo, hablando Pablo sobre sus sentimientos ambivalentes y contradicciones hacia el "carácter" de Mirna. Al final de la sesión la tensión del inicio se había diluido y Pablo habló abiertamente de sus emociones e ideas con respecto al comportamiento de Mirna, mientras ésta lo escuchaba atentamente, logrando establecer un acuerdo.

En la *novena sesión* se presentó la familia completa, se percibían muy tranquilos y relajados, sin la tensión que solía sentirse, aunque Ana inició hablando de la conducta rebelde de sus hijas; al preguntar por las conductas positivas Ana explicó que para ella es sorprendente que Pablo esté manejando su enojo, ya que no ha explotado como lo hacía con las niñas, agregó que Mirna "puso de su parte" para realizar sus actividades. Retomé la dinámica parental de exigencia

y permisividad de Pablo hacia Mirna, señalando sus actitudes autoritarias; además describimos los contextos en que Mirna “se bloquea” en sus actividades, asociando sus propias experiencias académicas en la infancia de Ana y Pablo; Ana era buena estudiante y al ser la hermana mayor y con una madre con escolaridad Primaria, se exigía a sí misma y fue responsable con sus actividades académicas; Pablo por el contrario no entraba a clases en el Bachillerato y en la Primaria sus profesores fueron muy exigentes con él. En la última parte de la sesión Ana y Pablo describieron su estilo parental flexible, en ocasiones muy permisivos y en otras ocasiones muy rígidos, particularmente Pablo.

En el *décimo encuentro* acudió nuevamente la familia completa, mencionaron que han estado mejor y se abordaron las actividades de responsabilidad de Mirna en casa, ya que no hay reglas y normas claras establecidas entre ellos. Mencionaron algunos cambios que como padres Ana y Pablo realizaron, como brindar mayor libertad de opinar y argumentar a Mirna, así como aceptan escuchar sugerencias, mencionaron que Pablo ya no se exalta como antes ante la petición de ayuda por parte de Mirna. Se abordó su percepción de Mirna con respecto a las exigencias de sus padres hacia sus deberes.

En la *onceava sesión* se presentaron Ana y Pablo, comentaron una infección de garganta en Pablo, quien es el miembro de la familia que más se enferma, padece gastritis, misma que se reactivó por un problema familiar que tienen, explicaron que se trataba de un pleito legal para desalojar a un tío de la casa en la que habitan. Con respecto a Mirna, el padre mencionó que sigue “igual” sin hacer la limpieza de su habitación, al preguntarle por los cambios observados refirió que a diferencia del pasado hace su tarea sin dificultades, sus “berrinches” no son tan “extremosos”, subió sus calificaciones y ve menos televisión (O’Hanlon, 1989). Abordé nuevamente las normas, ya que aparentemente las establecieron pero no han acordado consecuencias ante el incumplimiento. Pablo atribuyó los cambios positivos de Mirna a que reflexionó la situación, Ana por su parte lo atribuye a que por las noches habla con ella y Mirna le cuenta cómo se siente ante el enojo y regaño de sus papás. Al preguntar sobre sus propios cambios, Pablo mencionó que maneja su enojo, por su parte Ana ha sido más firme en sus indicaciones, pues comentó que en ocasiones “se reía” al darlas y que ahora apoya a Pablo cuando da una indicación a sus hijas. Posteriormente mencionaron que Mirna es muy apegada a

su padre, lo busca, le importan mucho sus reacciones, su opinión, su aceptación, sus ausencias, su enojo; exploré la hipótesis de la *inseguridad que siente de él, de su cariño*, Ana mencionó que Mirna tenía sueños recurrentes de que algo malo le pasaba a su padre y que Mirna le ha dicho que cuando su padre la regaña y le dice “vete de mí vista” es muy doloroso y siente que no la quiere. Realicé el señalamiento con respecto a la importancia de diferenciar entre la conducta y la persona, Pablo aceptó que asume ambos conceptos como uno mismo, se hizo la aclaración y el maltrato que pueden sufrir los niños y niñas por los adultos, sin la posibilidad de defenderse como lo hacen las personas en la edad adulta.

Mencionaron las dificultades que tienen como equipo de padres para establecer normas, indicaron que Ana deja que no se cumplan las indicaciones y Pablo ejerce violencia para que acaten las mismas. Se realizó el señalamiento a Pablo de sus conductas extremas para que sus hijas acaten sus indicaciones. Al preguntar, mencionaron que ellos también tenían conductas desordenadas y desidiosas para realizar los quehaceres de la casa, por lo que hablamos de propuestas para el establecimiento de normas y reglas, momento en el que comienzan a quejarse uno del otro y les dejo como actividad en casa, el ejercicio de una comunicación en la que esté presente la petición y no la queja. Finalmente se connotó su disposición en todas las sesiones a trabajar en equipo por sus hijas y solicité sus correos electrónicos para enviarles el extracto de un documento sobre estilos parentales (Barocio,2008).

En la *sesión doce* acudieron Ana, Pablo, Mirna y Carolina. Pablo ya tiene trabajo en el Instituto del Petróleo, donde trabaja Ana, en la misma área pero con actividades diferentes, evento que coincide con la jubilación de la abuela paterna y por lo tanto ella convive mayor tiempo con las niñas y las supervisa. Mencionaron que la conducta de sus hijas ha sido tranquila, Mirna ya tiene la tarea concluida cuando llegan del trabajo. Mirna dijo sentirse “muy bien” y le agrada que sus papás estén más juntos, detalló que para ella estar juntos es “cuidarse uno al otro y que se abracen”, añadió que en la escuela le va bien. Carolina se encuentra bien, va a cumplir tres años pero es alta y se percibe de mayor edad. Al preguntar que les gustaría que continuara ocurriendo de lo que ya pasa en la familia, Pablo mencionó que Mirna siga como hasta ahora en sus labores y Carolina también, a quien percibe más fuerte. Abordé la relación fraterna entre Mirna y Carolina, Mirna dice que no le gusta que sus papás le digan que es muy sensible a

comparación de Carolina, momento en el que llora y a diferencia de la primera sesión, Pablo se acercó y connotó dicha sensibilidad, dejando ver su cariño y apoyo a Mirna; se connotó a la sensibilidad y se cuestionó la percepción negativa de dicha cualidad. Posteriormente se abordó la tarea que se les había dejado a Ana y Pablo con respecto a la comunicación, argumentaron que al estar muy tranquilos no tuvieron la oportunidad de discutir y practicar la negociación a través de sus respectivas peticiones, hice énfasis en la necesidad del establecimiento de normas y reglas que brinden claridad a todos los integrantes de la familia las tareas de responsabilidad, así como la duración, horarios y consecuencias.

Al retomar la pregunta de qué les gustaría que continuara ocurriendo, Ana dijo que le gustaría que Mirna le tuviera la misma confianza de hasta ahora, ya que tienen como hábito platicar largamente al momento de acostarse, además de la tolerancia que ha observado en todos, lo cual ha influido en una mejor relación en la familia.

Por su parte Mirna mencionó que desea seguir cumpliendo con sus tareas y ya no tener más problemas con sus padres. Pregunté por los cambios en Pablo, momento en que se presentó una conducta autoritaria por parte de Carolina y se realizó el análisis, enfocándome en el tema del grito para conseguir lo que se desea; al regresar a la pregunta, Pablo mencionó que ha participado en los cambios al no exigir tanto a Mirna, Ana dijo que tiene más paciencia, pregunté por las cualidades de Ana que hacen que sus hijas le tengan mucha confianza, ella no las percibe claramente y Pablo detalla que Ana sabe escuchar, tiene una voz suave y da confianza. Agregaron que los cambios en la familia se han logrado debido a que Mirna ha puesto mucho de su parte, Pablo se ha controlado y Ana es más firme.

En la parte final de la sesión Pablo dijo que percibe a Ana insegura en su relación de pareja, de que la deje de querer, y describió cómo ella es la persona en quien más confía; intervine brevemente preguntando la opinión de Ana con respecto a lo anterior y mencioné la posibilidad de concluir el proceso de terapia familiar ya que el objetivo del proceso familiar se había alcanzado y el tema que mencionaban en ese instante se trataba de su relación conyugal a lo que Pablo inmediatamente respondió que sí, que es un tema que deseaban tratar porque “han sido más padres que pareja”.

En la *sesión trece* se presentó Ana, Pablo y Carolina, mencionaron que Mirna va bien en la escuela, bajaron sus calificaciones un poco pero se debió a un evento generalizado en el grupo por el cambio de formato en el examen y por la presión de sus otras actividades, como el ballet, aun así tiene un promedio superior a 9 y los padres están satisfechos con ello a diferencia del pasado en el que exigían una calificación de excelencia. La familia ha estado bien, Pablo y Ana explicaron que las condiciones de su contexto favorecieron a tal situación, por ejemplo el hecho de que Pablo entró a trabajar y la abuela se jubiló. Describieron a Mirna como una niña dulce, lista y juguetona, su postura es de aceptación a sus actitudes infantiles lo que en el pasado no ocurría, ya que esperaban que Mirna se comportara como otro adulto.

La pareja comenzó a hablar de su relación, han estado bien aunque a Pablo le molesta que Ana le solicite frecuentemente que le diga que él la quiere, agregó que cuando él la busca Ana lo rechaza. Por su parte Ana explicó que lo rechaza porque generalmente está ocupada con los deberes y cuidados de las hijas. Por lo anterior y cómo se había mencionado en una sesión anterior, se les propuso iniciar con un proceso terapéutico de pareja y concluir el proceso familiar, lo cual aceptaron. Describieron las posibles acciones que realizarían si en un futuro se presentaran dificultades en la relación con las hijas y la forma en que reaccionarían, parte de lo que mencionaron fue continuar haciendo lo que hasta ahora había comenzado a hacer. Para Pablo le era más accesible manejar su enojo y Ana se sentía con mayor seguridad para ser firme en la educación con sus hijas. De esta forma se concluye el proceso terapéutico familiar y se establece para la siguiente sesión el inicio de un proceso terapéutico para la pareja.

Análisis teórico-metodológico

Durante la primera sesión me dediqué a escuchar el motivo de consulta, sus explicaciones sobre lo que ocurría y las soluciones intentadas. Ante la insistencia de señalar a la paciente identificada por la familia, me alié momentáneamente con Mirna, desde mi punto de vista, sin que los padres se sintieran atacados, sugiere Linares (2002) que en situaciones de violencia el receptor de la misma no se sienta presionado en la sesión, además de que Minuchin y Fishman

(1981) sugieren este tipo de intervención para confirmar a la persona además de modificar las posiciones del resto de los integrantes de la familia.

Pregunté sobre otros problemas en el sistema familiar o social, también con la intención de desenfocar a la paciente identificada. Además connoté a los padres su capacidad para verse a sí mismos, ya que respondieron que efectivamente tenían conflictos conyugales, lo cual utilicé como parte de una sesión dentro del proceso, en la que se sugiere que el terapeuta no actúe como controlador social y entienda los procesos familiares (Linares, 2002).

Durante las dos primeras sesiones evidencí el maltrato físico y verbal del Padre hacia Mirna, por lo que exploré la intensidad del abuso. A partir de este momento en el que el maltrato es evidente me dediqué a realizar un diagnóstico relacional (Linares, 2002), explorar el mapa del mundo de los participantes, en este caso de Pablo y Ana.

Pregunté por la familia de origen de Pablo con la intención de conocer la probable historia de violencia y al mismo tiempo que lo relacionara con lo que ocurre con su hija Mirna, sin embargo, no logré que contactara con ello, aunque también era posible que la presencia de su esposa lo impidiera.

Para la segunda y tercera sesión fue constante el cuestionamiento del sistema de creencias de Pablo sobre las repercusiones de su violencia, la posibilidad de encontrar otras maneras de relacionarse con sus hijas, así como el tema de inequidad de género y autoritarismo en todas las demás sesiones; en la tercera sesión exploré las redes de apoyo con las que contaba la pareja de padres. También hablaron de su historia como padres.

Para la cuarta sesión, cité únicamente a uno de ellos, se presentó Ana, en el encuentro realicé preguntas para evaluar el peligro que pudiera representar Pablo para Ana, en el sentido de que también la violentara, al parecer no ejercía violencia física hacia ella pero si violencia psicológica, la devaluaba continuamente. Durante la sesión, Ana habló sobre sus sentimientos con respecto a la violencia que ejerce Pablo hacia sus hijas, tenía miedo de expresar lo que pensaba porque “cuida” a Pablo, de acuerdo a lo que explicó, realicé señalamientos de cómo en

otras ocasiones Ana reaccionó protegiendo a las hijas y a sí misma, por lo que sería necesario reflexionar qué se lo impide en la actualidad.

Durante la última parte de esta sesión con Ana, intenté cuestionar la idea de "imponer", pues ella percibe que el defender sus derechos es como si actuara de forma impositiva. El mensaje final consistió en validar lo que desea hacer, es decir, expresar sus inconformidades hacia Pablo, es algo que ya sabe hacer, cuestioné si es el miedo lo que la detiene.

En la quinta sesión con Pablo, exploré la relación con su familia de origen, con la intención de que verbalizara sus emociones para que a su vez lograra empatizar con el dolor de Mirna y se percatara de sus conductas violentas en su paternidad, lo cual se logró de manera parcial a través de que reiteradamente hiciera contacto con su sufrimiento en la infancia.

En la sexta sesión utilicé diversas preguntas que promovían la reflexión y cuestionar las creencias de Pablo, ya que se refería a la actitud de seguridad y autoritarismo en los niños como sinónimos, así como interpretaba actitudes de Mirna como manipuladoras. En esta sesión enfatiqué la importancia de entender el estilo parental que ejercen sobre Mirna; sugerí acciones psicopedagógicas para el establecimiento de responsabilidades en Mirna, así como la forma de dirigirse a ella.

En la séptima sesión realicé constantes cuestionamientos sobre las conductas ambivalentes de Pablo ante las conductas de Mirna a través de preguntas circulares y reflexivas (Tomm, 1988). Además de señalar los mensajes de doble vínculo de la madre de Pablo hacia él. Al final de la sesión se abordaron los cambios que han manifestado como familia y cómo han beneficiado la conducta de Mirna y la relación con ella.

En la octava sesión escuchamos a Mirna, propuse la responsabilidad del manejo del enojo en quien lo siente, así como pregunté a Pablo sobre su percepción de su capacidad para argumentar sus necesidades. Cuestioné la idea de Pablo con respecto a que Mirna lo "ataca" al mentirle o no seguir sus indicaciones; al mismo tiempo se logró que Mirna entablara un diálogo con el padre.

Pablo logró asociar su violencia a la reacción de miedo y bloqueo de Mirna y la paradoja de que Pablo lo hace para generarle carácter y disciplina, sin embargo, la paraliza. Al final de la sesión se explicitó la relación de violencia de Pablo hacia Mirna, pregunté por las posibles soluciones estableciendo conductas específicas, realicé la devolución de cómo Pablo usa la violencia para resolver y lograr objetivos parentales que no están funcionando, por lo contrario empeoran la relación. Connoté la disponibilidad de Pablo para seguir acudiendo a las sesiones para cambiar su propia conducta.

Para la novena sesión la voz de Ana fue la que más se escuchó, describió los cambios positivos en su familia, principalmente la disminución de la violencia de Pablo hacia sus hijas y la mayor disposición de Mirna para realizar sus actividades, para lograrlo pregunté por los cambios vistos, dirigiendo la sesión bajo una postura de excepciones. Para esta sesión la relación terapéutica establecida me permitió señalar abiertamente los continuos mensajes confusos de Pablo hacia Mirna, ya que por un lado valoraba su actitud autoritaria con los demás pero no que lo fuera con él. Realizamos el análisis de una dificultad que tuvieron en la semana porque Mirna pidió ayuda a Pablo para encontrar una página de internet, en dicho evento Pablo reaccionó intolerante, asocié su reacción con los estilos parentales que recibieron ambos progenitores en la infancia. Al final de la sesión señalé el estilo parental flexible hacia Mirna en algunas ocasiones y en otras muy rígido, así como las dificultades que esto genera en la relación familiar y educación de las hijas; además de la continua sensación de Pablo de ser agredido por Mirna, cómo él se coloca a su mismo nivel y Ana lo refuerza al intentar “proteger” a ambos.

En la décima sesión analizamos las pautas de conducta que disparan los conflictos entre ellos como padres y Mirna, señalando la falta de normas y reglas claras en los roles de los integrantes. Además utilicé preguntas de excepción a las reacciones explosivas que solía tener Pablo y exploraré las creencias de Mirna con respecto a las exigencias de sus padres a través de preguntas circulares (Rodríguez, 2004). Intentando que los padres asumieran la responsabilidad como parte del problema, pregunté por las explicaciones que se daban ante los cambios positivos de Mirna.

En la onceava sesión utilicé algunas preguntas de excepción (O'Hanlon, 1989), ya que iniciaron manifestando que Mirna continuaba con conductas que desaprobaban, además utilicé preguntas circulares y reflexivas hacia los progenitores con respecto al miedo que muestra Mirna ante la ausencia del padre. Realicé señalamientos sobre lo complicado que es tratar de que Mirna haga algo distinto a sus padres cuando éstos también son desordenados y desidiosos con las tareas del hogar, también hice señalamientos sobre el maltrato y cuidado de los niños y niñas en las familias y las relaciones significativas entre padres e hijos, lo anterior por el miedo que presenta Mirna ante la distancia con el padre.

