



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

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

“CRISIS, RESILIENCIA Y TERAPIA FAMILIAR”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

ALEJANDRA PILLONI MARTÍNEZ

DIRECTORA DEL REPORTE:

MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

COMITÉ TUTORIAL:

DRA. IRIS XÓCHITL GALICIA MOYEDA

MTRA. LUZ MARÍA DEL ROSARIO ROCHA JIMÉNEZ

MTRA. CARMEN SUSANA GONZÁLEZ MONTOYA

MTRA. LAURA EDNA ARAGÓN BORJA

MÉXICO, D.F.

ABRIL 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

**A mis padres,
Yolanda y Luis,**
Les debo la vida.

**A mis hermanas,
Guadalupe y Lorena,**
Por ser y estar.

A Héctor,
Por habernos encontrado.
Toda la vida amor.

A mis amigos,
Gracias por ser un factor resiliente en las crisis de la vida.

A la UNAM
Por ser cuna de mi formación profesional, el espacio para mi acercamiento
al conocimiento, la reflexión y al compromiso con mi entorno.

**A mi Tutora,
Mtra. Rosario Espinosa**
Por el acompañamiento durante mi formación en la Residencia
y por ser guía para la conclusión de este trabajo.

Dra. Iris Xóchitl Galicia
Por la confianza en mí, por la serenidad.

Profesoras y Supervisoras de la Residencia.
Por su generosidad para que otros podamos aprender a ser y hacer en la terapia.

Compañeros y amigos de la Residencia.
A Nely, Inés, Isabel, Gladys y Víctor,
y en especial a Violeta, Laura, Mónica y Cristian
Gracias por lo que nos fue dado compartir.

A los consultantes.
Un agradecimiento especial por permitirme acompañarlos en la búsqueda
de recursos y soluciones en la adversidad.

A mis Maestros de Vida.
Por sembrar la semilla de la duda que mueve a la búsqueda de respuestas,
por ser ejemplo sin pretender serlo,
por ser guías a base de trabajo, coherencia, ética y amor a la vida.

ÍNDICE

	PÁGINAS
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	
EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA TERAPIA FAMILIAR	
1.1. Análisis del campo psicosocial y la Terapia Familiar	7
1.2. Principales problemas que presentan las familias	14
1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa de intervención	18
1.4. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico	20
1.5. Descripción y participación en las distintas sedes	20
1.6. Análisis sistémico de los escenarios	21
CAPITULO II.	
ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE LOS FUNDAMENTOS Y MODELOS EN TERAPIA FAMILIAR	
2.1. Análisis del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	24
2.2. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	24
2.2.1. Teoría General de Sistemas	25
2.2.2. Cibernética	27
2.2.3. Teoría de la Comunicación	28
2.2.4. Constructivismo	31
2.2.5. Construccinismo social	33
2.3. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	36
2.3.1. Modelo de Terapia Estructural	36
2.3.2. Modelo de Terapia Estratégica	43
2.3.3. Modelo de Terapia Centrado en Problemas	47
2.3.4. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones	54
2.3.5. Modelo de Milán	61

2.3.6.	Terapias Posmodernas	67
	• Terapia Narrativa	68
	• Terapia Colaborativa	77
	• Equipo Reflexivo	81
2.3.7.	Reflexiones generales de los Modelos Terapéuticos	84

CAPITULO III COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1.	Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales	87
3.2.	Crisis, Resiliencia y Terapia Familiar	87
3.3.	Integración de expedientes de trabajo clínico	111
3.4.	Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica en la intervención de dos casos	142
3.4.1.	Integración de expediente de la Familia A	143
3.4.2.	Análisis Teórico Metodológico. Familia A	149
3.4.3.	Integración de expediente de la Familia B	164
3.4.4.	Análisis Teórico Metodológico. Familia B	168
3.5.	Consideraciones finales sobre Crisis, Resiliencia y Terapia Familiar	179
3.6.	Análisis del Sistema Terapéutico Total	184
3.7.	Habilidades de Investigación	189
3.7.1.	Reporte de la investigación cuantitativa	189
3.7.2.	Reporte de la investigación cualitativa	191
3.8.	Habilidades de Enseñanza Difusión del conocimiento	195
3.8.1.	Atención y Prevención Comunitaria	195
3.8.2.	Elaboración y presentación de productos tecnológicos para la formación de terapeutas	198
3.8.3.	Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación de trabajos realizados	201

CAPÍTULO IV CONSIDERACIONES FINALES

4.1.	Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	205
4.2.	Habilidades Clínicas Terapéuticas	207
4.3.	Incidencia en el campo psicosocial	209

4.4.	Reflexión y análisis de la experiencia	211
4.5.	Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo.	212
	ANEXO	213
	BIBLIOGRAFIA	223

INTRODUCCIÓN

El perfil de egreso del Programa de Maestría y Doctorado con Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México demanda que los terapeutas graduados cuenten con una serie de habilidades, conocimientos teóricos y metodológicos, de investigación, docencia e intervención comunitaria. El presente trabajo es un documento mediante el cual se reportan las actividades realizadas y habilidades adquiridas durante la Residencia, además de que se ofrece una muestra síntesis del sustento teórico y epistemológico de las terapias sistémicas.