En la doceava sesión las relaciones familiares habían mejorado, por lo que me enfoqué a realizar preguntas reflexivas que evidenciaran los cambios que habían tenido y su capacidad de agencia en los mismos. En un primer momento al hablar de la sensibilidad de Mirna, connoté el respeto a la diferencia, ya que mencionaron que para ellos la “sensibilidad” era una característica que admiraban en su hija, en particular Pablo, quien se describió con ausencia de dicha cualidad, lo cual también fue cuestionado.

Finalmente, en la sesión trece exploré la permanencia de los cambios en la relación familiar, los cuales continuaban, además de plantear escenarios futuros en los que se pudiera presentar los problemas del pasado y las posibilidades que tenían para reaccionar ante ellos. Señalé la conclusión del proceso terapéutico familiar para dar inicio al proceso terapéutico de pareja.

Análisis del sistema observante

Desde la primera sesión se observó a un padre muy exigente, con expectativas muy altas en cuanto a la capacidad intelectual de su hija, frío y dominante, por otro lado Ana se posicionaba en un lugar secundario, pues asiente o complementa los comentarios del padre, aunque en varias ocasiones Pablo solicitaba la validación de su esposa. Ana tiene más presente los conflictos conyugales que Pablo, al menos en la primera sesión. Desde luego Mirna representa al paciente identificado, es el miembro de la familia en donde se deposita la mayor responsabilidad familiar y el más sensible.

En el transcurso de las sesiones se validó la percepción del alto coeficiente intelectual de Mirna, ya que efectivamente se trataba de una niña muy lista, aunque se promovió la reflexión de que dicha característica no estaba necesariamente ligada con la relación de conflicto en la familia y las agresiones con las que el padre se relacionaba. Percibir a una hija muy inteligente le permitía a Pablo percibir a Mirna como par y al mismo tiempo justificar su violencia.

Me parece evidente la violencia hacia la hija e hipotéticamente hacia la pareja, que desde el principio me costó trabajo observarlo, afortunadamente al inicio del caso conté con el apoyo del equipo terapéutico y de la supervisión.

Por lo comentado sobre la familia de origen, parece que Pablo fue un niño rechazado y violentado, por lo cual posiblemente su valor personal estaba minimizado. Como pareja, Ana y Pablo nunca hablaron de sus expectativas como cónyuges y padres, su relación comenzó de forma accidental y las decisiones de conformar una familia las tomó Ana a las que Pablo accedió.

Tampoco solían hablar de los conflictos, pues Pablo reaccionaba de forma violenta (dejándole de hablar); pareciera que ambos se guardaban rencor, Pablo no era empático con las emociones de Ana. Se observó una clara falta de empatía ante el sufrimiento de Ana, quien incluso creía lo que verbalizaba Pablo: “que no tenía razones para llorar”.

Por su parte, Pablo se sentía poco capaz como hombre y padre, reaccionaba violentamente cuando veía amenazada su idea de ser hombre, a través de definirse a partir de la negación de lo femenino. La idea de la separación se mantenía latente, aunque ninguno de los dos realizaba un movimiento efectivo para que se ejecutara, estaban muy ocupados con la conducta de Mirna.

Exploré las redes de apoyo de Ana y Pablo, sin embargo, ninguno de ellos las tiene, al parecer se tienen uno al otro, una característica que prevalece en las familias que viven violencia, aislamiento (Barrios, 2008). De esta manera decidí preguntar por el mapa del mundo de Ana en

cuanto al maltrato, lo consideré importante debido a que Ana no reconoce la violencia de Pablo, al parecer ella complementa el sistema de creencias con respecto al género. Decidí explorar su historia de pareja para conocer su idea de pareja y padres. De acuerdo a lo que comentaron, se hicieron pareja por las carencias que cada uno tenía de sus historias personales. Para la siguiente sesión los cité por separado para tratar la violencia en sus aspectos individuales pues Ana no tenía mucha oportunidad de hablar en presencia de Pablo en las primeras sesiones.

Durante la sesión con Ana se percibe su fortaleza, misma que de acuerdo a lo que comentó se “escondió” cuando llegó a la Ciudad de México, que coincide con la realización de su Doctorado y su relación con Pablo. Al parecer se “escondió” ante el temor de lastimar a Pablo, a quien percibía frágil, sin embargo, lo equipara con sus hijas, incluso considera más fuertes a sus hijas que a él. Durante la última parte de la sesión su discurso era de disculpa hacia Pablo, mencionado por la literatura como usual en esposas de hombres violentos. Fue necesario enfatizar la diferencia de Pablo como adulto e hijas como niñas indefensas, además de que existe evidencia de que “le puso un alto” cuando inició su matrimonio y Pablo no “se desplomó” como ella lo imaginaba.

En la quinta sesión acudió Pablo, fue difícil hablar de su vida emocional de manera inmediata, fue necesario hablar de otros temas, casi al final de la sesión habló de su familia de origen y del enojo a su madre a quien se dirige como Celia y no como mamá, sin embargo, hablaba de sus conductas sin hacer contacto con el enojo, sólo se escuchaba con tono molesto, expresó sentirse sólo al ser hijo único, comparaciones con sus primas y primo, también describió autoritarismo por parte de sus tíos.

Para la sexta sesión acudieron Pablo y Ana juntos, se percibían anímicamente muy bien, se abordó el tema de los estilos de educación parentales, ya que se evidenciaron faltas de normas claras dentro de la familia, los padres las verbalizaron siendo en ocasiones flexibles y en otras rígidos, Pablo le exige a Mirna interés académico pero no tienen una conducta sistemática sobre ello, también existen mensajes contradictorios por parte de Pablo, “le agrada que Mirna sea autoritaria, segura y terca pero le enoja que sea así”.

En la séptima sesión se presentaron Ana, Pablo y Mirna, relataron como mantenían un estilo parental muy flexible sobre todo Pablo y cómo estaba asociado a su propia experiencia con su madre en la infancia: "mi madre no supo qué hacer conmigo".

En la octava sesión se presentaron Mirna con su padre; la primera se observaba molesta y explicaron el por qué, la pequeña verbalizó su miedo ante el enojo del padre, responsabilizándose del mismo a éste, además, Mirna actuaba violentamente contra su hermana menor. Pablo se mostró receptor ante la violencia que expresó Mirna pero no de su miedo, mencionó sentirse agredido por Mirna al percibir que "no le hace caso", la responsabilizaba de todos sus enojos, de los conflictos familiares y que lo "quería hacer tonto". A lo largo de la sesión Mirna y Pablo entablaron un dialogo. Para el final de la sesión la tensión del inicio se había diluido y Pablo habló abiertamente de sus emociones e ideas con respecto al comportamiento de Mirna, mientras esta lo escuchaba atentamente, lograron establecer un acuerdo ante la violencia de Pablo.

Para la novena sesión, Mirna se escuchaba con seguridad al hablar con su padre, Ana por su parte también compartió mucho de lo que sentía y Pablo permitió que ocurriera, de la misma forma, éste podía hablar abiertamente, así como yo sentía mucha más libertad para mencionar los procesos relacionales de violencia y estilos parentales.

Para la onceava sesión Ana y Pablo comenzaron a hablar de otros temas y ya no de Mirna, el tono de Pablo fue mucho más amable y receptivo, por su parte Ana tenía mayor duración en sus participaciones y con mucha claridad en priorizar sus argumentos, a diferencia del pasado cuando incluso se mantenía en silencio ante la inconformidad de Pablo.

Para la doceava sesión las relaciones familiares estaban mucho mejor, hablaron de otros temas, por lo que en ese instante decidí plantear la culminación del proceso terapéutico, el tono de voz de Pablo era completamente diferente, atenuado, sin la necesidad de mantenerse alerta o responder rápidamente a las preguntas y en forma defensiva, la actitud hacia las hijas era muy diferente, las vigilaban y escuchaban pero ahora con mayor interés en tocar su relación como pareja. Ana tenía mayor manejo de su voz, brindaba su opinión y su tono era más alto, con mayor seguridad de sí misma.

Análisis del sistema terapéutico total

Decidí describir el presente caso debido a que fue uno de los más complejos que se me presentaron durante la Residencia, viví un poco de la complejidad que implica trabajar con sistemas relacionales violentos, en particular dirigido hacia un infante, lo cual me conmocionaba ante mi nula experiencia con el tema, aún me ocurre. Posteriormente en escenarios laborales me encontré con muchísimos casos y considero aún más complejos, pero el caso de la familia Galindo Velázquez me confrontó por primera vez con absolutamente todos los recursos personales y profesionales que poseía para colaborar con ellos, desde cada una de las herramientas aprendidas en los diferentes modelos de intervención, información sobre el tema y lo más importante, desde mi punto de vista, las miradas del equipo terapéutico que fueron indispensables para este caso y la supervisión del mismo, con la experiencia de la Dra. Noemí Díaz Marroquín.

La retroalimentación del equipo terapéutico y de la supervisión fue de fundamental ayuda, colaboraron en que me observara en un proceso terapéutico en el que sentí de todo, incredulidad, enojo, temor, tristeza, cariño, alegría, satisfacción y para conocer mis propios puntos ciegos; recuerdo como en las primeras sesiones me costó mucho trabajo poder nombrar a las actitudes de Pablo como violentas, yo sabía que eran violencia pero parecía que yo también (como Ana) temía confrontar a Pablo. Agradezco a la familia Galindo Velázquez porque me enseñó partes de mí que hasta entonces desconocía y que me haría falta para desempeñarme en el escenario laboral en el que ingresé poco antes de concluir este caso.

Finalmente, es importante enfatizar que aunque utilicé los recursos que adquirí en mi formación identificando las intervenciones de cada Modelo de Intervención, fue muy complicado pensarme bajo un sólo Modelo, como se puede percibir, utilice todas las técnicas y recursos que consideré necesario, aunque claro, todas ellas considero compatibles entre sí.

3.2 HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

La investigación es inherente a la práctica clínica, actualmente no concibo la práctica terapéutica sin las bases de la investigación, me refiero a las preguntas que cotidianamente realizo para intentar entender a cualquier persona, hasta las investigaciones formales con sustento metodológico ya sea cuantitativa o cualitativa para fundamentar la práctica clínica, y que siempre es de gran ayuda leer/escuchar otras voces con experiencia sobre el tema abordado.

A continuación se presentan las dos investigaciones metodológicas que realicé durante la Residencia en colaboración con mis compañeras.

3.2.1 Investigación con metodología cuantitativa:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTILOS DE AMOR EN UNIVERSITARIOS (AS)

Cintia Aguilar Delgadillo, Alma G. Aguilar Segura y Araceli Durán Rivera

Resumen

Las interacciones en el núcleo familiar ejercen influencia sobre las relaciones sociales que establecen sus miembros, por lo tanto, la presente investigación tuvo como objetivo brindar un panorama de factores de la funcionalidad familiar relacionados con el estilo de amor que 204 jóvenes universitarios mexicanos entre 20 y 25 años de edad, de las carreras de Psicología (46.7%), Ingeniería (47.2%) y otras carreras (5.6%), expresan a sus parejas; 48.3% de los participantes fueron mujeres y 52.8 % hombres. Se tomaron como variables de las hipótesis las características de interacción en las familias de Ambiente familiar positivo, Hostilidad/evitación del conflicto, Mando/problemas en la expresión de sentimientos y Cohesión/reglas, así como los estilos de amor que expresan las personas: Erótico, Amistoso, Lúdico, Maniaco, Pragmático y Agápico. Para su realización se acudió al campus universitario y se invitó a responder los instrumentos de evaluación a los alumnos que se encontraban en las explanadas siempre que mantuvieran una relación de pareja. Como resultados principales se observó la correlación de las escalas de hostilidad/evitación de conflicto y Mando/problemas en la expresión de sentimientos de forma positiva con los estilos de amor Lúdico y Maniaco, y negativa con el Amistoso.

Palabras clave: funcionalidad familiar, estilos de amor, jóvenes universitarios.

El enfoque sistémico define a la familia como un sistema relacional, es decir, un ordenamiento dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas. Es un sistema abierto, se encuentra constituido por varias unidades ligadas entre sí y en intercambio

con el exterior (Andolfi, 1985). Para Minuchin (2008) la familia es la matriz de la identidad y el origen de pautas transaccionales por las cuales los miembros se adaptan a su contexto social. Desde el modelo dinámico sistémico integrativo, Macías (1994) considera que la familia es un grupo de adscripción natural de los seres humanos con o sin lazos de consanguinidad, de pertenencia primaria y que conviven habitualmente bajo el mismo techo, que comparten la escasez o la abundancia de sus recursos de subsistencia y servicios y que, al menos en alguna etapa de su ciclo vital, incluye dos o más generaciones. La familia obedece a una necesidad biológica organizativa sistémica de integración grupal para poder responder y satisfacer las necesidades humanas de sus miembros, así como facilitar el desarrollo de sus potencialidades.

En el contexto de la terapia familiar es conocida la frase de Esopo: “La familia es lo mejor y peor que le puede pasar a una persona” (Minuchin y Fishman, 1981), significando de que la familia puede ofrecer oportunidades de desarrollo para el individuo, pero también grandes limitaciones.

Se recurrió a los términos de funcionalidad o disfuncionalidad para describir las características de las interacciones que caracterizan a las familias. En el modelo de terapia familiar estructural, su principal representante, Salvador Minuchin (2008), plantea que para determinar el funcionamiento de la familia, es necesario realizar una evaluación de la organización de los miembros en cuanto a la jerarquía de cada integrante, la centralidad, la marcación de límites, alianzas y coaliciones entre e intra subsistema (conyugal, parental, fraterno). Asimismo, afirma que no existe la familia “ejemplar”, y que su funcionalidad se basa en su capacidad para adaptarse a los cambios de un contexto social y en promover el desarrollo de cada uno de sus miembros en las diferentes etapas del ciclo vital de la familia.

Por tanto, la funcionalidad familiar es un proceso que involucra al individuo, a la familia y a la sociedad. Es un conjunto de patrones de relación que se dan entre los integrantes de la familia a lo largo de su ciclo de vida, patrones que desempeñan a través de los roles establecidos y con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven (García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes y Díaz-Loving, 2006). La funcionalidad de la familia se encuentra influida por diversos factores, entre ellos los cambios del contexto social (que

involucran la adaptación del sistema familiar a los mismos) y la etapa del ciclo vital en el que se encuentre la familia (que implica una serie de modificaciones internas por el desarrollo de cada miembro). Ambos factores incluyen crisis dentro de la familia que exigen auto modificación constante, ya que cada crisis implica un reto al desarrollo de la familia. La funcionalidad dependerá, en consecuencia, de la capacidad de la familia para auto modificarse a fin de poder cumplir con las tareas psicosociales que le corresponden.

García-Méndez et al. (2006) estudiaron los patrones de interacción que pueden favorecer o entorpecer las relaciones familiares. Partieron de siete dimensiones del funcionamiento familiar: comunicación, normas y valores, afecto, instrumental, estructura, esparcimiento y organización, las cuales concretaron finalmente en cuatro, que se encuentran descritas en la tabla 16.

Tabla 16. Definición e indicadores de las dimensiones del funcionamiento familiar

<i>Ambiente familiar positivo</i>	
<i>Definición</i>	<i>Indicadores</i>
Patrones de relación vinculados con la satisfacción en la relación y el intercambio de ideas y puntos de vista que favorecen las relaciones familiares, así como las manifestaciones de afecto y respeto a través de la cercanía entre los miembros de la familia.	Armonía, respeto, lealtad, relaciones familiares afectuosas, normas y reglas claras, ayuda, toma de decisiones conjuntas, unión, detalles, libertad de decir lo agradable y molesto de los demás, disponibilidad de tiempo para escuchar, platicar, festejo fechas importantes.
<i>Hostilidad / evitación del conflicto</i>	
Baja tolerancia con los integrantes de la familia, lo que conduce a patrones de relación redundantes en los que prevalece el antagonismo y el desvío de los problemas.	Crítica, no compartir, pérdida de respeto, no cooperación, quedarse callado, compararse unos y otros, ocultar lo desagradable, hacer cosas por obligación, desestimación de la familia.
<i>Mando / problemas en la expresión de sentimientos</i>	
Falta de claridad en las reglas a seguir por los miembros de la familia, relacionadas con su comportamiento, tanto al interior como al exterior del grupo familiar. Comprende límites confusos y dificultad para demostrar sentimientos entre los integrantes de la familia.	Límites y reglas poco claros, falta de interés, falta de compromiso, individualismo, desconfianza, hipocresía, indisciplina, distanciamiento, adicciones, problemas de comunicación, burla.
<i>Cohesión / reglas</i>	
Vínculo afectivo que prevalece entre los miembros de la familia, y los patrones de relación que marcan los límites de las relaciones con los hijos.	Acuerdos, cariño, demostraciones afectivas.

Fuente: García-Méndez et al. (2006).