En primer término se presenta un capítulo en el que se plantea una revisión del contexto psicosocial actual de nuestro país y la forma en la que esta situación influye en la vida de las familias. Para este Programa de formación profesional es importante considerar las realidades y los problemas de las familias tomando en cuenta todo el complejo entretejido sistémico en el que se hayan implicadas, pues se entiende que las personas son seres sociales que influyen y son influidos por el contexto relacional, social e histórico cultural. Bajo esta óptica es que se destacan los problemas de las familias mexicanas y se propone la intervención de la Terapia Familiar Sistémica como una herramienta útil para coadyuvar en la solución de tales problemas; y como muestra de ello se señala la participación que como terapeutas en formación tuvimos en cada sede de inserción clínica.

Posteriormente y en el segundo capítulo se hace un análisis del marco teórico y epistemológico que son sustento de la Terapia Familiar Sistémica. Es importante conocer cuáles son las raíces que dan forma y son fundamento del quehacer del terapeuta familiar. Esto quiere decir que la labor en terapia no está dada por la aplicación de la técnica por la técnica de un modelo en particular, sino que tiene que ver en primer lugar con una comprensión de lo sistémico en sus fundamentos

y en segundo lugar con un conocimiento amplio de los modelos de intervención y sus estrategias para contribuir con las familias en la solución de sus problemas.

En el presente Reporte de Experiencia Profesional, se propone a la resiliencia como una aproximación útil en el proceso terapéutico para la solución de los problemas de las familias. Este tema es abordado en el tercer capítulo en el que se detallan y desglosan las distintas competencias profesionales adquiridas a lo largo de la Residencia. Estas competencias son reportadas en función de la labor clínica llevada a cabo y del análisis de dicho trabajo desde una óptica sistémica, y en este caso como se mencionó antes con el enfoque de la resiliencia ante las crisis en la terapia. También en el capítulo tercero se describen las actividades desarrolladas en investigación, así como las habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento y el trabajo realizado con y para la comunidad.

Por último se presenta una reflexión de la experiencia de formación dentro del Programa de Maestría y Doctorado en la Residencia de Terapia Familiar. En este último capítulo se abordan los temas relativos a la ética profesional, se detallan las habilidades clínicas terapéuticas adquiridas y el impacto del trabajo de terapia dentro del entorno psicosocial, en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

CAPÍTULO I

EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA TERAPIA FAMILIAR

1.1. Análisis del campo psicosocial y la Terapia Familiar

Un análisis del campo psicosocial supone hacer una revisión de las circunstancias propias del contexto social, económico y político que nos sirve de escenario, así como de sus efectos en la vida de los individuos. Para los objetivos de este trabajo consideraremos en particular aquellas implicaciones que atañen al trabajo en Terapia Familiar. Partiremos de las cuestiones más generales que dan forma y fondo a las realidades a las que nos enfrentamos de manera particular como terapeutas en el México actual.

De acuerdo con el Banco Mundial, nuestro país es la economía más grande de América Latina y está considerado como un país de desarrollo medio avanzado con un desempeño económico positivo al menos hasta el 2006, pues después de ese año el nivel de crecimiento se ha visto disminuido, en gran medida a causa del comportamiento de la economía norteamericana. Sin embargo, y según estimaciones oficiales, a pesar del crecimiento macroeconómico de la nación, alrededor de 40 % de la población es pobre y el 18 % está considerada dentro de la pobreza extrema.

Quizá esa tendencia en la economía no sólo nacional sino mundial, esté relacionada con las políticas de feroz competitividad que parecen hacer representación del modelo Darwinista en donde solo el más grande sobrevive. Como punto de partida del análisis psicosocial haremos una rápida revisión de los efectos del modelo de política económica que ha sido adoptado en nuestro país desde el inicio de la administración de Miguel de la Madrid Hurtado en 1982. A partir de ese sexenio, se comenzaron a tomar medidas de regulación política,

económica y social propias del neoliberalismo, aún cuando desde la administración de José López Portillo dichas medidas ya se habían empezado a aplicar, pero de forma más bien incipiente.

Pero ¿qué es el modelo neoliberal?, ¿cuál es la relevancia de mencionarlo?, y sobre todo ¿qué implica para nuestra labor como profesionales de la salud? Pues bien, el modelo neoliberal es una política económica que se caracteriza por ser un instrumento anti-inflacionario y por pretender que el Estado reduzca su intervención en la economía, lo cual en términos prácticos se traduce en la aplicación de disposiciones tales como el control de la oferta monetaria y del crédito bancario, la reducción del déficit gubernamental, la liberación de los precios, la eliminación de los subsidios, la devaluación del tipo de cambio, el establecimiento de los “topes salariales” y la disminución del gasto público, esto es la reducción en presupuesto de servicios de bienestar social, seguridad social y subsidios al desempleo (García, 1992) Este, como cualquier modelo que orienta las acciones del gobierno en todos los sectores, afecta la vida de los ciudadanos de una u otra forma.

Las medidas anti-inflacionarias y la tendencia del Estado de mantenerse en un papel supletorio han traído como resultado una injusta distribución de la riqueza con la consecuente disminución en el nivel de la calidad de vida y en la posibilidad de hacerse de bienes y servicios que requiere la población, por lo que las familias tienen que buscar estrategias para poder tener acceso a los servicios de salud, alimentación y educación, por mencionar algunos. Por ejemplo, para los estratos más pobres, esta situación les enfrenta al dilema de ir a trabajar como ilegales al vecino país del norte, o bien optar por ingresar al sector informal de trabajo. Es decir, que ante situaciones críticas las familias tienden a buscar formas para mantener su nivel de bienestar, aún cuando éstas estén al margen de la ley.

Según García (1992), en cuanto a los cambios en la política social originados por la puesta en práctica del modelo neoliberal sus implicaciones comprenden dos

aspectos fundamentales: uno es la disminución de las prestaciones contractuales o prestaciones sociales que para muchos trabajadores resultan un complemento de su salario, y el otro se refiere a la disminución del gasto público en materia de bienestar social. Respecto al primer rubro, el de la tendencia a la reducción de las prestaciones contractuales representa un fuerte impacto para la economía de las familias que se ven obligadas a realizar un desembolso para cubrir los servicios o la adquisición de bienes que eran solventados por los vales de despensas, el seguro social, las guarderías, las primas vacacionales, el aguinaldo, etc. Y el presupuesto cada vez más estrecho para el gasto público, impacta sensiblemente en los recursos con los que cuentan las instituciones educativas, de salud, de vivienda y en general, para la solución de problemas sociales, y nuevamente estos gastos se suman al desembolso que tienen que realizar las familias, para que cada una con sus recursos y posibilidades hagan como puedan para obtener los servicios que necesitan, por ejemplo de salud y educación que son su derecho constitucional y obligación del Estado atender. Sin embargo, lo cierto es que hasta el momento, las políticas implementadas por los gobiernos recientes que han propugnado por la liberación del mercado del dinero, de los bienes y servicios y del trabajo no han logrado erradicar la pobreza y las condiciones de precariedad en buena parte de la población.

Quizá uno de los sectores en donde ha sido más evidente el impacto de la liberación de los mercados ha sido el laboral, de modo que según la Encuesta Nacional de Empleo realizada por el INEGI en 2004, en ese año existía una tasa de desempleo abierto del 2.5 %, equivalente a 1, 092, 692 personas desocupadas y de las personas empleadas, el 17.5 % subsistía con un salario inferior al mínimo.

En este sentido, en el segundo trimestre del 2008, (según datos del INEGI y tomando en cuenta el total de la población económicamente activa) la tasa de desocupación nacional era de 3.5 % (1, 593,307 personas) muy acorde con la tendencia hacia arriba en cuanto a las cifras de desempleo. Baste ver que en 1999, había 694,996 desempleados y para el 2003 la cifra había crecido hasta

alcanzar un número de 882, 475 personas en edad productiva sin empleo en el país. Y si a esta tendencia le añadimos las actuales condiciones económicas mundiales en cuanto a la caída de las bolsas de valores internacionales nos hacen suponer que la situación laboral no promete una pronta mejora para las familias mexicanas.

Casi de manera paralela con el recrudecimiento de la crisis económica ha venido creciendo el índice de inseguridad y violencia que se vive en el país, lo cual es un tema de preocupación tanto para los ciudadanos como para las autoridades por el costo que este fenómeno tiene en la inversión del estado y su negativo impacto en la vida de las personas. Según el Instituto Ciudadano de Estudios Sobre la Inseguridad, A.C. (2008) en la Encuesta Internacional sobre Criminalidad y Victimización en México la tasa de victimización general es 3 por ciento superior a la del promedio de países y nuestro país tuvo la tasa más alta de agresiones y robo con violencia cometidos con arma de fuego, además de que junto con Grecia, posee la tasa más alta de sobornos y las tasas más altas de delitos no denunciados y no registrados oficialmente.

Aún cuando se ha aumentado la inversión pública y privada en materia de seguridad, el esfuerzo no ha sido suficiente para disminuir los índices de inseguridad y violencia. Tomemos en cuenta que en la gestión completa de Vicente Fox y la de Felipe Calderón, hasta 2007, los recursos destinados a seguridad sumaban 961,953 millones de pesos, y a pesar de ello y según datos del ICESI en el año 2007 se denunciaron 1, 578,680 delitos, pero se estima que el total de delitos cometidos ascienden a 13 millones 200 mil y de esos el 0.05% corresponden al secuestro, lo que equivale a poco más de 17 secuestros diarios perpetrados en el país. Cabe señalar que en particular el secuestro lastima seriamente a las familias por las secuelas del hecho y también por el clima de incertidumbre e inseguridad para el libre tránsito de las personas en su vida cotidiana, lo cual aumenta el estrés.

Por lo que toca al ámbito educativo, también ha sufrido las consecuencias de las políticas económicas vigentes, puesto que aún cuando desde la década de los 70's el nivel de analfabetismo decreció notablemente, según datos del INEGI (2006) aún para el año 2005 existía un 8.4 % de la población que no sabía leer ni escribir y para ese mismo año el promedio de escolaridad alcanzado por la población de más de 15 años de edad era de 8.1. Con todo y esto, para el año 2007 la inversión de gasto nacional en educación era solamente del 6.9 % del Producto Interno Bruto (Secretaría de Educación Pública, 2008).

Según el Banco Mundial, en América Latina un elemento importante para definir la desigualdad en la oportunidad para acceder a la oferta educativa está dada por los patrones geográficos, es decir que existen zonas bien definidas de mayor rezago en materia educativa “el entorno familiar está también fuertemente asociado con la pertenencia a un grupo desaventajado” pág. 206. Es de llamar la atención que “México es el único país donde los hijos de profesionales, funcionarios, técnicos y trabajadores del sector de servicios, tienen un riesgo sustancial (23 %) de enfrentar alguna desventaja” (Paes de Barros, Ferreira, Molinas y Saavedra, 2008)

De acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo (Presidencia de la República, 2007), y en coincidencia con la información que maneja el Banco Mundial (Paes de Barros, Ferreira, Molinas y Saavedra, 2008), los retos para una educación de calidad están en primer lugar relacionados con la falta de oportunidades para tener acceso a la educación, y por otro lado a los avances en materia de tecnología e información, así como con aumentar la vinculación entre la formación académica y el sistema productivo. Este último punto en particular se orienta básicamente al desarrollo de capacidades necesarias para la integración al mercado de trabajo, cada vez más especializado.