Uno de los principales elementos para la evaluación del funcionamiento familiar es la percepción que los miembros de la familia tienen de la existencia de funcionalidad en su familia. Molina (1993) reportó que en la mayoría de las familias que participaron en su estudio, sus miembros coincidieron en la percepción de funcionalidad o disfuncionalidad familiar en sus hogares y que la percepción negativa se deriva de las respuestas de hijos adolescentes y escolares que tenían una mala relación con sus padres. La funcionalidad familiar se ha relacionado con variables como la presencia de trastorno bipolar en alguno de sus miembros (Holmgren, Lermenda, Cortés, Cárdenas, Aguirre y Valenzuela, 2005), la hipertensión arterial descompensada (García, 2007), la anorexia en adolescentes (Cook-Darzens, Doyen, Falissard y Mouren, 2005; Cunha, Relvas y Soares, 2009), asma infantil (Hernández, 2009), el tiempo libre que comparten las familias con sus hijos que padecen alguna discapacidad del desarrollo (Dodd, Zabriskie, Widmer, y Eggett, 2009), y los patrones de conductas adictivas en la adolescencia (Tafa y Baiocco, 2009).

La familia de origen tiene repercusiones en la forma en que sus miembros se relacionarán con los demás, en particular, en la transmisión de apegos y estilos afectivos (Bowlby, 1993). Schettino y Cortés (2001) encontraron, en un estudio transgeneracional, que los jóvenes solían relacionarse con un estilo de amor similar al de alguno de sus padres o con características de ambos, y concluyeron que la percepción de lo vivido en la familia de origen tiene un papel de gran importancia en la búsqueda y la selección de pareja.

Díaz-Guerrero (1994) afirma que el amor es cualquier tipo de conducta que acerque a las personas física, emocional, cognoscitiva, social y espiritualmente. Para Sánchez (1995), el amor responde a las necesidades del otro mediante la expresión de afecto y cuidados; así, los participantes de una relación contribuyen mutuamente al bienestar y desarrollo del otro, la presencia del amor da lugar a un involucramiento emocional espontáneo y dinámico entre dos personas.

Lee (1977) estudió los diferentes estilos de la expresión del amor que las personas utilizan en su relación de pareja. Planteó la existencia de seis estilos de amor, en las que

menciona seis ideologías que se manejan en torno al amor provenientes de la mitología griega antigua (Ojeda, 1998).

El autor se basó en la literatura de ficción y no ficción para proponer una serie de descripciones de sucesos, ideas y emociones relacionadas con amor escritas en tarjetas, mismas que proporcionó a un grupo de personas con la instrucción de separarlas; posteriormente, los resultados de la clasificación se procesaron con un análisis factorial, del que tipificó tres primarios y tres secundarios, estos últimos los clasificó tomando en cuenta las descripciones clasificadas por los participantes en dos estilos de amor primarios (Ojeda, 1998). Véase tabla 17.

Tabla 17. Definición de los estilos de amor planteados (Lee, 1973)

<i>Estilos de amor</i>		<i>Definición</i>
Primarios	Erótico	Otorga mayor importancia al atractivo físico y a la sexualidad.
	Amistoso	Prefiere la amistad y el afecto más que el amor.
	Lúdico	Ve al amor como un juego; le gusta relacionarse con muchas parejas y cultivar diferentes experiencias de amor.
Secundarios (combinación de los primarios)	Maniaco (Erótico y Lúdico)	Se caracteriza por la obsesividad; es celoso, posesivo y demandante.
	Pragmático (Lúdico y Amistoso)	Elige cuidadosamente a su pareja, sabe lo que quiere y evalúa, objetivamente, las características del otro.
	Agápico (Erótico y Amistoso)	Ve la relación de pareja como un medio para ayudar a alguien.

Un estilo de amor es una ideología de expresión personal y única de amor que está en función de las características y de la historia de vida de cada individuo. A lo largo de su vida, una persona podrá mostrar diferentes estilos de amor, dependiendo de la pareja y de las situaciones que experimente.

Respecto de los factores relacionados con los estilos de amor, Zacarías (2009) encontró que los estilos Agápico, Lúdico y Maniaco están relacionados con baja autoestima, poca aceptación personal y sentimientos de inferioridad con respecto al otro. Barajas (2006) reporta que los estilos Erótico y Maniaco se asocian con la expresión negativa del enojo, y que este último se relaciona con altos niveles de depresión. Prado (2006) señala que las mujeres con un

estilo de amor Agápico o Maniaco tienden a presentar conductas de dependencia y de celos, además de que viven con mayor sufrimiento las relaciones de pareja y tienen mayor propensión a vivir violencia en la misma.

Si bien se ha determinado que ciertas pautas de comportamiento hacia personas ajenas al sistema familiar, como la pareja, son transmitidas de padres a hijos (Schettino y Cortés, 2001), no se ha reportado específicamente la relación existente entre el tipo de funcionamiento de la familia (ambiente familiar positivo, cohesión, hostilidad/evitación del conflicto, mando/problemas de expresión de sentimientos) y cada uno de los seis estilos de amor (Erótico, Amistoso, Lúdico, Maniaco, y Pragmático y Agápico) que los jóvenes ejercen en sus relaciones de pareja. Éste fue el propósito del presente estudio. Un segundo objetivo fue analizar el efecto de algunas variables sociodemográficas de los jóvenes (sexo, edad, carrera académica que estudia, año que cursa), la estructura de su familia, y el tipo y tiempo de relación de pareja, sobre el funcionamiento familiar y los estilos de amor.

Método

Participantes

Se realizó un muestreo no probabilístico, participaron en el estudio 204 estudiantes universitarios, cuyas edades oscilaron entre los 20 y los 25 años de edad (media = 22.07; desviación estándar = 1.44); 52.8% de ellos eran hombres y 46.2 % mujeres, casi la mitad (46.7%) estudiaba la licenciatura en Psicología, 47.2% eran estudiantes de la carrera de Ingeniería y 5.6% pertenecían a otras licenciaturas (Administración, Ciencias Políticas, Derecho, Arquitectura, Biblioteconomía, Ciencias de la Comunicación y Turismo); el 30.2% cursaban del primero al tercer año, el 39.2% el cuarto año, y el 30.7% del quinto año en adelante.

La estructura familiar de la mayoría de los participantes era nuclear biparental (64.1% vivían con su padre y con su madre y/o con sus hermanos) o nuclear monoparental (22.2% vivían con su padre o con su madre y/o con sus hermanos); el resto (13.6%) vivía en una familia compuesta o extendida, vivían solos o carecían de núcleo. Uno de los criterios de inclusión fue que los participantes tuvieran una relación de pareja, ya sea de noviazgo (83.6%) o “free” (sin

compromiso, 16.4%); la duración de tal relación era de un año o menos (48.5%), de dos años (19.5%), de tres años (12.5%), de cuatro años (7.5%) o de cinco años o más (12.0%).

Instrumentos

1. *Cuestionario sociodemográfico*. Exploró las siguientes variables: sexo, edad, carrera académica que estudia, año escolar que cursa, el tipo de la relación de pareja y la duración de la misma, y las personas con quienes vive (para determinar la estructura familiar). Las estructuras familiares consideradas, de acuerdo con Sunkel (2006) fueron: nuclear biparental (familia constituida por ambos padres del participante y/o hermanos), nuclear monoparental (el participante vive con uno de sus padres y/o hermanos) y otros (nuclear, nuclear con hijos, extendida, extendida con pareja e hijos, compuesta, unipersonal o sin núcleo).

2. *Escala de Funcionamiento Familiar*. Fue elaborada por García-Méndez et al. (2006) con personas de 18 a 60 años de edad, residentes de la ciudad de México. Los autores definen el funcionamiento familiar como un proceso en el cual participan el individuo, la familia y la cultura, y cuya capacidad de cambio comprende la regulación de una compleja gama de dimensiones: afectivas, estructurales, de control, cognoscitivas y de relaciones externas, las cuales están interconectadas, de tal forma que al modificarse una de ellas, las demás también cambian.

La escala consta de cuatro subescalas: (1) *Ambiente familiar positivo*. (2) *Hostilidad / evitación del conflicto*. (3) *Mando / problemas en la expresión de sentimientos*. (4) *Cohesión / reglas*. Se trata de una escala de auto informe que consta de 45 ítems con cinco opciones de respuesta tipo Likert: Nunca, Casi nunca, Algunas veces, Frecuentemente y Siempre. Los índices psicométricos reportados por los autores se presentan en la tabla 18.

Tabla 18. Índices psicométricos y de correlación de las subescalas de la Escala de Funcionamiento Familiar

<i>Subescalas</i>	<i>Ambiente familiar positivo</i>	<i>Hostilidad/ evitación del conflicto</i>	<i>Mando / Problemas en la comunicación</i>	<i>Cohesión / reglas</i>
Ambiente familiar positivo	1			
Hostilidad / evitación del conflicto	-.130**	1		
Mando / problemas en la comunicación	-.441**	.617**	1	
Cohesión / reglas	.583**	-.384**	-.385**	1
Varianza explicada Total: 56.243%	20.795%	14.382%	12.985%	8.081%
α de Cronbach Total: .8533	.9417	.9004	.9070	.8641

** $p < .01$.

Fuente: García-Méndez et al. (2006).

3. *Inventario de Estilos de Amor (IEAm)*. Fue validado en México por Ojeda García (1998). Evalúa los seis estilos de amor propuestos por Lee (1973): Erótico, Amistoso, Lúdico, Maniaco, Pragmático y Agápico. Los estilos de amor revelan la expresión personal y única del amor, con base en las características y la historia de vida del individuo; estas experiencias son las que generan el interés hacia diferentes tipos de personas.

El inventario original consta de 82 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert: Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3), En desacuerdo (2), y Totalmente en desacuerdo (1). Los puntajes de consistencia interna correspondientes a cada subescala fueron: Erótico: $\alpha = .9200$; Amistoso: $\alpha = .9477$; Lúdico: $\alpha = .9150$; Maniaco: $\alpha = .8509$; Pragmático: $\alpha = .8119$, y Agápico: $\alpha = .8506$ (Ojeda, 1998). En la presente investigación se utilizó una versión reducida de la escala; se eligieron los cinco reactivos con las cargas factoriales más altas de cada subescala, también se modificaron las opciones de respuesta eliminando las opciones con valores neutrales, para evitar al máximo las posibles evasiones de los participantes al responder. Quedaron las siguientes opciones de respuesta: Totalmente de acuerdo (4), De acuerdo (3), En desacuerdo (2), y Totalmente en desacuerdo (1). Ver anexo 1

Procedimiento

Se acudió al campus universitario y se invitó a participar en la investigación a los alumnos que se encontraban en las explanadas y que cumplían los siguientes dos criterios: una edad que oscilaba entre 20 y 25 años y tener actualmente una relación de pareja. Se les explicaba que se trataba de un estudio psicosocial sobre la familia y la pareja; si accedían a participar se les proporcionaba el instrumento y se les garantizaba la confidencialidad y el anonimato de sus respuestas. Cada participante utilizaba de 15 a 20 minutos para responder los instrumentos.

Resultados

Las medias y las desviaciones estándar obtenidas por los participantes en las subescalas de Funcionamiento Familiar y de Estilos de Amor se presentan en la tabla 19. Los puntajes más altos correspondieron a las subescalas de Ambiente familiar positivo y de Cohesión / reglas, y a los estilos Amistoso y Erótico.

Tabla 19. Estadísticos de las subescalas de Funcionamiento Familiar y de Estilos de Amor

<i>Escala de Funcionamiento Familiar</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. estánd.</i>
Ambiente familiar positivo	3.03	0.62
Hostilidad / evitación del conflicto	1.70	0.40
Mando / problemas de expresión de los sentimientos	1.72	0.49
Cohesión / reglas	2.62	0.67
<i>Escala de Estilos de Amor</i>		
Erótico	3.26	0.49
Amistoso	3.15	0.63
Lúdico	1.81	0.73
Maniaco	1.91	0.62
Pragmático	2.60	0.59
Agápico	2.13	0.65

Media teórica = 2.5.

Con el propósito de determinar la relación existente entre el funcionamiento de la familia de los participantes y el estilo de amor que adoptan en sus relaciones de pareja, se obtuvieron los

índices de correlación entre las subescalas. En la tabla 20 se observa que las subescalas Ambiente familiar positivo y Cohesión / reglas correlacionaron positivamente con el estilo de amor Amistoso, y negativamente con el Lúdico y el Maniaco. La correlación de la subescalas de Hostilidad / evitación de conflicto y de Mando / problemas en la expresión de sentimientos fue positiva con los estilos de amor Lúdico y Maniaco, y negativa con el Amistoso.

Tabla 20. Índices de correlación de las subescalas de Funcionamiento Familiar y de Estilos de Amor

<i>Subescalas de Estilos de Amor</i>	<i>Subescalas de Funcionamiento Familiar</i>			
	Ambiente familiar positivo	Hostilidad/ evitación del conflicto	Mando/ problemas en la expresión de sentimientos	Cohesión / reglas
Amistoso	.179*	-.234**	-.271**	.148*
Agápico	-.080	.108	.131	.012
Erótico	-.052	.068	.055	-.057
Lúdico	-.218**	.310**	.307**	-.154*
Maniaco	-.180*	.346**	.267**	-.046
Pragmático	-.025	.176*	.092	.073

* $p \leq 0.05$; ** $p \leq 0.01$.

Discusión

El funcionamiento familiar fue evaluado en términos positivos por las subescalas de Ambiente familiar positivo y de Cohesión / reglas, y en términos negativos por Hostilidad / evitación del conflicto y Mando / problemas de expresión de los sentimientos, lo cual fue confirmado por las altas correlaciones obtenidas entre ellas. Se encontró que los participantes obtuvieron puntajes altos en las primeras y bajos en las segundas, lo cual señala la tendencia de funcionamiento en sus familias, lo cual puede deberse a que en la investigación todos los participantes fueron estudiantes universitarios, lo que implica un factor de protección asociado a una red de apoyo familiar.

También contemplamos que la mayoría de los sujetos (64.4%) provenían de familias biparentales, situación que favorece la percepción familiar positiva, al percibir una estructura socialmente validada, también pudo asociarse a que la convivencia con la figura paterna y materna o hermanos, involucra la existencia de un mayor número de vías de comunicación, con

un mayor grado de intimidad por ser las personas con las que usualmente se desarrolla el individuo en los primeros años de vida, además, la población participante al encontrarse en la edad adulta, tiene una evaluación y percepción familiar más objetiva y positiva comparada a otras etapas de desarrollo como puede ser la adolescencia, ya que Molina (1993) planteó en sus estudios que las percepciones con disfuncionalidad familiar tienden a provenir de adolescentes, etapa que se caracteriza por evaluar de forma negativa las relaciones que se establecen con los padres.

El funcionamiento familiar negativo (Hostilidad/evitación del conflicto, Mando/problemas de expresión de los sentimientos) resultó relacionado con el sexo de los participantes y con el tipo de relación de pareja que sostenía. Los hombres percibieron mayor hostilidad y más problemas de mando en su familia que las mujeres, así como fueron quienes sostenían relaciones de tipo *free*, en comparación con los de noviazgo.

Lo anterior podría explicarse desde una perspectiva de género, pues la educación de mujeres se encamina a valorar, proteger y buscar la estabilidad familiar, mientras que a los hombres se les impulsa a ser rebeldes, cuestionar, retar, buscar su autonomía y libertad; también puede relacionarse con el tipo de relación que se establece pues al ser los hombres quienes detectan más problemas en su núcleo familiar son quienes también tienden a establecer relaciones no formales “free” de esa manera no se sujetan a un compromiso. Por otro lado, Díaz-Guerrero (1994) afirma que las mujeres mexicanas socialmente aprenden, y la sociedad acepta, que expresen sus emociones abiertamente debido al concepto de “femineidad” generalizado culturalmente, por lo que la expresión de sus emociones es un comportamiento esperado; sin embargo, los hombres son restringidos a realizar las mismas conductas, ya que culturalmente es indeseable que un hombre posea características femeninas.

La subescala Cohesión / reglas de funcionamiento familiar positivo estuvo relacionada sólo con la estructura familiar de los jóvenes. Probablemente, el que los jóvenes vivan con sus dos padres, en comparación con quienes viven sólo con uno de ellos, propicia mayor cohesión, pues el estar dentro del núcleo familiar permite sentirse parte del grupo y por lo tanto saber y

aceptar que como parte de él debe haber un conocimiento, aceptación y respeto de las reglas que ahí se establecen.

En cuanto a la escala de estilos de amor, en general los participantes obtuvieron los puntajes más altos en Amistoso y Erótico, y los más bajos en Lúdico y Maníaco. Específicamente, puntuaron más alto en Amistoso, las mujeres, los estudiantes de Psicología, quienes mantenían una relación de noviazgo y aquéllos cuya relación era más duradera.

Quienes obtuvieron puntajes más altos en Lúdico y Maníaco fueron los hombres, los alumnos de Ingeniería, los que tenían una relación de tipo *free* y quienes tenían una relación de corta duración. Estos hallazgos se pueden asociar con los roles de género en nuestra sociedad, a los hombres se les educa para proteger, dominar, no involucrarse y no expresar sus emociones; mientras que a las mujeres se les inculca el ser agradables y sentimentales.