Cabe mencionar, que el alcanzar niveles de escolaridad más altos no garantiza de modo alguno que los egresados tengan garantizado un espacio en el mercado laboral. De hecho, según cifras del INEGI, el mayor porcentaje de desocupación

se encuentra en la población con estudios de licenciatura o superior, circunstancia que es explicada por las autoridades federales como efecto de la desvinculación entre la educación superior y las cambiantes demandas del mercado.

Con la finalidad de atender al sector educativo a nivel de educación básica, en la actualidad está en marcha el Programa Escuelas de Calidad cuyo propósito es contribuir al mejoramiento de la administración de las escuelas públicas mediante la entrega de donaciones. Este programa cuenta con la participación del apoyo financiero del gobierno federal y de un complemento económico con fondos adicionales. Cabe señalar que los recursos para poner en marcha estas acciones se obtuvieron mediante un préstamo otorgado por el Banco Mundial (2008) que asciende a \$240 millones de dólares.

En lo que se refiere al sector salud, para el año 2006 existían 4,203 hospitales, de los cuales 1,212 son públicos y 3,082 son privados. Según el Plan Nacional de Desarrollo (2007), en la actualidad prevalecen deficiencias tanto en la infraestructura como en los insumos con los que cuentan los hospitales en el sector público y requieren una amplia inversión para ser modernizados, y así cuenten con el equipo necesario y los profesionistas de la salud suficientes para atender las demandas de la población. Para el año 2007 en México se destinaba un 3.0 por ciento del producto interno bruto a inversiones en materia de salud, cifra que es menor al promedio internacional.

Debido a que en nuestro país un rezago de décadas se ubica en los servicios de salud, y con la finalidad de que estos servicios se encuentren al alcance de todos los mexicanos en el sexenio pasado el gobierno puso en marcha un programa piloto llamado Salud para Todos, a partir del cual se creó el Seguro Popular que es un seguro médico voluntario que busca brindar la atención de servicios de salud a las personas que no son derechohabientes de la seguridad social y tiene una cobertura, hasta el momento, de 266 servicios médicos y garantiza

proporcionar -hasta 312- medicamentos asociados al paquete de servicios que ofrece (Salomon, 2008).

Dentro del Catálogo Universal de Servicios de Salud de este año, incluido en el Programa del Seguro Popular en el rubro de Acciones Preventivas, existen cuatro espacios específicos en donde explícitamente se señala que los profesionales de la salud mental podemos intervenir: el diagnóstico y consejería de alcoholismo, en el diagnóstico y consejería de tabaquismo en adolescentes, en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria y en la atención médico-psicológica de la violencia familiar y sexual. Existen otras dos esferas dentro del rubro de Medicina Ambulatoria, que son el diagnóstico y tratamiento de la depresión y el diagnóstico y tratamiento de psicosis (incluye esquizofrenia) que desde mi punto de vista también son competencia del quehacer de los psicólogos y en donde los egresados de un programa como el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Terapia Familiar podría incidir, pero las acciones de intervención solamente contemplan la atención médica y el uso de fármacos.

Ante este panorama sociopolítico, hay que añadir los grandes y rápidos avances en cuanto a la tecnología y el mayor alcance de los medios de comunicación que se han vuelto una constante compañía que a la vez que informa, satura de imágenes, “verdades”, ideas y modelos a seguir. Incluso recientemente se ha hablado del “estrés cibernético”, que según estimaciones de Alejandro Córdoba, Presidente de la Asociación de Especialistas de Salud Mental del Instituto Mexicano del Seguro Social, más de un millón de mexicanos padecen este tipo de estrés, de los cuales en su mayoría son adultos mayores de 40 años de edad que enfrentan una mayor dificultad para mantenerse actualizados en las nuevas tecnologías (Jiménez, 2008).

La presión por estar actualizados es un fenómeno que si bien no es nuevo, gracias a la generalización de los alcances del modelo neoliberal, se ha renovado y ha

adquirido dos modalidades diferentes, una se refiere a la *necesidad* de los individuos por adoptar la modernidad como estilo de vida, lo cual exige estar al día en la moda, en el uso de aparatos y tecnología, la otra está íntimamente vinculada con la anterior y tiene que ver con el consumismo, el culto a la juventud y los cambios en los patrones de alimentación que ha venido adoptando la población (García, 1992)

Teniendo presente esta perspectiva general de las circunstancias actuales en nuestro país, una palabra parece definir nuestra realidad social: crisis. Pareciera que la frase “estamos en crisis” es recurrente en casi todos los temas que se toquen en una conversación cualquiera y lo cierto es que estas crisis en el contexto psicosocial tienen su influencia en los espacios más privados y se relacionan con los diversos problemas familiares.

1.2. Principales problemas que presentan las familias

Pero ¿cuál es la realidad de las familias de nuestro país? Cabe mencionar que es difícil poder hablar de forma genérica de la familia mexicana como si todas las familias fueran iguales ya que no es así, puesto que cada familia tiene una historia propia que se ha configurado en consonancia con la historia de su región, su geografía, sus recursos naturales, económicos y tecnológicos a los que tiene alcance; solo por mencionar algunas cuestiones que se van entretejiendo para dar forma y singularidad a cada núcleo familiar.

Según lo planteado en el Plan Nacional de Desarrollo, el progreso del país no se puede entender sin el papel que ha jugado la familia vista como una institución básica de formación y realización de los individuos. Pues en este sentido, a lo largo de la historia las transformaciones de México han sido seguidas por cada una de las familias que se han modificado como respuesta a las necesidades de adaptación debidas a las cambiantes condiciones sociales, de modo que algunas han tenido que separarse, relacionarse e integrarse de forma distinta, emigrar o

incluso enfermar. En pocas palabras, las familias han tenido que actuar de alguna manera como respuesta ante las crisis.

Una vez que hemos presentado el panorama general de la situación que se vive en México, parece más claro el contemplar algunos de los problemas más comunes que enfrentan las familias mexicanas. Uno de esos problemas está relacionado con la falta de oportunidades y la sensación de miedo ante la incertidumbre financiera. De acuerdo con pronósticos de la Organización Mundial de la Salud, esta situación económica provocará un aumento de casos de estrés, depresión y desórdenes mentales.

Por mencionar un proceso de cambio que comienza a gestarse en los entornos de las familias del país, diremos que de acuerdo con el Plan Nacional de Desarrollo, existen 22, 790, 188 hogares familiares, lo que indica que más del 95 por ciento de las personas viven con alguien de su familia. Otra característica nueva de la población mexicana es que cada vez hay menos niños y más adultos, por ejemplo en 1970, de cada 100 mexicanos 19 eran niños de 5 años de edad o menos, mientras que en la actualidad son solo 9 de cada 100. Y al mismo tiempo que decrece el índice de natalidad, crece considerablemente la población de adultos mayores y se augura que en menos de 25 años el sector de adultos mayores pasará de 6 a 15.6 millones de personas, de manera que para el año 2030 esta población representará el 12 por ciento del total de mexicanos. Esto quiere decir, que en unos años, una gran cantidad de familias estará enfrentando un escenario que planteará la urgencia de reorganizarse para poder dar atención a sus familiares ancianos, con sus particulares necesidades dadas por enfermedades crónicas, degenerativas, el descenso en la actividad física y una mayor dependencia.

Aparentemente la evolución en las familias es una constante que las pone a prueba y las somete a crisis tanto por su ciclo natural y las etapas por las que cursa, como por los factores psicosociales que le afectan. Uno de los fenómenos

que recientemente ha estado cobrando mayor importancia tanto en la preocupación de las familias como de los especialistas en salud mental es el aumento en las tasas de suicidio en el país, incluso autoridades, nacionales e internacionales, en materia de salud estiman que las recientes crisis financieras a nivel mundial pueden traer consigo un considerable aumento en las tasas de suicidio. Baste decir que según datos del INEGI, para el año 1990 el número de muertes causadas por suicidio ascendía a 1, 941 y para el año 2000 el número se había elevado a 3, 475 y según las últimas cifras publicadas por el mismo Instituto, en el año 2006 ya se tenían contabilizados 4, 277 suicidios en el país.

De igual modo, las cifras de divorcios han venido creciendo paulatinamente, de acuerdo con cifras del INEGI, para el año 1995 se registraron 37, 455 disoluciones matrimoniales mediante el trámite de divorcio y para el año 2000 la cifra ascendía a 52, 358 y para el año 2007 se alcanzó un total de 77, 255. Cabe mencionar que la decisión de disolver la unión conyugal suele ser una experiencia altamente significativa para quienes la enfrentan, pues generalmente se lleva a cabo en condiciones tensas para los miembros de la familia puesto que se enfrentan a la definición de cuestiones operativas de la estructura familiar, así como hacer frente a la vivencia dolorosa que conlleva la separación, la angustia, culpa, confusión, duelo, recuperar las esperanzas y expectativas para el matrimonio (Minuchin, 1984)

Otro fenómeno en el que se ha centrado la atención pública por ser parte de los problemas más sensibles que enfrentan las familias, es el referente al de la violencia intrafamiliar. En cuanto a la labor legislativa en esta materia, son las reformas relativas al género las que se han enfocado principalmente a proponer e implementar cambios en las leyes y los reglamentos de castigo y atención de los agresores y las víctimas de violencia. Sin embargo, estas transformaciones jurídicas no necesariamente se han visto acompañadas por la aplicación de acciones congruentes para brindar castigo al generador y atención a él mismo y a los receptores de maltrato. Puesto que de más de 800 averiguaciones previas

iniciadas a partir de denuncias en el área jurídica del CTA (Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales) en 1997, sólo ocho terminaron con una sentencia. Y de los casi 14 mil casos atendidos en el CAVI (Centro de Atención para la Víctima de Violencia Intrafamiliar) en el primer trimestre del año 2001, sólo se dio seguimiento jurídico a 16 casos (Aceves, 2006). No podemos dejar de considerar los casos de violencia intrafamiliar como un tema delicado y sumamente importante tanto por sus consecuencias dentro del núcleo familiar como por su impacto en un nivel social más amplio.

Sumado al tema de la violencia intrafamiliar, hay otro problema que causa preocupación tanto a las familias como a las instituciones de salud pública y que recientemente ha cobrado gran interés -e inversión de recursos- en la agenda de las acciones de seguridad nacional, tal problema es el relativo al uso y abuso en el consumo de drogas, puesto que lesiona la salud y estructura familiar, además de que este fenómeno está íntimamente relacionado con las acciones del narcotráfico y la delincuencia organizada.