Otro dato a considerar es la profesión ya que en nuestro país ésta juega un papel fundamental en la identidad e influye en el comportamiento, creencias y pensamientos. Sin embargo, no se debe olvidar que en las carreras de Ingeniería y Psicología el género juega un papel importante pues en la Facultad de Psicología predominan las mujeres y en la de Ingeniería los hombres, por lo que en la investigación el 75.5% de los estudiantes de Psicología eran mujeres y el 78.3% de los de Ingeniería eran hombres; por tal razón este resultado puede estar permeado por el género de los participantes más que por la carrera. Esto puede relacionarse con lo expuesto por diferentes autores (Lee, 1977; Díaz-Loving, 1999) con respecto a la cultura y sociedad; pues es ésta la que marca muchos de los comportamientos, creencias y pensamientos.

Ruiz-Jarabo y Blanco (2005) mencionan que los procesos de socialización en occidente son diferentes para hombres y para mujeres. Se desarrollan dos culturas, la femenina y la masculina en donde se otorgan valores dicotómicos a cada una, y de acuerdo a los valores asignados según el género, es como los individuos tienden a comportarse.

Con respecto al objetivo central de la investigación, se encontró que las subescalas positivas de funcionamiento familiar (Ambiente familiar positivo y Cohesión / reglas) se

relacionaron con el estilo de amor Amistoso, y las subescalas negativas, con el Lúdico y el Maniaco. Aparentemente, quienes viven en familias funcionales tienden a sostener relaciones de pareja amistosas. Al respecto Vargas, en su tesis de Maestría (2005), menciona que una familia funcional potenciará la capacidad de comunicación, expresión de sentimientos, límites y jerarquías establecidos de acuerdo al subsistema al que pertenezcan, por lo tanto una familia que no impulsa a sus integrantes a desarrollar estas habilidades será considerada disfuncional. Si estas características negativas están presentes, los individuos tendrán una tendencia que puede ser reflejada en tres características principales al relacionarse en pareja: 1) evitar el compromiso para no poner en juego sus emociones y así protegerse, 2) ser personas inseguras y desconfiadas, de tal modo que la posesión y dominio predominen en sus relaciones y 3) racionalizar en exceso el amor de tal manera que se les complique involucrarse, disfrutar y ser espontáneos; lo cual habla, también de limitaciones en la experiencia emocional.

Relacionado con ello, Macías (1994) expone que si una familia cumple con cubrir las necesidades básicas de los individuos y los dota de amor, cuidado y protección, permitiéndoles al mismo tiempo desarrollarse de forma independiente y potenciar sus habilidades en el área social, sexual y de identidad, fomentará un ambiente de agrado el cual permitirá a sus miembros desarrollar relaciones interpersonales satisfactorias; que podrán estar basadas en una buena comunicación, en la capacidad para expresar lo que se piensa y siente, así como en el planteamiento de límites para las otras personas de tal manera que pueda relacionarse, pero sin perder de vista su independencia como individuo. Sin embargo, los estudiantes que perciben en sus familias, lejanía, faltas de respeto y críticas constantes entre sus miembros, tienden a cambiar frecuentemente de pareja y a establecer relaciones poligámicas y por otro lado, pueden caracterizarse por celar a su pareja, ser posesivos y demandantes (García-Méndez, et al, 2006).

Este hallazgo se relaciona con lo expuesto por Minuchin (1998), quien plantea la función de la familia como sistema que potencia las capacidades y habilidades de los individuos, menciona que si esto no se suscita, las personas tienden a no desarrollarse socialmente y esto puede generar el establecimiento de relaciones negativas, caracterizadas por no expresar con claridad lo que se siente y piensa, límites difusos, desconfianza, inseguridad y el no compromiso en las actividades que realiza y en las relaciones que establece.

Por su parte, Lee (1977) menciona que en la adultez temprana ocurre la elección de pareja de una manera formal, reflejando lo aprendido en casa y su ideología construida a lo largo de los años. De esta manera la etapa de desarrollo (adultos jóvenes) juega un papel relevante, ya que se tiende a buscar relaciones de armonía y aceptación, partiendo de esa premisa para encaminarse al amor, de esta manera no se establecen relaciones fugaces y poco profundas sino que se busca el conocimiento y reconocimiento del otro para la elección del tipo de relación que se establecerá.

Por lo tanto, se puede concluir que el funcionamiento familiar está relacionado con el estilo de amor que establecen, en sus relaciones de pareja, los jóvenes adultos. Esto puede sustentarse con lo expuesto por Schettino y Cortés (2001), quienes explican la forma en cómo las personas se relacionan con otros de acuerdo al aprendizaje que hayan tenido en su familia y cómo vieron que sus figuras importantes (papá y mamá) se relacionaban, adoptando características predominantes de alguno de ellos o de la relación en general. No se debe perder de vista la influencia social y cultural (con respecto a género) en el establecimiento de relaciones, pues el aprendizaje externo al núcleo familiar también influye en el estilo de amor que se adoptará, teniendo como premisa que este puede modificarse al pasar de los años (Lee, 1977).

Sugerencias y limitaciones: Los resultados en esta investigación presentan algunas limitaciones, entre ellas que sólo pueden ser considerados para poblaciones con características similares. Se considera importante conocer la etapa de la relación en que se encuentra la pareja, ya que si los participantes se ubican en el enamoramiento, las respuestas que se dan pueden ser subjetivas. Aunado a esto se sugiere disminuir el rango en el tiempo de relación, pues se considera que esta variable al ser muy extensa, arrojó datos muy variados en la percepción que tenían de su relación. Además de incluir la misma cantidad de participantes hombres y mujeres en las carreras. Por último, se sugiere que la aplicación del instrumento sea de manera individual, para evitar respuestas que se deban a la deseabilidad social.

3.2.2 Investigación con metodología cualitativa:

PERCEPCIÓN DE LA RELACIÓN FRATERNA CUANDO UNO DE LOS MIEMBROS PADECE ALGUNA DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Cintia Aguilar Delgadillo, Alma G. Aguilar Segura y Araceli Durán Rivera

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue identificar la percepción de la relación fraterna cuando uno de los miembros padece alguna discapacidad intelectual. Participaron 3 familias (3 madres, 1 padre, 3 hermanas y 1 hermano) con un miembro con discapacidad de la Asociación Civil PACOS y dos colaboradores de la institución. Los datos se recolectaron a través de entrevistas a profundidad y el análisis de contenido de dichas entrevistas. El estudio revela, a través de la legitimación por investigadoras, que la percepción fraterna cambia principalmente entre el rechazo y la aceptación de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada uno de los hermanos y las características del grupo familiar. La aceptación o rechazo hacia la discapacidad, por parte de los hermanos regulares, está relacionada con la forma en que los padres y familia extensa la han vivido. Cuando la discapacidad ha sido aceptada en el contexto familiar favorece que los hermanos sin discapacidad busquen relacionarse con personas y en contextos donde su hermano (a) sea aceptado (a); así también, perciben mayor sensibilidad y aceptación de las diferencias, tolerancia y búsqueda de alternativas para personas con discapacidad.

Palabras clave: Fraternidad, Discapacidad Intelectual, Familia.

La familia vista como un sistema relacional, es matriz de la identidad y el origen de pautas transaccionales a través de las cuales los miembros de la misma se adaptan a su contexto social, ya que como sistema abierto, continuamente recibe información del ambiente interno y externo que hace que se reorganice de forma constante (Andolfi, 1985; Minuchin, 2008).

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas, de este modo organiza a los integrantes de la familia, principalmente, en tres unidades de relación que poseen significación particular además del individuo: El subsistema conyugal, parental y el de hermanos (Minuchin, 2008).

En general, al estudiar a la familia se suele enfatizar el papel de los padres o cónyuges en la organización del sistema, esto se entiende por la importancia que tienen como adultos con mayor jerarquía dentro de la organización familiar. Sin embargo, el papel de los hermanos en cualquier situación familiar queda relegada a un segundo plano, sin considerar que pueden ser un recurso de intervención sumamente valioso (Falicov, 1998). Algunos autores coinciden en que las relaciones fraternas son las primeras experiencias con iguales, donde se aprende a negociar, competir, cooperar, comunicarse y seguir reglas grupales (Dunn y Kendrick, 1986, Bank y Kahn, 1988, Minuchin y Fishman, 1981), lo que representa el más importante escenario de desarrollo social para el niño. Los mismos autores han definido al subsistema fraterno como un conjunto de patrones de relación en el que los hermanos comparten tiempo y espacio, ya sea al interior o al exterior de la familia, dicha relación se transforma a lo largo del tiempo con la influencia de los ambientes sociales en los que se desenvuelven, mismos que facilitan o entorpecen las interacciones con otros que no pertenecen al mismo subsistema.

Como con cada miembro de la familia, las relaciones dentro del sistema fraterno cambian a lo largo de la vida, dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentren los integrantes, por lo que a medida que crecen, la relación se convierte en un sistema de apoyo mutuo. Durante la infancia, los hermanos modelan activa y mutuamente sus vidas, preparándose para las experiencias posteriores con sus iguales y como adultos. El sistema de apoyo que se establece se evalúa como muy importante puesto que generalmente la relación fraterna dura hasta la muerte, es una relación de por vida en la que se comparten experiencias que no se compartirán con nadie más (Bank y Kahn 1988).

Las relaciones fraternas tienen gran relevancia en el desarrollo de los individuos, sin embargo, cuando factores como el desarrollo de una discapacidad en un miembro, se encuentran presentes en la dinámica familiar, generan mayor movimiento y la necesidad de un reajuste en todos los subsistemas. Tal es el caso de nuestro objetivo de estudio, que cuando se hace presente una discapacidad en uno de los hijos genera, inevitablemente, un proceso de reacomodo en cada uno de los miembros de la familia y por lo tanto en los hermanos.

Autores como Cunningham, (1990) y López-Faudoa, (1980) han reportado que en parejas con un hijo con discapacidad sobrevienen emociones de impotencia, la cual ocasiona sentimientos de culpa mutua ente padre y madre. Esto puede dar como resultado un desajuste en el matrimonio e incluso la desintegración de la familia. Varios son los comportamientos que se adoptan: 1) rechazo, 2) sobreprotección, 3) superación de la crisis y búsqueda de orientación para incluirlo en la sociedad.

De acuerdo con Ramos-Galván (1991) y Cunningham (1990) las actitudes de los hermanos y hermanas, con frecuencia, son el reflejo de las reacciones de los padres, de tal forma que si ellos tienen una buena actitud frente al hijo con discapacidad y hacia los otros hijos, es decir, que aceptan la características propias de cada uno, las actitudes de los hermanos estarán marcadas por un profundo afecto y aceptación hacia el hermano discapacitado. Por el contrario, si los padres se sienten avergonzados, o rechazan al hijo, es probable que adopten esta actitud los demás miembros de la familia.

La relación fraterna rara vez va a ser totalmente negativa y totalmente positiva, pero si tienen alguna tendencia de ser negativa los hermanos pueden sentir temor, soledad, ira, resentimiento, confusión, celos, presión, culpa, frustración, ansiedad, depresión, vergüenza, rechazo hacia el discapacitado y pueden presentar un bajo autoconcepto; positivamente, propicia la maduración del hermano, la orientación profesional, la comprensión de las deficiencias, mayor capacidad de tolerancia, entre otras (Freixa, 1993, Powell y Olge, 1991).

Otro factor que destaca es el lugar que ocupa el hijo especial, cuando es el menor de los hermanos tiene como consecuencia que los mayores puedan comprenderlo mejor y aceptarlo; si es el mayor o el segundo de una familia numerosa, se necesita más habilidades de los padres para hacer que sus hermanos lo acepten completamente (Ramos-Galván, 1991).

Las afecciones de riesgo de vida que exigen más un control constante son las que afectan más intensamente a los hermanos, ya que fomentan los celos y el conflicto. Cuando uno de ellos tiene una enfermedad crónica incapacitante, suele suceder lo inverso: la diferencia entre ellos aumenta y se hace más evidente a medida que van desarrollando cada hito del desarrollo. Al

entrar a la adolescencia, la disposición a recibir cuidados de un hermano o a brindárselo puede convertirse en una fuente de conflicto cada vez mayor, el deseo de independencia puede hacer que ambos hermanos se resistan por estos roles. Las naturales preocupaciones adolescentes por la imagen y la integridad corporal pueden intensificarle al hermano sano los temores sobre su propia vulnerabilidad y provocar humillación en el hermano afectado, en un momento en el que necesitan cooperar para dar y recibir cuidados. Con frecuencia, los padres no perciben estas complejidades y a medida que los hermanos sanos van creciendo les van asignando, más responsabilidades de cuidados porque tienen mayor confianza en su madurez (Rolland, 2000).

Por otro lado, la existencia de una atmósfera familiar favorable no implica que estén resueltos todos los problemas entre los hermanos, pueden existir diversas situaciones que compliquen la integración y aceptación, tales como la señalización y crítica de las personas con quienes conviven fuera de su contexto familiar (López-Faudoa, 1980; Ramos-Galván, 1991).

Rolland y Walsh (2005) han abordado el tema de discapacidad y familia, refieren que las familias con un miembro con discapacidad tienden a organizarse de múltiples maneras tal como ocurre con las familias regulares; sin embargo, señalan que estudios realizados revelan que afrontan dificultades específicas con respecto a las familias que no tienen un miembro con alguna discapacidad. Las familias que mejor se adaptan a una enfermedad son las que mantienen un equilibrio entre esta y el resto de la vida familiar. Otras pueden centrarse de manera disfuncional y no ser capaces de satisfacer las necesidades de los otros hermanos, perturbando el desarrollo normal del ciclo de vida. (Navarro, 2004).

Pérez (2005) habla de que los hermanos suelen convertirse en los olvidados de la familia, por lo que es común que aparezca resentimiento por no recibir tanta atención como su hermano enfermo, fantasías culposas sobre haber deseado e incluso causado la enfermedad de un hermano o hermana, temores acerca del hermano afectado y/o la preocupación por la vulnerabilidad propia o la de sus padres, son experiencias comunes en los hermanos sanos que requieren atención.

Seligman y Darking (1989, citado en Rolland, 2000) describieron de qué manera la falta de comunicación es un importante factor de riesgo cuando un niño tiene un problema de salud. El niño afectado y sus hermanos suelen ser curiosos, pero los padres desalientan su curiosidad, convirtiéndola en temor al desanimarlos en sus intentos de encontrar respuestas a sus preguntas y preocupaciones. A semejanza de los adultos, los niños se adaptan mejor cuando pueden desarrollar narrativas que promueven un sentimiento de capacidad y control. Para los hermanos sanos, la mejor medicina preventiva es recibir información clara y directa y que los padres los tranquilicen y apoyen.

Estudios sobre el impacto en la salud y estructura en las familias en las que uno de sus integrantes padece alguna enfermedad incapacitante, reportan que tal hecho podría dar lugar al debilitamiento en la comunicación intrafamiliar y la interrupción en la armonía familiar (Sarto, 2001), tales investigaciones se refieren a diferentes enfermedades como la epilepsia (Fazlioglu, Hocaoglu, Sönmez, 2010), el autismo (Bilgin y Kucuk, 2010) y algunos se enfocan a atender a los miembros que padecen la enfermedad (Mukand, 2010). También se han realizado análisis de investigaciones sobre el impacto de la enfermedad infantil en las relaciones entre hermanos; algunos informan sobre un abanico de problemas: individuales, con los pares, con la familia y con la escuela (Breslau, 1983; Cadman, Boyle y Offord, 1988; Tritt y Esses, 1988; Wood y cols. 1988, citado en Rolland, 2000). Otros citan influencias positivas como la autoestima, la adaptabilidad, la seguridad en sí mismo y la proximidad de la familia (Daniels y cols., 1986; Harder y Bowditch, 1982; Tritt y Esses, 1988, citado en Rolland 2000). Daniels y sus colaboradores (1986) encontraron que una mayor cohesión familiar, un contexto familiar expresivo y la salud de la madre se asociaban con una mejor adaptación de los hermanos.

Pese a los numerosos estudios realizados para contribuir en conocimientos sobre la naturaleza de la relación entre la familia y la forma en que estos asumen una configuración familiar en la que existe un miembro con alguna enfermedad incapacitante (generalmente un hijo), así como coadyuvar a una organización funcional de la misma, existe poca información sobre el impacto que la discapacidad de un hijo tiene sobre los hermanos del mismo.

O'Brien, Duffy y Nicholl (2009), ante la escasez de literatura que se enfoque en las necesidades de los hermanos de los niños enfermos, realizaron una revisión de la literatura, misma que se realizó por medio de bases de datos. Revisaron en total 17 estudios de investigación publicados entre el 2000 y 2008, pero su estudio se realizó con tres grupos de hermanos relacionados con niños que sufren de autismo, cáncer y síndrome de Down; de dichas investigaciones discutieron los resultados con respecto a: la cohesión de los hermanos, el funcionamiento familiar, recursos de afrontamiento del hermano y los programas de intervención. La evidencia de la literatura sugirió que los hermanos con síndrome de Down se encontraban adaptados a vivir con su hermano o hermana a diferencia de los hermanos de los niños con autismo y cáncer.

Planteamiento del Problema.

Si bien el sufrimiento de alguna enfermedad en uno de los miembros de la familia es un factor que desestabiliza al sistema en general; el nacimiento de un hijo con alguna discapacidad es una situación que lo desequilibra de forma permanente e intensa, pues se requiere un reajuste en la dinámica de interacción. Este desequilibrio y reajuste ha sido estudiado de manera constante en cuanto a las implicaciones y repercusiones generadas en los padres (por ejemplo, lo relacionado con las expectativas que tenían, el enfrentarse al contexto familiar y social, las demandas de la pareja y los otros hijos si es que existen). Sin embargo, el subsistema fraterno también tiene repercusiones particulares que no han sido exploradas ampliamente.