Con base en la información antes expuesta, podemos afirmar que la sociedad vista desde un enfoque sistémico no puede ser considerada como la aglomeración de individualidades que coexisten simultáneamente compartiendo un tiempo y un espacio; sino como un complejo conjunto de sistemas que interactúan afectándose mutuamente, siendo que sistemas más pequeños pertenecen a sistemas mayores de forma inclusiva y dinámica. “Con el modelo conceptual de sistema abierto resulta fácil ubicar al sistema interaccional de dos personas dentro de una familia más grande, a ésta dentro de una comunidad, y ésta a su vez en una sociedad determinada” (Espinosa y González, 1998, pág. 143) Desde este punto de vista, los problemas que se enfrentan en nuestro país y en cualquier sociedad, son complejos y multideterminados.

Ante el presente panorama psicosocial de nuestro país se requiere que se realicen las adecuaciones necesarias desde distintos frentes de acción, por un lado en

cuanto a las políticas públicas y la inversión en gasto público parece urgente que se destinen más recursos para servicios fundamentales tales como la seguridad, educación, vivienda, generación de empleo y salud con la finalidad de reducir las marcadas diferencias entre la población y reducir los riesgos sociales que actualmente prevalecen.

Por lo que corresponde al área de salud, se requiere de una fuerte inversión para la ampliación de los servicios y sus alcances en todas las especialidades y por supuesto una mejor y mayor capacitación del personal que ofrece ese servicio, lo que incluye a los profesionistas que brindan atención en salud mental. Se necesita la formación de gente comprometida socialmente, con sólidas bases teóricas, metodológicas, de análisis e intervención que pueda aportar soluciones a los problemas que existen actualmente. Y sobre todo, es indispensable que los profesionistas de salud abramos nuestros ojos y razonamientos a epistemologías realmente integradoras.

1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa de intervención

Como se señaló en el primer apartado de este capítulo, es importante que la formación académica esté orientada a la solución de los problemas del país. En la formación del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México y en particular la Residencia en Terapia Familiar, su objetivo está encaminado a formar en sus egresados las habilidades teórico metodológicas que posibiliten una acción congruente con las necesidades y crisis que enfrentan las familias mexicanas.

La Terapia Familiar Sistémica extiende su visión de estudio e intervención más allá del individuo y de los estímulos internos ya sean pensamientos, motivaciones o “traumas”, de forma tal que se abarca al grupo familiar más cercano e incluso teniendo en cuenta a los otros sistemas en los que los individuos participan. Por

otro lado, también se aleja de la simplista búsqueda de *la causa* del problema y se enfoca en observar al sistema de forma global en toda su complejidad, lo cual posibilita definir intervenciones “a la medida” de la familia en cuestión.

Por otro lado, la Terapia Familiar Sistémica, no conforme con emplear una visión integral del entorno familiar del o de los consultantes, así como de su motivo de consulta, defiende la idea de analizar también al sistema terapéutico en su totalidad, que incluye al mismo terapeuta, al supervisor y al equipo de supervisión si es que los hay. De este modo, el observador es también observado y esto es congruente con la epistemología que respalda el enfoque Sistémico a la vez que posibilita la generación de ideas, hipótesis y facilita la identificación de otros caminos viables para el curso de la terapia.

Finalmente, quizá otra de las ventajas que ofrece la Terapia Familiar Sistémica para la atención de los problemas de las familias, es que en el afán de optimizar recursos tanto los institucionales como los individuales se requiere que los efectos de las intervenciones se puedan percibir en poco tiempo y el enfoque sistémico suele ofrecer buenos resultados en relativamente pocas sesiones. Un ejemplo de ello son los modelos de Terapia Breve, tanto el orientado en Soluciones como el enfocado en Problemas, que partiendo de una definición clara de un problema se define una meta terapéutica y en un máximo de diez sesiones se busca lograr los objetivos co-creados con los consultantes; aunque en términos generales, prácticamente todos los modelos sistémicos desde la primera sesión producen efectos evidentes para las familias. Podemos pensar que para las instituciones privadas o públicas que ofrecen atención terapéutica, los resultados en el corto plazo pueden ser un elemento deseable que la Terapia Familiar Sistémica ofrece como un beneficio adicional.

Ciertamente no hay una disciplina que por sí misma resuelva todos los problemas que existen en las sociedades. La aportación que la Terapia Familiar Sistémica hace para contribuir en la solución de los problemas que enfrentan las familias del

México actual se centra en aspectos relativos a lo que se ha llamado salud mental, más específicamente atendiendo problemas tales como aquellos referentes a las crisis propias del ciclo vital de las familias, en casos de depresión, ansiedad, problemas de rendimiento escolar o de conducta en niños y adolescentes, encopresis, problemas psicosomáticos, problemas de rendimiento sexual, desórdenes alimenticios, insomnio, tics, fobias, riñas o conflictos conyugales, cuadros esquizoides, bloqueos creativos y de la memoria, violencia intrafamiliar, abuso sexual y adicciones (Espinosa y González, 1998)

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

La formación como Terapeutas Sistémicos que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México en su Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con Residencia en Terapia Familiar contempla el desarrollo y puesta en práctica de habilidades clínicas en contextos reales en los cuales se brinda atención a personas que así lo solicitan, dicha atención se ofrece en tres distintos escenarios:

1. Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
2. Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.
3. Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE

1.5. Descripción y participación en las distintas sedes

Cada uno de los escenarios en los que participamos a lo largo de nuestra formación dentro de la Residencia posee características específicas que los distinguen, aún cuando existen algunas coincidencias.

Siguiendo el orden en el que fueron enlistados los escenarios en el apartado anterior, empezaremos describiendo el trabajo y la sede de la Clínica de Terapia Familiar de la FES-Iztacala. Esta se encuentra ubicada dentro del Campus y cuenta con una cámara de Gessel, de modo que existe una sala en la que el

terapeuta principal se encuentra cara a cara con el/los- consultantes, mientras que en otro espacio la sesión es observada a través del espejo de doble visión por la supervisora y el equipo de terapeutas en formación. Este arreglo del escenario permite que el equipo de terapeutas y la supervisora pueda ver las intervenciones del terapeuta principal y las reacciones de la familia, estos últimos puedan ver o escuchar lo que ocurre detrás del espejo. Además la supervisora y el equipo de supervisión tienen la posibilidad de comunicarse mediante una terminal telefónica ubicada en cada sala.

Dentro del espacio en el cual se desarrolla la terapia existe una cámara de video que graba la sesión, misma que es transmitida y grabada simultáneamente en la estancia en donde se hallan la (s) supervisora (s) y el equipo, es decir que existe un sistema de circuito cerrado.

Las condiciones físicas de esta sede son similares a las del Colegio de Ciencias y Humanidades, puesto que existe una cámara de Gessel, equipo de filmación y terminales telefónicas que permiten una comunicación entre ambas salas.

Las condiciones físicas del espacio para la Residencia en Terapia Familiar en el ISSSTE de Tlalnepantla comparte con las otras sedes la característica de contar con un equipo de filmación para grabar las sesiones. La diferencia entre esta sede y las otras, radica en que el terapeuta, la familia consultante, la supervisora y el equipo de terapeutas en formación se encuentran en la misma sala, ubicándose el terapeuta frente al equipo, estando este último a espaldas de la familia consultante, de modo que un pizarrón que estaba sólo a la vista del terapeuta principal y no así de la familia, hacía las veces de las terminales telefónicas.

1.6. Análisis sistémico de los escenarios

La Clínica de Terapia Familiar de la FES Iztacala, forma parte de los servicios que se ofrecen en la Universidad Autónoma de México, y están disponibles para la

población de la comunidad que así lo solicite y también para los alumnos, personal administrativo y académico que lo requieran.

Esta sede cuenta con un buzón en donde las personas interesadas en recibir el servicio depositan una ficha con sus datos de identificación y localización, así como su motivo de consulta, de modo que los terapeutas en formación contáramos con una relación de los registros de los solicitantes, así como sus datos para poder establecer un primer contacto, previo a la primera sesión. En ésta como en el resto de las sedes, el primer contacto se llevaba a cabo mediante una entrevista telefónica con la cual se pretendía ampliar la información respecto al motivo de consulta, así como los datos necesarios para conformar el familiograma, además de que se informaba a las familias sobre la modalidad de trabajo dentro de las sedes: el uso del equipo de filmación, la participación del equipo de terapeutas, la importancia de la puntualidad y asistencia a cada una de las sesiones. Es necesario precisar que en todas las sedes, a partir de la primera sesión, se contó con el consentimiento escrito de los consultantes para grabar las sesiones y para emplear la modalidad de trabajo con el equipo de terapeutas.

Los consultantes que acudían a solicitar atención a la Clínica de Terapia Familiar eran personas pertenecientes a la comunidad de los Reyes Iztacala, otros eran estudiantes de las escuelas de la zona que fueron canalizados por sus autoridades educativas, mientras que algunos consultantes formaban parte del personal del Campus.

La supervisión de nuestro trabajo en esta sede se llevó a cabo en el segundo y cuarto semestre de la Residencia y estuvo a cargo de la Mtra. Ofelia Desatnik Miechismky, la Dra. Luz de Lourdes Eguiluz, la Dra. Iris Xóchitl Galicia Moyeda y la Dra. María Suárez Castillo.

En el caso de la sede en el CCH Azcapotzalco, la fuente de referencia de los alumnos fue el Departamento de Psicopedagogía del Plantel. A dicho

Departamento, los alumnos y personal del plantel acudían a solicitar el servicio y posteriormente los formatos de solicitud nos eran entregados para que nosotros nos pudiéramos en contacto con los solicitantes y programar su atención.

La atención clínica brindada en el CCH Azcapotzalco se realizó durante el primer y el tercer semestre de la Residencia. En el caso del primer semestre, estuvimos participando como observadores del trabajo realizado por los compañeros de la generación que nos precede. Durante ese momento, la supervisora a cargo fue la Mtra. Carolina Rodríguez González, mientras que el trabajo realizado en el tercer semestre ya como terapeutas principales y el equipo de terapeutas en formación, la supervisora encargada fue la Mtra. Juana Bengoa González.

El ISSSTE es un caso particular no solo porque eran diferentes las condiciones físicas del trabajo, sino porque al ser una Institución de Salud Pública, los consultantes son derechohabientes que son canalizados principalmente por su médico o el área de Trabajo Social, sin embargo, en algunos casos eran las familias quienes solicitaban los servicios de Terapia Familiar Sistémica que actuaba en colaboración con el Área de Psicología de la Clínica a cargo de la Lic. Reina Araceli Martínez. Nuestras supervisoras en el ISSSTE fueron la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Carmen Susana González Montoya.

El trabajo en el ISSSTE se realizó durante el primer y tercer semestre, y al igual que en el CCH, el primer semestre no tuvimos a nuestro cargo la atención directa de las familias sino que participamos como observadores del trabajo clínico de los compañeros que ya cursaban el tercer semestre. Ya cuando nosotros estábamos en el tercer semestre estuvimos como terapeutas principales y los compañeros de la generación que nos sucede estuvieron como observadores del trabajo que nosotros realizábamos.