El subsistema fraterno es de gran importancia para el desarrollo social de las personas desde la infancia hasta la adultez, ya que funge como un laboratorio de las primeras relaciones con iguales. A través de los pocos estudios realizados hasta la actualidad, se sabe que el subsistema fraterno, cuando hay un miembro con discapacidad, se vive de diferente manera en relación a aquellos en donde la discapacidad no está presente.

Objetivo

Conocer la influencia de la discapacidad en el subsistema fraterno y en el tipo de relaciones que éste subsistema establece dentro y fuera del contexto familiar.

Objetivos Específicos

- Conocer si la percepción que se tiene sobre la discapacidad del hermano, influye en la relación que se establece con el resto de los hermanos
- Conocer la percepción de conceptos como negociación, competencia, cooperación, comunicación y reglas grupales, entre hermanos con un miembro que padece discapacidad.
- Saber si las relaciones fraternas entre hermanos con un integrante con alguna discapacidad influye en las relaciones que estos establecen con sus iguales.

Preguntas de investigación:

- ¿Cómo es la percepción de la relación fraterna entre los hermanos que no padecen la discapacidad?
- ¿Cómo perciben que ha influido la enfermedad de su hermano en la relación que establecen entre ellos?
- ¿Cómo perciben que puede afectar la situación familiar su relación con otros?
- ¿Cuáles son los recursos que reconocen han desarrollado debido al padecimiento de su hermano (a)?

Supuesto:

La percepción que tienen los hermanos sin discapacidad sobre su relación fraterna en una familia con un (a) hijo (a) con discapacidad intelectual cambia y se reajusta en las diferentes etapas de vida, influyendo en el estilo relacional al exterior de la familia.

Método

Población

Se obtuvo de la Asociación Civil Pacos, dedicada al trabajo con jóvenes con discapacidad intelectual.

- Para el grupo focal participaron 12 padres de familia (9 mujeres y 3 hombres).

- Para las entrevistas a profundidad participaron algunos integrantes de tres familias. De un nivel socioeconómico medio alto:

Familia 1. Padre, madre, 2 hijas (25 y 21 años). Hijo con Síndrome de Down de 21 años (no entrevistado).

Familia 2. Madre, hija con Síndrome de Down de 27 años (no entrevistada), hijo de 19 años (no entrevistado).

Familia 3. Madre, hija de 23 años, hijo de 9 años, hijo de 21 años con discapacidad intelectual moderada.

- Dos integrantes del equipo de PACOS: el director de la institución y una colaboradora (quienes participaron en las entrevistas a profundidad).

Instrumentos

- Formato de entrevista a profundidad (ver anexo 2)
- Grabadora
- Bitácora
- Formato de análisis de datos

Procedimiento

1. Se realizó un grupo focal con los padres de familia que llevan a sus hijos a PACOS, con la finalidad de corroborar si los datos de la literatura con respecto a discapacidad, familia y fraternidad coincidían con lo proporcionado y experimentado por ellos. La información del grupo focal se recabó a través de una grabadora de voz para su posterior análisis de los temas recurrentes.
2. Tomando lo expuesto en el grupo focal, las preguntas de investigación inicialmente planteadas y la información que arroja la literatura, se crearon tres guías de entrevista a profundidad (para hermanos, padres y una para el personal de Pacos), ver anexo 2,3 y 4.
3. Se realizaron las entrevistas a profundidad con cada uno de los miembros participantes, de las tres familias seleccionadas y el personal de PACOS. Estas fueron hechas de manera individual y en un contexto en que se evitaran interrupciones, en su mayoría

fueron realizadas por dos entrevistadoras, en donde una de ellas dirigía la entrevista y la otra únicamente observaba, una vez que la investigadora que dirigía terminaba, la otra investigadora intervenía haciendo comentarios y preguntas que considerara pertinentes.

4. Se realizaron transcripciones de las entrevistas y después se procedió al análisis del contenido de las mismas, esto permitió identificar la información que resultaba común entre los entrevistados y también aquella que no fue considerada inicialmente en la investigación pero que fue recurrente en las entrevistas.
5. El análisis de contenido de las entrevistas se realizó por categorización de las respuestas con nuestros temas de estudio, se realizó el comparativo entre las respuestas brindadas por cada uno de los participantes.
6. La información recabada en las entrevistas se comparó con la información de la literatura y las preguntas de investigación, de tal manera que se pudiera comprobar lo expuesto al inicio de la investigación y /o proporcionar datos que puedan ser de utilidad para futuras investigaciones.

Análisis de la información

En el análisis de la información del grupo focal se identificaron temas recurrentes que dieron origen a las entrevistas a profundidad, entre ellos, percepción de discapacidad, relación fraterna en la infancia, relación fraterna actual, rechazo de la discapacidad y futuro sistema fraterno.

Al realizar el análisis de contenido de las entrevistas a profundidad, encontramos algunos temas que fueron comunes en cada uno de los grupos entrevistados: hermanos, padres y personal de PACOS.

Con respecto a la *percepción fraterna*, y confirmando el supuesto planteado, se menciona que ésta cambia de acuerdo a la etapa de desarrollo en la que se encuentre cada uno de los hermanos y las características del grupo familiar. Es diferente la idea que se tiene de los hermanos cuando se es niño (en donde se ven como compañeros de juego y en donde comparten

las primeras reglas sociales), a cuando están en la adolescencia (se alejan del núcleo por relacionarse con personas del exterior) y también cuando son adultos (puede haber un reencuentro, compartir experiencias y mayor respeto de las diferencias). Los grupos de hermanos en donde está presente la discapacidad, identificaron que se relacionan de manera diferente entre los hermanos sin discapacidad y el hermano (a) que presenta la discapacidad, estas diferencias aumentan cuando inicia la adolescencia, pues aparentemente en la niñez las relaciones se viven de manera similar que en los grupos sin hermanos con discapacidad. En la adolescencia pueden presentarse conductas de mayor protección hacia el hermano (a) que se cree en desventaja; o bien, marcarse una mayor lejanía por la no aceptación o rechazo de la discapacidad.

Desde su percepción, los participantes manifestaron encontrar diferencias con respecto al género de los hermanos y al lugar de nacimiento del hermano (a) con discapacidad. Ya que manifestaron mayor cercanía, protección, cuidado y muestras de afecto en las mujeres que en los hombres, dando un peso importante a la manera en que en nuestra cultura se educa a cada género y a lo que, comúnmente, les es permitido.

Con respecto al lugar de nacimiento del hermano con discapacidad, hablaron de la existencia de diferencias si el hermano que presenta la discapacidad es el mayor o menor, pues si es el más grande, los hermanos pequeños aprenden a convivir con la discapacidad de manera natural y a adaptarse a la forma en que la familia funciona con respecto a ese tema; sin embargo, si la discapacidad aparece en el pequeño, los hermanos tienen que vivir un proceso de mayor reajuste y adaptación, por todo lo que el sistema familiar vive y se enfrenta.

Otro tema que fue un común denominador en las entrevistas, es lo relacionado a *discapacidad y familia*, en donde se habla de que la aceptación o rechazo hacia la discapacidad, por parte de los hermanos sin discapacidad, está relacionada con la forma en que los padres y familia extensa la han vivido. Pues si la familia se ha esforzado por encontrar un equilibrio entre el tema de la discapacidad y actividades cotidianas del resto de los miembros, los hermanos tenderán a aceptar y a involucrarse en la vida y actividades de quien tiene la discapacidad; sin embargo, si en los padres y/o familia extensa la discapacidad no ha sido aceptada y ocupa un

lugar estelar en sus vidas, se podrá generar una reacción de rechazo hacia la enfermedad y muy comúnmente hacia el hermano (a).

Por lo anterior, la manera en que la discapacidad ha sido explicada a los otros hijos sin discapacidad y cómo estos la hayan entendido influirá en el tipo de relación fraterna, sin perder de vista que un factor de relevancia será el tiempo que se les ha dado para la aceptación y entendimiento de lo que implica tener un hermano(a) con discapacidad, pues aun cuando se haya hablado y explicado el tema, es común que sea en la adolescencia cuando realmente se comprenda la magnitud de ello, cada hermano (a) formará su criterio y tomará la decisión de la manera en que desea convivir con su hermano (a) y con su familia.

Otro punto son las diferencias o similitudes que hagan los padres en la relación que establecen con cada uno de ellos, pues si se viven en “*mundos completamente diferentes*” esas diferencias invitarán a la lejanía y rechazo, mientras si se ha procurado una integración e involucración de todos los miembros de la familia, serán capaces de ver las diferencias, pero al mismo tiempo de buscar puntos de encuentro entre los integrantes. Todos los participantes concuerdan en que algo que favorece a aceptar y aprender a convivir con la discapacidad es reconocer, admitir y trabajar con las emociones comunes que surgen entre los hermanos como es la presencia de celos, pues en la medida que los padres den su tiempo a cada uno de los hijos sin importar su condición, el resto de hijos sin discapacidad podrán identificar las necesidades de cuidado que requiere su hermano (a) y buscar integrarse en las tareas que favorezcan la convivencia; sin embargo, si estas emociones son rechazadas y evaluadas negativamente por los padres, se podrá generar una idea de poca comprensión, lo cual se verá reflejado en la relación que se establece en el subsistema fraterno, potenciado la idea de sobrecargo y responsabilidad impuesta de cuidado, aceptación y protección hacia el hermano (a) sin que ésta sea comprendida.

En lo relacionado a *Fraternidad y relaciones fuera del contexto familiar*, un común denominador fue la idea de que si en el contexto familiar la discapacidad ha sido aceptada, será más sencillo que los hermanos sin discapacidad busquen relacionarse con personas y en contextos donde su hermano (a) sea aceptado, pues verán necesario proteger y buscar espacios en

donde la discapacidad no sea un tema de crítica o de evaluación, sino en donde las personas puedan aceptarla y convivir con quienes tengan esas características y condiciones.

Los (as) hermanos (as) reportan que llega un momento en sus vidas, en donde pensar en el futuro, los lleva a pensar en su hermano (a) y las decisiones que deben tomar para poder proporcionarle un ambiente de cuidado y protección cuando sus padres, que fungen como cuidadores primarios, ya no estén. Por lo que pensar en el futuro, se convierte en una idea de pluralidad y no de singularidad, pues deben involucrar a quien requiere de cuidado y por lo tanto perciben una necesidad de mayor responsabilidad por las elecciones, en todas las áreas de su vida, que deben tomar. Sin embargo, se reporta que esto dependerá de la dinámica familiar, que se haya construido.

El tema del futuro y la incertidumbre que ello genera en cada miembro de la familia, fue común encontrarlo en cada subsistema, siendo un eje común, la incapacidad de hablar al respecto al no querer sobrecargar a alguien de una “obligación” que no le corresponde, sin embargo, el no hablarlo y sólo imaginar, potencia la incertidumbre del futuro de cada miembro de la familia.

Finalmente, un tema importante fueron *los recursos que identifican se han desarrollado debido a la convivencia cercana con la discapacidad*; bajo lo cual perciben mayor sensibilidad y mayor aceptación de las diferencias, tolerancia y búsqueda de alternativas para personas con discapacidad, reconociendo que vivir esta experiencia les permite abrir mayores opciones y sensibilizarse de manera diferente a las necesidades que tienen las personas con características similares a las de su hermano (a).

Discusión

Con base en los resultados y partiendo del objetivo de la investigación, podemos concluir que la discapacidad juega un papel importante en la percepción que se tiene de la relación fraterna en comparación con la que se tiene entre hermanos que no experimentan la discapacidad en uno de ellos, esto se relaciona con las etapas que se atraviesan en un grupo y otro, en donde al

llegar a la adolescencia y aún más en la adultez se evidencian las diferencias que existen entre ambos grupos.

La participación de los padres y la familia extensa es fundamental, pues los hermanos sin discapacidad podrán adoptar una actitud de cuidado, protección y aceptación o bien de rechazo y vergüenza frente a las condiciones de su hermano, como lo señala Ramos-Galván (1991) y Cunningham (1990).

Aun cuando el interés estaba puesto sólo en las relaciones fraternas, forzosamente se mezcló la relación de los hermanos con los padres y la familia extensa, de tal forma que la experiencia fraterna fue influida en cómo estos juegan un factor de influencia principal en la aceptación o rechazo que los hermanos sin discapacidad tienen hacia el hermano con la discapacidad. También se relacionó con la experiencia que la discapacidad ocupó en la vida de cada uno de los integrantes del subsistema fraterno, es decir, si la discapacidad opacó las necesidades y actividades de todos los miembros tiende a generarse rechazo, mientras si logró ser incluida a la vida cotidiana, dando espacio a cada miembro de la familia, se promueve la aceptación.

Con todo lo anterior consideramos que este estudio puede aportar información de utilidad relacionada al tema de fraternidad y de discapacidad, pues como se mencionó con anterioridad el subsistema fraterno ha sido, de manera general, poco estudiado por considerarse de mayor impacto el parental y el conyugal. Por esta razón y considerando la información obtenida en los resultados creemos importante hacer futuras investigaciones, cuyo eje central sea la fraternidad y la discapacidad en donde se consideren factores como: etapas de desarrollo por las que atraviesan los grupos fraternos, género, lugar que ocupa entre los hermanos el que presenta la discapacidad y nivel socioeconómico al considerarse factores que pueden enriquecer la información.

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DE CONOCIMIENTOS

La influencia de las habilidades de enseñanza y difusión de los conocimientos sobre la vida profesional son parte integral de cualquier profesión (Viejo, 2015) y en nuestro caso aún

más por tratarse de conocimiento especializado, es indispensable el desarrollo de estas habilidades para compartir desde la mera difusión hasta la intervención en nuestras poblaciones objetivo, colegas y autoridades.

3.3.1 Productos tecnológicos

Cómo una forma de compartir el conocimiento, durante la formación generamos material que sea de utilidad para la atención de los usuarios, para los programas de prevención en la comunidad o bien para los programas de formación de los terapeutas.

3.3.1.1 Traducción del idioma inglés al castellano del artículo *Contrasting Strategic and Milan Theraphies* escrito por Laurie Mackinnon.

Con la finalidad de contribuir con material que sirva al programa de formación de terapeutas, se realizó la traducción del idioma inglés al Castellano del artículo *Contrasting Strategic and Milan Theraphies* escrito por Laurie Mackinnon. Es una realidad que en nuestro País no existe la cantidad de publicaciones con respecto a nuestra materia como ocurre en otros países, por lo que es necesario traducir de manera constante y compartir el material publicado en otros idiomas, en este caso, se seleccionó el presente artículo por tratarse de una aportación en cuanto a la diferenciación del Modelo de Milán a las terapias estratégicas, ya que en ocasiones se le ha señalado como un Modelo de terapia “estratégica”.

En el artículo la autora habla sobre dicha controversia, ya que el equipo de Cloé Madanes incluyen las aproximaciones del grupo de Milán en sus discusiones, pero por otro lado Karl Tomm argumenta que el Modelo en cuestión no es estratégico y que más bien se trata de una terapia sistémica más preocupada por la coherencia de su marco conceptual y la metodología. El artículo describe la aparente similitud entre los Modelos, sin embargo, al profundizar en el enfoque, contrastando los enfoques en su evolución histórica, conceptos teóricos, metodología y tipos de intervención, la autora nos permite observar las diferencias entre los Modelos estratégicos y el Modelo de Milán.

3.3.1.2 Traducción de un segundo artículo del inglés al castellano: *Couple Therapy and Family Therapy* escrito por Jay Lebon de la revista *Family Process*.

La lectura en otros idiomas es obligatoria durante la formación y cómo ésta será de por vida, las traducciones realizadas a nuestro idioma facilitan la transmisión del conocimiento, por ello se traduce el citado artículo, aunado a mi interés en los procesos de terapia de pareja.

El autor menciona la relación compleja que la terapia de pareja ha tenido con la terapia familiar, ya que a pesar de que es ampliamente reconocida como un subsistema familiar y por tanto es tratada con generalidades de la epistemología sistémica, algunos terapeutas de pareja consideran el trabajo con parejas como un territorio completamente distinto. A lo largo del artículo, el autor menciona algunas de las propuestas que se han realizado en la terapia de pareja como la diversidad de las mismas, roles de género, poder dentro de ellas, los motivos por los cuales se sugiere a los pacientes un proceso de pareja, las intervenciones que se emplean y la transformaciones de los procesos terapéuticos de pareja.

3.3.2 Participación en foros académicos

3.3.2.1 Asistencia a foros

La formación como terapeuta familiar sistémica no sólo consistió en los espacios clínicos y en las aulas de la Universidad, tuvimos la fortuna de que en esos años de formación acudieran a nuestro País diversas personalidades de las diferentes escuelas sistémicas, al asistir, considero reforcé mi entendimiento acerca de los fundamentos de intervención sistémica, al mismo tiempo que observaba y admiraba, la mayor parte de las veces, la práctica clínica de los terapeutas sistémicos visitantes:

- Octubre de 2009. Durante 16 horas participamos en el seminario titulado *Terapia Dialógica* impartido por el Dr. Paolo Bertrando, del Centro Milanés de Terapia Familiar.

- Mayo de 2010. La segunda experiencia fue otros dos grandes terapeutas de sistémicos, *Bradfor Keeney* y *Wendey A. Ray*, el primero en ese entonces, con una práctica clínica integrada por diversos modelos de intervención incluso no sólo con fundamentos sistémicos. Welden Ray por su parte, nos mostró su lado relajado y estratégico, un terapeuta empático desde mi punto de vista.
- Junio del 2010. *Salvador Minuchin: su trabajo hoy*.
- Octubre de 2010. *Primer Congreso Internacionalde Terapia Breve y Familiar*, organizado en el Estado de Puebla por C.E.F.A.C.
- Mayo de 2011. Laura Fruggeri nos visitó como parte del equipo del centro Milanés de Terapia Familiar y nos habló sobre “las diferentes normalidades” y los procesos familiares.

Así podría continuar la lista de eventos en los que experimentados terapeutas extranjeros han compartido su trabajo con terapeutas mexicanos, en particular me inclino por acudir a aquellos seminarios que estén asociados al Centro Milanés de Terapia Familiar.

3.3.2.2 Ponencias

En cuanto a foros para presentar nuestros trabajos clínicos y de investigación durante la maestría, puedo mencionar dos:

- El primero fue durante la IV Jornada Clínica del Centro de Atención Psicológica “Los Volcanes” (noviembre de 2010) en el que colaboré con mi compañera Noemí Kumul, para presentar el caso terapéutico titulado “A dónde nos lleva el miedo”.
- El segundo escenario fue en el Primer Congreso de Alumnos de Posgrado (mayo de 2011), donde presentamos la investigación titulada “Percepción de la relación fraterna entre hermanos cuando uno de ellos padece alguna discapacidad cognitiva”,

elaborada en colaboración con mis compañeras Cintia Aguilar Delgadillo y Alma Aguilar Segura.

En todos los eventos mencionados me otorgaron constancia de participación o ponencia, cada evento lo recuerdo con cariño por el aprendizaje teórico, por la experiencia profesional y de vida que me significaron.

3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional

Considero que la formación desde la base de epistemología sistémica lleva en su proceso una formación ética en nuestra labor con las personas, sobre todo con algunos modelos de intervención sustentados en las teorías posmodernas.

Cuando elegí la Residencia lo hice con el objetivo de tener una formación en la cual desarrollara habilidades para atender procesos de psicoterapia con los diferentes grupos de edad y diferentes complejidades, algo que fuera desde mi punto de vista integral, y qué más diverso y complejo que las familias. Al poco tiempo de iniciar la Residencia me enamoré del enfoque sistémico, admito que sin tener mucho conocimiento del mismo, llegué al lugar ideal. Las premisas de los sistemas como ser más que la suma de sus partes, el error epistemológico del Poder planteado por Bateson, la estética de los sistemas y el cambio, la comunicación humana, las cibernéticas, el construccionismo, todas ellas, desde mi punto de vista, premisas rectoras congruentes con respetar el valor del ser humano en toda su integridad y por consecuencia, la necesidad de prestar un servicio con un alto nivel de compromiso y así, colaborar en su desarrollo.

Además la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, aprobó por asamblea el 03 de diciembre de 1997 el Código de Ética para Terapeutas de pareja y familias, mismo que puntualiza líneas precisas de comportamiento ético, que resumo a continuación:

- 1. Responsabilidad con los pacientes.** Procurar el bienestar de los individuos y familias, respetando los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a

cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus esfuerzos sean utilizados en forma apropiada.

2. **Confidencialidad.** Mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que éstos pueden ser más de una persona.
3. **Capacidad e integridad profesional.** Conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional.
4. **Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros supervisados.** No deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.
5. **Responsabilidad con los participantes de investigaciones.** Respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar conscientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.
6. **Responsabilidad a la profesión.** Respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.
7. **Arreglos financieros.** Hacer arreglos financieros con los pacientes o con 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.
8. **Publicidad.** Podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

Todos los puntos anteriores parecieran están sustentadas en premisas aprendidas y practicadas durante toda la formación, por ejemplo y en primer lugar, una constante auto observación y conocimiento de mi persona como terapeuta, por mucho logrado a través de mis compañeras y en su rol como equipo terapéutico, así de mis diferentes docentes y supervisoras (es); sin sus retroalimentaciones habría sido imposible detectar mis puntos ciegos y saber que existen muchos más de los que permanentemente debo estar vigilando.

La formación continua y actualización de la pragmática terapéutica se hizo una constante en mí y creo que en todo el grupo de mis compañeras, hasta la actualidad nos seguimos encontrando en eventos de actualización de la materia y desde luego estoy convencida que así seguirá siendo, la influencia del tiempo en nuestros significados y por supuesto en la profesión, seguirán en movimiento.

El rol de colaboración en los procesos terapéuticos familiares y en la creación de posibilidades, es una premisa eje en el trabajo sistémico y que lleva consigo un trato digno a los derechos humanos individuales y familiares por lo que el respeto al otro se convierte en una práctica incluso cotidiana. Por lo anterior, considero que la práctica profesional siempre debería mantener congruencia con el trato personal del terapeuta familiar, y que para lograrlo se requiere de un trabajo constante y permanente hacia la persona del terapeuta.

CAPITULO IV. CONSIDERACIONES FINALES

La formación en la Residencia de Terapia Familiar durante dos años me permitió una identidad profesional y personal, así como estoy consciente que me falta muchísimo camino por andar en la materia. La sensación al estar por concluir este escrito lo puedo resumir en agradecimiento a todas las personas, circunstancias e Instituciones por haber formado parte de la novena generación de la Residencia en Terapia Familiar.

4.1 Habilidades y competencias adquiridas

El apartado me remonta al momento de elegir la carrera, para mí no había ni hay nada más interesante, sorprendente y maravilloso que las complejidades del ser humano, me enamoré de la Psicología, al egresar de la carrera no era suficiente conocer sobre procesos humanos, necesitaba saber cómo se podría colaborar con las personas para entender y atender situaciones que limitaban su desarrollo o para potenciarlo; para aprenderlo elegí la residencia en Terapia Familiar con poco conocimiento del enfoque epistemológico que la sustentaba porque lo importante para mí era desarrollar habilidades psicoterapéuticas y desde luego esas expectativas las superó la formación, me convirtió en Terapeuta familiar sistémica.

La residencia en Terapia familiar sistémica incidió directamente en mi persona, en un ambiente académico y laboral. Desde el punto de vista académico pude mejorar mis procesos cognitivos de reflexión sobre los contenidos teóricos, a reforzar habilidades de escucha y respeto al otro y principalmente a la diferencia, a fortalecer habilidades de negociación y trabajo en equipo, presentación de ideas de forma oral a través de presentaciones con uso de apoyos audiovisuales, redacción de escritos, apertura y seguimiento de expedientes clínicos, búsqueda de artículos digitales en diversas bases de datos, entre otras que no logro desmenuzar.

En los escenarios de práctica, como contextos laborales, reforcé un sentido de compromiso y disciplina sobre el trabajo, puntualidad, atención con calidad o al menos con el mayor esfuerzo, establecimiento de relaciones laborales con otros profesionales de la salud, colegas o personas con funciones administrativas.

Propiamente en la formación, además de habilidades clínicas, nuestros excelentes docentes de la maestría se aseguraron de que desarrolláramos habilidades de investigación, construcción de instrumentos de evaluación, publicación de artículos, elaboración de herramientas o instrumentos tecnológicos, presentación de trabajos en foros y habilidades de intervención comunitaria. Cada una de las tareas mencionadas requerían de una capacitación teórica y la realización de cada tarea, por lo que recuerdo que sin darme cuenta mi persona como terapeuta poco a poco adquiría mayor destreza en estos aspectos que eran nulos y en algunos

casos representaron un reto personal.

En la práctica clínica, me lo dio todo, egresar de la Licenciatura en Psicología me dio la posibilidad de tener conocimientos del comportamiento humano, así como de evaluar y orientar en la materia, pero no la práctica y habilidad clínica para la intervención terapéutica y menos aún con las bondades terapéuticas del enfoque sistémico con familias. Todo fue nuevo, la entrevista con los usuarios eran con un tono completamente diferente a mi experiencia previa, aprendí a escuchar, a ver y hasta sentir la relación con el otro, tratar de entender los contenidos pero sobre todo a observar los procesos y al mismo tiempo mis propios procesos, para al finalizar las sesiones, reflexionar sobre todos los procesos de supervisión y de colaboración del equipo terapéutico. Una de las actividades más nutritivas fue la colaboración en coterapia y el trabajo con equipo terapéutico, herramientas invaluable en los procesos de terapia sistémica y evidencia de que para hacer terapia sistémica se requiere la actuación de una epistemología sistémica previamente adquirida.

Todas las competencias obtenidas durante la Residencia las intento resumir sistemáticamente en los siguientes puntos:

1. Conocimiento y aplicación de conceptos teóricos epistemológicos que sustentan el modelo sistémico y construccionista de la Terapia Familiar sistémica.
2. Conocimiento y aplicación de los conceptos teóricos metodológicos de los diferentes modelos de intervención en la Terapia Familiar Sistémica.
3. Habilidades de relación clínica con los usuarios del servicio de Terapia Familiar.
4. Habilidades de entrevista clínica y el proceso terapéutico.
5. Habilidades de auto monitoreo y observación de procesos relacionales.
6. Conceptualización teórica y metodológica al construir instrumentos de evaluación.
7. Habilidades de investigación en la construcción de instrumentos de evaluación.
8. Habilidades de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa.
9. Conocimiento y práctica en la elaboración de escritos para presentar investigaciones.
10. Habilidades de enseñanza y presentación pública de trabajos.
11. Compromiso ético en toda actividad profesional e incluso personal.

Cada uno de los puntos anteriores implicó muchísimo tiempo de dedicación por parte de nuestros profesores y profesoras hacia nuestra generación, así como una serie de confusiones, tensiones, cambios, aprendizajes, tiempo y esfuerzo de cada uno de los que pertenecemos a la novena generación de la Residencia en Terapia Familiar. Y por mi enorme respeto a dichas competencias me atrevo a decir que si bien fueron adquiridas en la residencia, aún me falta un enorme camino para reforzarlas y representarlas con excelencia en mi práctica profesional.

4.2 Incidencia en el campo psicosocial

La terapia familiar sistémica debería de tener mayor incidencia en el campo psicosocial de la que actualmente tiene, considero que es un compromiso de cada terapeuta formado difundir en la práctica profesional y relacional los beneficios que posibilita su práctica en las problemáticas que aquejan a nuestra sociedad, incluso no sólo en un escenario de terapia familiar clásico, sino en escenarios grupales y comunitarios.

Me es muy satisfactorio ver las posibilidades de relación que me ha brindado la postura sistémica y posmoderna o tal vez sea sólo una postura menos lineal de la que poseía, pero logro percibir diferencias al interactuar en diversos contextos laborales y con personas con perfiles profesionales distintos, en comparación con colegas terapeutas formados con otros enfoques; me gustaría decir que son mejores mis relaciones (cualquier cosa que eso signifique) pero no lo podría garantizar, lo que sí, es que por más adversos que hayan dichos contextos laborales, los he disfrutado y considero colaborado para que en cierto grado los mismos sean favorecedores para el trabajo profesional.

Una vez inmersa en ambientes laborales al egresar de la Residencia, fue muy triste percatarme que la terapia familiar sistémica no tienen el reconocimiento y lugar que desde luego considero que se merece y más triste aún que incluso el área de salud mental no lo tiene... reitero mi compromiso personal y ético para mínimamente difundir el enfoque sistémico con cada actuar de mi persona y práctica profesional y así colaborar con la enorme tarea que tenemos los terapeutas familiares sistémicos para compartir lo que nos ha dado la formación profesional.

Durante la Residencia, junto con mis compañeros de generación logramos incidir en varias familias y personas a través de nuestro proceso de formación y por supuesto ellas en nosotros. Desde el primer semestre comenzamos a participar como equipo terapéutico cuando la Maestra Jaqueline Fortes atendió a una pareja como forma de modelamiento y a partir del segundo semestre, todos asumimos el rol de terapeuta o coterapeuta, en mi caso atendí un total de 18 familias o usuarios y como parte del equipo terapéutico participé en las sesiones del resto de mis 10 compañeras y compañero, quienes atendieron un número similar de familias.

Lo anterior desde la atención específicamente clínica, sin embargo durante el proceso de formación como creadoras de instrumentos de valuación en mi caso y junto con mi equipo conformado por Cintia Aguilar y Alma Aguilar, elaboramos un código de esquema para la evaluación del sistema fraterno, por lo que acudimos a un centro escolar donde nos permitieron con autorización de los padres, observar la interacción entre hermanos y responder a algunas dudas de los docentes y padres de familia sobre nuestro objetivo al construir dicho instrumento.

Además, en los procesos de investigación tuvimos contacto con una muestra significativa de participantes, en el caso de la investigación con metodología cuantitativa referente a la relación entre funcionalidad familiar y estilos de amor en jóvenes universitarios, tuvimos la oportunidad de acercarnos a la percepción que mantienen al establecer sus relaciones de pareja y de su interacción familiar. En la investigación desarrollada con metodología cualitativa logramos acceder a la forma de vivir de algunas familias con un subsistema fraterno integrado por hermanos regulares y con un hermano o hermana con discapacidad intelectual, con esta misma población se propuso y mis compañeras de equipo realizaron un taller sobre comunicación familiar, con la finalidad de aportar parte de nuestros conocimientos a las familias que amablemente y con gran disposición participaron en la investigación.

Actualmente laboro en un escenario que me permite trabajar en comunidades, con grupos de todos los rangos de edad y me es satisfactorio percatarme de como la epistemología de los sistemas y construccionismo que obtuve durante la Maestría en Terapia Familiar puede aplicarse en dichos contextos incidiendo favorablemente.

4.3 Reflexión y análisis de la experiencia

Se trató de un proceso de transformación en mí, incluso en los que me rodean como mi familia nuclear, estoy muy agradecida porque una serie de factores se conjuntaron para que pudiera formar parte de la novena generación de la Residencia en Terapia Familiar.

Recuerdo que durante dos años mi vida fue la Maestría, en esa etapa nada más existía o al menos nada más importante...lo cual trajo algunas limitaciones, me refiero a mi familia nuclear que es muy importante para mí y por ello sentí un enorme distanciamiento, por lo que les agradezco toda la paciencia que me tuvieron, que claro, desde entonces y hasta la actualidad me siento con mayor capacidad para disfrutarlos.

El proceso de transformación que mencioné se relaciona con el desarrollo de un pensamiento sistémico y construccionista, todas sus bondades me permitieron relacionarme con mayor respeto hacia las personas que me rodearon y creo que hasta en la actualidad me ha permitido realizar con mayor eficacia mi trabajo en diversos contextos laborales. Por supuesto lo anterior como consecuencia de la práctica clínica con las personas y familias con las que trabajamos, en este sentido, la Residencia me enseñó a desaprender mucho de lo aprendido durante la Licenciatura, como por ejemplo pensar que los conocimientos que tenía sobre la conducta humana eran verdades absolutas, creo que algo fundamental que he aprendido es convencerme de la singularidad de cada ser humano y que jamás podré entender lo que ocurre en el otro hasta preguntarle y confiar plenamente en la persona y/o familias por su propia estética, si antes me maravillaba la complejidad humana, esa sorpresa aumentó.

He de reconocer que a menudo me sorprendo con un pensamiento lineal, pero ahora me considero con esa habilidad...de poder reconocerlo o al menos muchas de las veces, porque claro, eso de vivir constantemente en la incertidumbre y casi siempre responder “no sé” en ocasiones no es cómodo y mucho menos válido para la mayoría de las personas que no conocen la epistemología con la que me formé y más aún con profesionales de la salud que están inmersos en un pensamiento positivista.

Otra de las experiencias de mayor enriquecimiento fue la amplitud de la perspectiva desde dónde se miran las cosas, efectivamente aprendí a dejar de ver sólo a la persona y fuera de contexto, frecuentemente reflexiono sobre los contextos inmediatos y no tanto, como los sociales, esto último no es tan agradable porque se perciben sistemas con gran inercia y que frecuentemente dañan a las personas y familias, por ejemplo el contexto social de nuestro País. La experiencia de rotar durante tres meses en Barcelona fortaleció mi entendimiento del contexto, “nada fuera del contexto”, es de las experiencias de vida de las que más he aprendido, me conocí diferente, pude ver en primera fila los proceso terapéuticos con la misma epistemología pero con diferencias claras por la cultura, todo el tiempo viendo similitudes y grandes diferencias, creo que fue un ejercicio que me entrenó para ver diferencias de una manera muy sencilla.

Por otro lado la salida de mi País, de mi contexto, me permitió ver cosas que antes no veía y jamás olvidaré como me sentí al observar el dolor desde lejos y después regresar al lugar en dónde lo vi a distancia, me refiero a que en ese entonces la situación del País en condiciones de violencia estaba en su pico más alto debido a las política implementada para la confrontación con el crimen organizado. Escuché con atención la opinión de personas de otros Países sobre el nuestro, sobre su sociedad, paulatinamente fui reflexionando sobre ello, muchos de sus comentarios me eran difíciles de entender, aspectos que no lograba ver hasta entonces y en muchas otras ocasiones a través de mí, dejaron de generalizar sobre nuestras características de comportamiento o pensamiento. He de presumir y fue muy satisfactorio que una compañera de origen Catalán quisiera hacer una rotación en México, ya que consideraba que estábamos “muy bien preparados” y sí, lo estamos, la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM nos forma con altos índices de calidad en toda las áreas de formación: Clínica, de investigación, de enseñanza y considero que principalmente en altos niveles de ética y compromiso profesional.

La interacción con mis compañeros fue sumamente novedosa, jamás había estado con un grupo de personas por tanto tiempo, al principio era muy satisfactorio, mi identidad hasta ese momento me permitía disfrutarlo, sin embargo, conforme pasaba el tiempo la cercanía hacía cada vez más evidente las enormes diferencias que teníamos, sumada a la tensión de la exigencia de trabajo y el desgaste físico y emocional que implicaba, recuerdo que hubo conflictos aunque

los pudimos solucionar, ya que hasta la fecha la relación es de mucho respeto y cariño. Finalmente agradezco el acompañamiento de cada uno, tan singulares, tan diferentes que todos juntos, desde mi punto de vista, conformamos un único sistema de formación profesional y creo que todos nos quedamos con alguna relación de amistad profunda.

Para los y las docentes, mi admiración, respeto y agradecimiento de por vida, en ese entonces los admiraba por todos sus conocimientos y la manera de compartirlos, ahora los admiro por eso y por las personas que son, cada uno dejó en mí su forma particular de hacer terapia y/o investigación, son modelos a seguir y me considero muy afortunada en tener contacto con algunos de ellos hasta la actualidad. En la formación clínica, con los roles específicos como terapeuta, coterapeuta o equipo terapéutico me permitió sumergirme en la locura de entrar y salir de diferentes sistemas de interacción y la manera en que ello coadyuva en el bienestar de las personas y familias.

En conjunto como proceso, la Residencia en Terapia Familiar Sistémica ha aportado a la definición de mi identidad profesional y personal, desde luego dando como resultado un instrumento, a través de mí, de colaboración al desarrollo de personas, familias y comunidades en nuestra sociedad.

4.4 Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo

Muchas de las implicaciones en la persona del terapeuta y en el profesionalista las he mencionado de alguna manera con anterioridad, tal vez en cuanto a la persona del terapeuta enfatizaré en la importancia de un monitoreo constante sobre la propia experiencia, en los diversos sistemas terapéuticos de los que formamos parte, incluso en los sistemas de relación personal, familiar y social, para así lograr ser más eficientes en el ejercicio profesional y en la propia experiencia de vida, es necesario estar al pendiente en la medida de lo posible de todos nuestros sistemas de creencias para que mínimamente no interfieran en nuestro trabajo y más importante aún, no caigamos en actuaciones iatrogénicas.

En cuanto al campo de trabajo, las bondades de la epistemología sistémica y construccionista son vastas y considero que puede ser llevada a sistemas de alta complejidad, como los sociales o políticos, claro que para ello se requiere de un grupo de clínicos o epistemólogos sistémicos organizados y comunicados con objetivos claros de incidencia, lo cual no sería fácil de conformar pues la mayoría de las personas que nos formamos con objetivos clínicos tendemos a preferir el contacto humano, relacional, con aprecio y valoración hacia el otro o los otros. Desde luego desde la trinchera clínica incidimos en el desarrollo de sistemas más amplios, desafortunadamente una población reducida tiene acceso a los procesos terapéuticos públicos y mucho más reducida a los privados.

Por lo anterior los (as)Terapeutas Familiares Sistémicos(as) tienen un amplio campo de incidencia laboral y no sólo en la clínica sino en áreas de evaluación, investigación, intervención comunitaria y enseñanza, competencias que también desarrollamos durante la formación. Los escenarios también son múltiples, en sistemas laborales, escolares, comunitarios y en organizaciones sociales o por los tipos de servicios, en públicos o privados. Una implicación obligada, desde mi punto de vista en cualquier campo de trabajo, consistiría en la divulgación del pensamiento sistémico.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1991). *El equipo de reflexión*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1992). El experto es el cliente: La ignorancia como enfoque terapéutico. En Sh. McNamee y K. Gergen (Comp) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades, un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Bacallao, M., & Smokowski, P. (2007). *The Costs of Getting Ahead: Mexican Family System Changes After Immigration*. *Family Relations*, 56(1), 52-66.
- Bank, S. y Kahn, M. (1988). *El vínculo fraterno*. Barcelona: Paidós.
- Barajas, M. (2006). *Estilos de amor y su relación con la ansiedad, enojo y depresión*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barocio, S. (2008). *Prevención de conductas de riesgo en el adolescente: intervención parental*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Barrios, M. (2008). *La violencia y la terapia familiar*. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Bateson, G. (1998). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Argentina: Lohlé-Lumen. 1972.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J. y Weakland, J. (1977). Hacia una teoría de la esquizofrenia. En D. Jackson (Comp) *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bateson, G. y Ruesh, J. (1951). *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. España: Paidós.
- Bejár, R. (2007). *El mexicano, aspectos culturales y psicosociales*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Beltrán, L. (2004). *El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos*. En L.L. Eguiluz (Comp) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax-Mex.
- Berg, I.K. y Miller, S.D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol*. España: Gedisa.
- Berger, P y Luckmann, T. (1968). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bertalanffy, L. (1991). *Teoría general de los sistemas*. D.F., México: Fondo de Cultura Económica, 1968.
- Bertrando, P. (2000). *Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics*. *Journal of Family Therapy*, 22(1), 83. Recuperado el 19 de diciembre del 2009 en: Academic Search Complete database.
<http://web.ebscohost.com.pbidi.unam.mx:8080/ehost/pdf?vid=7&hid=112&sid=b1616dcc-9cae-4ee9-b855-4f0a8a5b1358%40sessionmgr111>
- Bertrando, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar, los personajes y sus ideas*. Barcelona: Paidós.
- Bilgin, H., y Kucuk, L. (2010). *Raising an Autistic Child: Perspectives From Turkish Mothers*. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(2), 92-99.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Bowlby, J. (1993). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Cecchin, G., Ray, W. y Lane, G. (1997). *Verdad y Prejuicios*. No publicado
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2009). Modelo
- Cibanal, J. (2006). *Introducción a la sistémica y terapia familiar*. España: Editorial Club Universitario.
- Cirillo, S., Berrini, R., Cambiaso, G. y Mazza, R. (1996). *La familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós
- Consejo Nacional de Población. (2008). *Foro Nacional: Las políticas de población en México, programa nacional de población 2008-2012 debates y propuestas*. Recuperado el 06 de enero del 2010 de: www.conapo.gob.mx/publicaciones/foronacional/mesa7.pdf
- Consejo Nacional de Población. (2009). *La situación demográfica de México 2009*. Recuperado el 07 de enero del 2010 de http://www.conapo.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=390&Itemid=378
- Consejo Nacional de Población. (2009). *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009*. Recuperado el 15 de abril de 2014 en: <http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Resource/205/1/images/Cap02.pdf>
- Consejo Nacional de Población. (2014). Series de información temática y continua de hogares en México. Recuperado el 16 de abril del 2014 en: http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Series_de_informacion_tematica_y_continua_de_hogares_en_Mexico
- Comunicación, Sociedad y Cultura, Perfil biográfico y pensamiento. (2002). *Claude Elwood, perfil biográfico y académico*. Cátedra Unesco. Recuperado el 08 de octubre del 2009 en: <http://www.infoamerica.org/teoria/shannon1.htm>
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., Mouren, M. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European eating disorders review*, 14, 223-236.
- Cortés, F. (2013). *Medio siglo de desigualdad en el ingreso en México*. *Economía UNAM*, 10(29), 12-34.
- Cronen, V., Johnson, K. y Lannaman, W. (1982). Paradojas, dobles vínculos y circuitos reflexivos: una perspectiva teórica alternativa (G. Reséndiz, trad.). *Family Process*. 21, 91-112.
- Cullin, J. (2006). Double Bind: Much More Than Just a Step 'Toward a Theory of Schizophrenia'. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 27(3), 135-142.
- Cunha, A., Relvas, A., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical Health & Psychology*, 9(2), 229-240.
- Cunningham, C. (1990). *El Síndrome de Down*. México: Paidós
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*. 23(1), 11-17.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1989). *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1997). *Claves en psicoterapia breve*. Barcelona: Gedisa

- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar, A., Gingerich, W. & Weiner-Davis, M. (1986). Brief therapy: focused solution development. *Family Process*, 25(2), 207-221.
- Derks, J., La Court, M., Lipchik, E. y Nunnally, E. (2005). Remembering Steve de Shazer: The early team. [Version electrónica]. *Journal of Systemic Therapies*. pp. 5-7.
- Desatnik, O. (2004). *El modelo estructural de Salvador Minuchin*. En L.L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del mexicano: Descubrimiento de la etnopsicología*. México: Trillas.
- Díaz, I. (enero-junio, 2012). La investigación en terapia familiar. *En-claves del Pensamiento*, 6(11). Recuperado el 13 de mayo de 2014 de: <http://www.redalyc.org/pdf/1411/141125357010.pdf>
- Díaz-Loving, R. (1999). *Antología psicosocial de la pareja*. México: Porrúa
- Díaz, R. (2007). El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y construccionista. Extraído el 12 de diciembre, 2010, de <http://www.cipra.cl/documentos/Narrativa%20y%20psicoterapia%20constructivista%20y%20construccionista%20--%20Diaz%20Olguin.pdf>
- Dirección General de Comunicación Social, UNAM (08 de agosto de 2015). México, primer lugar de la OCDE en embarazos adolescentes. *Boletín UNAM-DGCS- 457*. Recuperado de http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_457.html
- Dodd, D., Zabriskie, R., Widmer, M., & Eggett, D. (2009). Contributions of Family Leisure to Family Functioning Among Families that Include Children with Developmental Disabilities. *Revista de investigación del tiempo libre*, 41(2), 261-286.
- Dunn, J y Kendrick, C. (1986). *Hermanos y Hermanas: Amor, envidia y comprensión*. Madrid: Alianza.
- Elkaïm, M. (comp) (2000). *Las prácticas de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). *Encuesta Nacional de Adicciones: Reporte de Alcohol*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado el 30 de abril de 2014 de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/ena/ena2011_alcohol.pdf
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2011) *Encuesta Nacional de Adicciones: Consumo de tabaco ambiental y estrategias de control en México*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado el 01 de mayo de 2014 de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/ena/repo_ena2011_tabaco.pdf
- Encuesta Nacional de Adicciones. (2011). *Consumo de drogas: prevalencias, tendencias y variaciones regionales*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Juan Ramón de la Fuente Muñiz. Recuperado el 01 de mayo de 2014 de: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/ena/repo_ena2011_drogas.pdf
- Epston, D., White, M. y Murray, K. (1992). Una propuesta para re-escribir la terapia: Rose, la revisión de su vida y un comentario. En Sh. McNamee y K. Gergen (Comp) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Epston, D. (2009). Saying Hello Again: Remembering Michael White. [Version electrónica]. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*. 30 (2), 71-80.

- Esping-Andersen, G. (2001). Reestructuración de la protección social, nuevas estrategias de reforma en los países adelantados, en: R. Franco (coord.). *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*, México, CEPAL /Siglo XXI Editores.
- Esteinou, R. (2007). *Strengths and Challenges of Mexican Families in the 21st Century. Marriage & Family Review, 42(3)*, 309-334.
- Falicov, C. (1998). *Latino Families in Therapy. A guide to multicultural practice*. Nueva York: The Guilford Press.
- Fazlioglu, K., Hocaoglu, Ç., & Sönmez, F. (2010). *Çocukluk Çağı Epilepsisinin Aileye Etkisi. (Turkish)*. *Current Approaches in Psychiatry / Psikiyatride Guncel Yaklasimler, 2(2)*, 190-205.
- Feixas, G. y Villegas, B. (2000). *Constructivismo y psicoterapia*. España: Desclée de Brouwer, S.A.
- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Foerster, V. (1991). *Las semillas de la cibernética: obras escogidas*. Barcelona: Gedisa.
- Freedman, J. y Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. Nueva York: Norton.
- Freidberg, A. (1989). *Terapia Breve: Premisas Terapéuticas, Técnicas Terapéuticas, Pensamiento Sistémico: Marco de Referencia Subyacente a la Terapia Breve. Psicoterapia y familia, (2)1*, 30-39.
- Freixa, M. (1993). *Familia y deficiencia mental*. Salamanca: Amarú
- Galicia, I (2004). *Terapia estratégica*. En L.L. Eguiluz (Comp) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax-Mex.
- García-Méndez, Rivera-Aragón, Reyes-Lagunes, Díaz-Loving. (2006). *Construcción de una escala de funcionamiento familiar*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 22 (2)*, 91-110.
- García, R. (2007). *Frecuencia de disfunción familiar en pacientes con hipertensión arterial descompensada*. Monografía para obtener la especialidad en Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Universidad de Colima.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*, Barcelona, España: Paidós.
- González, C. (2004). *El modelo de hipnosis de Milton Erickson*. En L.L. Eguiluz (Comp) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax-Mex. Pp 29-47.
- González, L. (1999). *La teoría general de sistemas: una opción teórica- metodológica para el estudio de las relaciones internacionales*. Tesis de Maestría en Relaciones internacionales. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Unidad de Posgrado. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González y Vargas. (2008). *Detección de necesidades y recursos para la salud mental, en un servicio de atención psicológica comunitaria: Centro Comunitario de Atención Psicológica "Los Volcanes"*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989) *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2006). *El arte de la terapia estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Hernández, M. (2009). *Funcionalidad familiar en pacientes de asma en población infantil*. Tesis de Especialidad en Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En Sh. McNamee y K. Gergen (Comp) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, L. (1998). Posmodernismo y terapia familiar. *Sistemas Familiares*. 35-47.
- Holmgren G., Lermada S., Cortés V., Cárdenas M., Aguirre, A. y Valenzuela A. (2005). Alteración del funcionamiento familiar en el trastorno bipolar. *Revista chilena de neuropsiquiatria*. 43 (4), 275-286.
- Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, A.C. (2010). *Hacia una propuesta de política pública para familias en el Distrito Federal*. México. Iniciativa Ciudadana y Desarrollo Social, A.C. Recuperado el 14 de abril de 2014 de: www.incidesocial.org/incide2009/images/pdf/publicaciones/2010/00a-familia%20completo2final.pdf
- Instituto para la Atención y Prevención de las Adicciones en la Ciudad de México (2013). *Diplomado en Adolescentes en conflicto con la ley y problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas*. Manual de Capacitación inédito.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). *Mujeres y Hombres 2009*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2008). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006, Informe operativo. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 14 de enero del 2010 de: www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2007/Endireh06_EUM_Tab.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2006). *II Censo de población y vivienda*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 14 de enero del 2010 de: www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/conteo2005
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Censos de Población y Vivienda, 2000 y 2010*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 04 de marzo del 2013 de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo75&s=est&c=23554>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010b). *Censos de Población y vivienda*. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Recuperado el 15 de abril del 2014 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo14&s=est&c=17533>
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo129&s=est&c=23598>
<http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo73&s=est&c=23552>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2010c). *México de un vistazo 2010*. México: INEGI.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2013). Seguridad Pública y Justicia. México: Instituto de Estadística y Geografía. Recuperado el 17 de abril de 2014 de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=mvio58&s=est&c=27075>

- Instituto Nacional de Salud Pública. (2012). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 resultados nacionales. México: INSP. Recuperado de file:///C:/Users/Ara/Documents/2014%20y%202015/Titulaci%C3%B3n/articulos/ENSA NUT2012ResultadosNacionales.pdf
- Jack Hirose & Associates. (2010). *Speaker(s) Biography*. Recuperado de http://workshops.jackhirose.com/JHA_Bios.php?id=4.
- Jackson, D. (1977). El problema de la homeostasis familiar. En D. Jackson (Comp) *Comunicación, familia y matrimonio*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Jiménez, G. (01 de mayo de 2014). Alcoholímetro, un modelo eficiente pero irreplicable. *Excelsior*. Recuperado el 01 de mayo de 2014 de: <http://www.excelsior.com.mx/2011/10/31/comunidad/778528>
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires, Argentina: Paidós,
- Kelly, G. (2001). *Psicología de los constructos personales*. Barcelona: Paidós.
- Knekt, P., Linfors, O., Härkänet, T., Välikoki, M., Virtala, E., Laaksonen, M., Marttunen, M., Kaipainen, M. y Renlund, C. (2008) Randomized trial on the effectiveness of longand short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up.[Version electrónica].*Psychological Medicine*. 38, 689–703.
- Lee, J. (1973). *Colors of love*. Toronto: New Press.
- Lee, J. (1977). A tipology of styles of living.*Personality and Social Phychology Bulletin*.3. 173-182.
- Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia. (2008). Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 1º de febrero de 2007. Poder Legislativo de México.
- Linares, J. (1996). *Identidad y narrativa: La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós.
- Linares, J. (2002). *Del abuso y otros desmanes: El maltrato familia, entre la terapia y el control*. Barcelona: Paidós.
- López-Faudoa, S. (1980). *Síndrome de Down: consideraciones esenciales*. México: J. Langdon Down.
- Lucerga, M. (2003). Gregory Bateson: Lectura en clave semiótica de una aventura epistemológica del siglo XX. *Revista de estudios filológicos*. 5 (4). Recuperado el 06 de octubre del 2009 en: Tonos: Revista electrónica de estudios filológicos. <http://www.um.es/tonosdigital/znum5/perfiles/bateson.htm>
- Macías, R. (1994). *Antología de la sexualidad humana II*. México: Porrúa.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. (2005). *Psicoterapia constructiva*. Barcelona: Paidós.
- Maturana, H. (1997). *La objetividad, un argumento para obligar*. Santiago: Dolmen.
- Mayén, B.,García, B., Jusidman, C., De Anda, C., Rodríguez, G., Ordaz, G. et. al. (2009). *Relatoría de Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas*. Seminario en el Colegio de México, 19 y 20 de enero de 2009. (2-34).México: Colegio de México.
- McNamee, Sh. y Gergen, K.J. (1996). *La Terapia como construcción social*. Barcelona, España: Paidós.
- Meza, B., Posada, A. (2005). *Propuesta de un taller dirigido a hermanos de niños autistas para favorecer el desarrollo socioafectivo*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

- Minuchin, S. (1998). *¿Dónde queda la familia en la terapia familiar narrativa?*. Recuperado el 12 de diciembre, 2010, de <http://psicoterapiaestrategica.cl/hipnopolis/a3/h-a3-9y10.pdf>
- Minuchin, S. (2008). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.1979
- Minuchin, S. (2007). *Jay Haley: My Teacher*. *Family Process*, 46(3), 413-414.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Molina, F. (1993). Perfiles de funcionalidad familiar: un contraste intra e interfamiliar. *Sociedad venezolana de medicina familiar*, 2 (1), 11-16.
- Morin, E. (1996). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa editorial
- Mukand, J. (2010). *Rehabilitation Medicine: Serving People With Disabilities*. *Medicine & Health Rhode Island*, 93(4), 100-101.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder
- Navarro, J. y Beyebach, M. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós
- Navarro, J. (2004). *Enfermedad y Familia*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós.
- Neimeyer, J y Neimeyer, R. (1996). *Evaluación Constructivista*. Barcelona: Paidós.
- Nichols, W. (2007). *In Memoriam*. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 29(1/2), 3-8.
- O'Brien, I., Duffy, A., y Nicholl, H. (2009). *Impact of childhood chronic illnesses on siblings: a literature review*. (Cover story). *British Journal of Nursing (BJN)*, 18(22), 1358-1365
- O'Hanlon, W. (2001). *Desarrollar posibilidades*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. (2008). Philosophy and assumptions of Solution-based therapy. Recuperado 02 de diciembre, 2010, de <http://www.billohanlon.com/LazyMan/files/solution-based-basics.pdf>
- O'Hanlon, W. y Welner-Davis, M. (1989). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Ojeda, A. (1998). *La pareja: apego y amor*. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Pakman, Marcelo. (2010). *Palabras que permanecen, palabras por venir, micropolítica y poética en psicoterapia*. Barcelona, España: Gedisa.
- Pérez, J. (2005). *El papel de los hermanos dentro de la familia con un integrante con autismo*. Tesina de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Powell, T. y Olge, P. (1991). *El niño especial: el papel de los hermanos en su educación*. Colombia: Norma S.A.
- Prado, A. (2006). *Estilos de apego y estilos de amor en la mujer maltratada*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Price, J., Montalvo, B., Schiff, N., Mazza, J., Yapko, M., Eddy, D., et al. (2007). *Whither Family Therapy*. *Journal of Systemic Therapies*. 26 (3).1-10.
- Ramos-Galván, R. (1991). Los hermanos del niño con síndrome Down. En : Jasso, L. *El niño Down: Mitos y realidades*. México: Manual Moderno.
- Ramos, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas: un enfoque sistémico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Reséndiz, G. (2010). Modelo de Milán: 1969-2009. *Psicoterapia y familia*. 23(1), 30-39.
- Rodríguez, C. (2004). La escuela de Milán. En L.L. Eguiluz (Comp) *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax-Mex.

- Rojas, O. (septiembre-diciembre, 2008). Paternidad y vida familiar en la Ciudad de México. *Redalyc*, 23(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/312/31211538009.pdf>
- Rolland (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad*. Barcelona: Gedisa.
- Rolland, J. y Walsh, F. (2005). *Systemic training for Healthcare Professionals: The Chicago Center for family Health Approach*. *Family Process*, 44 (3). 283-301.
- Rosas, R. (2004). La escuela de Milán, una historia en constante evolución. *Psicoterapia y familia*. 17 (1), 67-70.
- Ruiz-Jarabo Quemada C. y Blanco Prieto P. (2005). *La Violencia Contra las Mujeres Prevención y Detección*. España: Díaz de Santos.
- Sánchez, R. (1995). *El amor y la cercanía en la satisfacción de pareja a través del ciclo de vida*. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar: modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Santoyo, M. (2013). Preocupante los servicios de salud en México. *INFORMARTE*. Recuperado de <http://www.informarte.mx/opinion/preocupante-los-servicios-de-salud-en-mexico/>
- Sarto, M. (2001). *Familia y discapacidad*. III Congreso “La atención a la diversidad en el sistema educativo. Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. Recuperado el 09 de mayo de 2010 de: <http://campus.usal.es/~inico/actividades/actasuruguay2001/5.pdf>
- Schettino, J. C. y Cortés, A. (2001). *La transmisión de estilos de amor romántico entre padres y jóvenes adultos: Un análisis transgeneracional*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaría de Salud. (2011). *Manual de paquete garantizado de servicios de promoción y prevención para una mejor salud*. México: Secretaría de Salud.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata G. (1980). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980). Hipótesis, Neutralidad y Circularidad (E. Burt, trad.) *Family Process*. (19)(1), 73-85.
- Selvini, M. (1990). *Crónicas de una investigación: la evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A. (1998). *Muchachas anoréxicas*. Barcelona: Paidós.
- Simon, R. (1996). Entrevista a Salvador Minuchin. *Perspectivas Sistémicas*. Recuperado el 12 de diciembre, 2010, de <http://www.pdfgratis.org/viewpdf.php>
- Sluzki, C. (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. *Sistemas familiares*, agosto, 65-69.
- Sluzki, C. (2007). A tribute to Jay Haley (1923–2007). *Journal of Family Therapy*, 29(2), 97-99.
- Sunkel, G. (2006). *El papel de la familia en la protección social de América Latina*. Serie Políticas Sociales no. 120. Santiago de Chile. CEPAL/División de Desarrollo Social.
- Tafa, M., & Baiocco, R. (2009). Addictive Behavior and Family Functioning During Adolescence. *American Journal of Family Therapy*, 37(5), 388-395.
- Tinat, K. (2004). Comer mucho, con locura, nada. La terapia estratégica frente a los trastornos de la alimentación. *Salud Mental*. 27(3). 74-76.
- Tomm, K. (1987). Entrevistas con intervenciones: Parte I. La elaboración de estrategias, una cuarta directriz para el terapeuta (V. Mendoza, trad.). *Family Process*. (26)1, 3-13.

- Tomm, K. (1988). Entrevistas con intervenciones: Parte III. ¿Se intenta formular preguntas lineales, circulares, estratégicas o reflexivas? (V. Mendoza, trad.). *Family Process* (27)1, 1-15.
- Trepper, T., Dolan, Y., McCollum, E., y Nelson, T. (2006). Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy. [Version electronica]. *Journal of Marital & Family Therapy*, 32(2), 133-139.
- Ugazio, V. (1985). Hipótesis Making: The Milan Approach Revisited. En Campbell, D. y Draper, R. *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. Florida: Grune and Stratton.
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar y estructural*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (2010). *Ante la desigualdad, la educación es un igualador social: Narro Robles*. Culiacán: Boletín UNAM-DGCS-027. Recuperado el 14 de enero de 2010 de: www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2010_027.html
- Vargas, M. (2005). *Funcionamiento familiar y rendimiento escolar en estudiantes de bachillerato*. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Vargas, P. (2004). Antecedentes de la terapia familiar sistémica. En L.L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar: Su uso hoy en día*. México: Pax
- Viejo, M. (15 de febrero de 2015). ¿Por qué hablo tan mal en público?. *El País*. Recuperado el 18 de febrero de 2015 de: http://economia.elpais.com/economia/2015/01/15/actualidad/1421334018_476553.html.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.
- Welcome to Bill O'Hanlon's Possibility Land. (2010). *About Bill*. Consultada 02 de diciembre, 2010, en <http://www.billohanlon.com/AboutBill/billohanlon.html>
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Buenos Aires: Gedisa.
- White, M. (2002). *Reescribir la vida*. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1990). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Whiteside, R. (2007). *Jay Haley: 1923--2007*. *Australian & New Zealand Journal of Family Therapy*, 2(1).
- Wittezaele, J-J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas*. Barcelona: Herder.
- Zacarías, M. (2009). *Autoestima y estilos de amor en la elección de pareja*. Tesis de Licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México de México.

ANEXOS

Anexo 1.

Versión del Inventario de Estilos de Amor (IEAm), utilizado en el presente estudio.

Reactivos	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
1. Disfruto tener varias parejas				
2. Mi relación de pareja la he planeado cuidadosamente				
3. Haría cualquier cosa por complacer a mi pareja				
4. Busco la manera de controlar a mi pareja				
5. Planeé cuidadosamente mi vida antes de elegir a mi pareja				
6-. Mi pareja me atrae sexualmente				
7. Celo mucho a mi pareja				
8. Para elegir a mi pareja, eché mano de mi inteligencia				
9. Constantemente superviso lo que hace mi pareja				
10. Siento un gran deseo sexual por mi pareja				
11. Antes que yo está mi pareja				
12. Mi pareja es más importante que yo				
13. Pienso que debería tener muchas parejas				
14. Mi pareja y yo nos entendemos				
15. Le pido a mi pareja "cuentas" de todo lo que hace				
16. Pienso continuamente en formas de coquetear con mi pareja				
17. Creo que mi pareja es el amor de mi vida				
18. Busco la manera de tener goce sexual con mi pareja				
19. Pienso que en una relación de pareja debe ser uno muy analítico				
20. Preferiría sufrir yo, antes de ver sufrir a mi pareja				
21. Fácilmente me cansa una relación, por eso frecuentemente busco nuevas relaciones				
22. Considero que no hay mujer/hombre que se me resista				
23. En mi relación de pareja, siento la necesidad de llegar a la consumación sexual				
24. Siento celos por todo lo que hace mi pareja				
25. Considero que hay que tener varias parejas pues sólo se vive una vez				
26. Me conduje cautelosamente antes de formalizar con mi pareja				
27. Supe elegir a mi pareja				

Reactivos	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
28. Mi pareja y yo nos llevamos bien				
29. Primero cubro las necesidades de mi pareja antes que las mías				
30. Gracias al cariño que nos tenemos mi pareja y yo, nos amamos.				

Anexo 2

RELACIÓN FRATERNA CON UN MIEMBRO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Guía C#1. HERMANOS (AS) SIN DISCAPACIDAD

Guía de entrevista a profundidad

¿Para ti, que es la familia?

Percepción de la discapacidad

¿Qué pensabas o sabías de la discapacidad antes de darte cuenta de que tu hermano tenía una discapacidad?

¿Cambió esa percepción al darte cuenta? ¿En general, que significa en este momento para ti la palabra discapacidad?

¿En qué momento de tu vida te percataste de la discapacidad de tu hermano?

¿Qué pensaste, hiciste, sentiste?

Relación fraterna en la infancia

¿Cómo era tu relación con tu hermano con discapacidad y sin discapacidad?

¿Qué hacían juntos?

¿Jugaban, a qué?

¿De qué hablaban?

¿En qué situaciones cooperaban, negociaban y competían?

¿En qué situaciones interactuaban o convivían todos los hermanos? ¿Cómo era?

¿En qué momento te diste cuenta que empezó a cambiar tu relación con ellos y no volvió a ser la misma?

Relación fraterna actual

¿Cómo es tu relación con tu hermano con discapacidad y sin discapacidad? ¿Cómo te lo explicas?

¿Con quién te llevas mejor? ¿Por qué?

¿Qué sentimientos expresa hacia ti?

¿Qué hacen juntos?

¿Cuándo y de qué hablan?

¿En qué situaciones cooperan, negocian y compiten entre ustedes?

De ocurrir, ¿Cómo es para ti cuidar a tu hermano con/sin discapacidad?

¿Qué diferencia hace en su relación que sea hombre tu hermano con discapacidad a si fuera mujer?

¿Y que sea el más chico, grande o el de en medio?

Influencia de la relación fraterna en otras relaciones

¿Cómo consideras que es diferente tu relación con tus hermanos (discapacidad o sin discapacidad) comparando con otros hermanos que no tienen discapacidad?

¿Cómo consideras que es diferente tu relación con tus hermanos (discapacidad o sin discapacidad) comparando con otros hermanos que también tienen a un miembro con discapacidad?

¿Qué aprendizaje te ha dejado el tener un hermano con discapacidad para establecer otro tipo de relaciones como amigos o parejas? (¿tolerancia, adaptabilidad?)

Si las hay, ¿Qué desventajas te ha traído el tener un hermano con discapacidad para establecer otras relaciones como amigos o parejas?

¿En qué aspectos se parece la relación que estableces con tus amigos o compañeros con las que estableces con tus hermanos (con discapacidad y sin discapacidad)?

¿Cuáles son las diferencias?

¿Cómo es la relación de tu hermano con discapacidad con sus amigos?

¿Cómo es la relación de tu hermana sin discapacidad con sus amigos y pareja?
¿Qué sentimientos has visto que expresa con ellos?

¿Cómo eliges a tus parejas? ¿Qué te gusta de ellos? ¿Hay algo en común entre ellos que se relacionen en llevarse bien con tu hermano con discapacidad?

Influencia de la familia sobre las relaciones fraternas

¿Cómo consideras que tu familia ha influido en el tipo de relación que mantienes con tus hermanos?

¿Qué otros factores consideras influyen en la relación fraterna además de la familia?

¿Cómo viviste las diferencias que el resto de la familia hacía con tu hermano y contigo en cuanto a los cuidados que recibieron y reciben?

¿Percibes algunos valores que aprendiste de tus padres u otros familiares que se relacionen directamente en la forma como te relacionas con tu hermano?

Rechazo

¿Qué tipo de personas que conoces no te caen bien?

¿Qué relación tiene con lo que aprendiste en la convivencia con tus hermanos (con discapacidad y sin discapacidad)?

¿En algún momento te descubriste con algún sentimiento de rechazo hacia tu hermano con discapacidad?

¿Cuándo alguien rechaza a tu hermano, que haces, piensas y sientes?

Qué pasará con el hermano ante la muerte de los padres

¿Qué piensas que pasará con tu hermano con discapacidad cuando fallezcan tus padres?

Anexo 3

RELACIÓN FRATERNA CON UN MIEMBRO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Guía C#2.MADRE Y/O PADRE DE HERMANOS Guía de entrevista a profundidad

1. ¿Cómo fue la reacción de los hermanos ante la discapacidad de..?
2. ¿Qué sentimientos piensa que se generaron en ellos al enterarse de la enfermedad de su hermano?
3. ¿Cómo es la relación actual entre sus hijos con el hermano con discapacidad?
4. ¿Cómo es la relación entre los hermanos que no padecen la discapacidad intelectual?
5. ¿Cómo es la relación de los hermanos con sus amigos?
6. ¿Cómo ha cambiado la relación entre todos los hermanos al pasar el tiempo?
7. ¿Cómo ha influido la discapacidad, en la relación entre los hermanos que no tienen una discapacidad intelectual con el que si la tiene?
8. ¿cómo ha influido la discapacidad ,en la relación entre los hermanos que no tienen una discapacidad intelectual?
9. ¿Cómo negocian entre los hermanos?
10. ¿Cómo es la competencia entre ellos?
11. ¿Por qué compiten?
12. ¿Qué se comunican entre los hermanos?
13. ¿Cómo se comunican?
14. ¿Quién de los hermanos establece las reglas a seguir?
15. ¿Cómo las establece?

Anexo 4

RELACIÓN FRATERNA CON UN MIEMBRO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Guía C#3. COLABORADOR INSTITUCIONAL Guía de entrevista a profundidad

1. ¿Qué diferencia notas en la relación de hermanos por el orden de nacimiento?
2. ¿Cuándo se enteraron los hermanos que su hermano tenía discapacidad?
3. ¿Cuánto tiempo tienen estas familias de acudir a PACOS?
4. ¿Cómo es la relación con pares?
5. ¿Notas diferencias entre los chicos por su sexo al relacionarse con sus pares?
6. ¿Cómo es la relación con sus familias/ hermanos?
7. ¿Cómo observaste su proceso de ser conscientes de su enfermedad?
8. ¿Qué expectativas de su futuro observas en las familias?
9. ¿Qué observas en los padres ante su muerte en relación a sus hijos (as) con discapacidad?
10. ¿Observas rechazo entre los hermanos?
11. ¿Influye el número de hermanos en la relación que establecen?
12. ¿Qué factores contribuyen o entorpecen la relación fraterna?
13. ¿Qué actitudes tienen los chicos con sus hermanos que también actúan con los otros chicos de PACOS?
14. ¿Influye en otras relaciones la convivencia con sus hermanos con discapacidad?