CAPITULO II

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE LOS FUNDAMENTOS Y MODELOS EN TERAPIA FAMILIAR

2.1. Análisis del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo

Del mismo modo que es importante conocer cuál es el panorama psicosocial nacional, por ser este un medio y factor que influye directa o indirectamente en las vidas de las familias que atendemos, también es esencial contar con un marco teórico de referencia que guíe el trabajo clínico de los profesionales de la salud. Esto permite respaldar el trabajo terapéutico con ideas y fundamentos sistemáticos que ayudan a que el terapeuta oriente su visión y acción en el campo disciplinar.

A continuación se describen y analizan tanto los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica como los Modelos de Terapia que forman parte del Programa de Maestría en Psicología en la Residencia de Terapia Familiar.

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

Los distintos modelos de la Terapia Familiar Sistémica cuentan con particularidades que los hacen únicos y distintos entre sí, ya sea por sus estrategias, como por la significación que tenga o no el síntoma dentro del sistema familiar, o por la meta de la terapia (por ejemplo, que los consultantes puedan usar estrategias nuevas para resolver problemas, la búsqueda de soluciones, la reescritura de la historia personal, o colocar a cada miembro de la familia en el lugar que le corresponde según una estructura que el mismo modelo considera como funcional). Esto, aunado con los antecedentes personales, y académicos de los fundadores de cada modelo hacen de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna un conjunto aparentemente caótico. Sin embargo, las raíces de la

Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna nos remiten a la Teoría General de Sistemas, a la Teoría de la Comunicación, a la Cibernética, el Constructivismo, y el Construccinismo Social, por ser estas las premisas básicas que subyacen su acción y teoría.

2.2.1. Teoría General de Sistemas

Desde principios del siglo pasado comenzó a gestarse entre las mentes de algunos científicos la inquietud por encontrar correspondencias entre sistemas de todo tipo y en todas las áreas del conocimiento, de modo que pudieran hallarse principios útiles para todos ellos, así como un punto de unión entre las diferentes ciencias especializadas. Pero es a partir del año 1947 que se le atribuyen al biólogo Alemán Ludwing von Bertalanffy las ideas vigentes sobre la Teoría General de Sistemas. (Eguiluz, 2006)

Esta teoría trata sobre las totalidades, de modo que se entiende que las propiedades de los sistemas no pueden ser descritas en términos de los elementos que lo componen, sino a partir de su estudio de forma global considerando las interacciones, e interdependencias de cada uno de los elementos o subsistemas y sus propiedades. Lo cual es fundamental para la Terapia Familiar Sistémica puesto que no se busca encontrar en uno de los integrantes de la familia la causalidad del problema que se reporta, sino más bien, se indaga la trayectoria interaccional del sistema completo. Pero para comprender puntualmente las ideas básicas de la Teoría General de Sistemas a continuación se detallan los conceptos básicos que la constituyen y que son relevantes y fundamentales para la práctica terapéutica:

- Sistema: Es un conjunto de elementos que son interdependientes e interactúan entre sí (conjuntamente los elementos y sus atributos) y funcionan como un todo organizado, en donde el sistema en su totalidad es más que la suma de sus partes.

- Sistema abierto: Para Bertalanffy es indispensable que para la supervivencia de un sistema este sea abierto, es decir que exista intercambio de información y energía con el exterior.
- Sistema cerrado: Un sistema cerrado en contraste con el abierto, no intercambia información ni energía con su medio.
- Sistema relacional: Este término está muy vinculado con el lenguaje que se usa dentro de la terapia familiar y se refiere a los sucesivos cambios que se gestan en un sistema a partir de los cambios que genera cada uno de sus componentes en relación con los otros. Lo que quiere decir que si uno de los componentes cambia, esto genera un nuevo cambio en el sistema.
- Entropía: Es un término derivado de la termodinámica que se refiere a la tendencia de los organismos y la materia hacia el caos (entropía positiva). Para la Teoría General de Sistemas este término es aplicado para señalar esa propensión de los sistemas al desorden que puede detenerse cuando existe un intercambio de información con el exterior (entrada de entropía negativa) que permite el establecimiento de un nuevo orden.
- Homeostasis: Es una cualidad de los sistemas que permite que se mantengan condiciones estables mediante mecanismos de autorregulación.
- Recursividad: Se refiere la vinculación vertical de un sistema con otros sistemas mayores y con otros menores.
- Equifinalidad: Es la posibilidad de que diferentes sistemas lleguen al mismo fin aún cuando cada uno haya tenido puntos de partida distintos entre sí.

- Retroalimentación feedback: Se refiere a la capacidad con que cuentan los sistemas para automodificarse.

2.2.2 Cibernética

Según Bradford Keeney en su libro *Estética del Cambio* (1987), Wiener (a quien se le atribuye la fundación de la Cibernética Moderna) eligió la palabra “Cibernética” tomándola de una palabra griega que Platón utiliza en *La República* para designar el arte de dirigir una nave y el arte de comandar. Siendo que en ambos casos la palabra remite al control, refiriéndose tanto a las máquinas como a las personas.

Más adelante, Keeney en el texto antes mencionado, afirma que “la idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales” y se pretendía una teoría que incluyera tanto a las máquinas como a los organismos en tanto que en ambos casos se identificaron flujos de información, retroalimentación y otros procesos que les son comunes.

En los primeros momentos de la Cibernética, se examinaban básicamente las entradas y salidas de información de un sistema en tanto que esa salida de información afectara las nuevas entradas y en consecuencia las nuevas salidas. Esta idea nos remite al concepto básico de la cibernética que es la retroalimentación que se refiere justamente al proceso descrito.

Según la Cibernética, las salidas y entradas de información se realizan de forma compleja y dinámica afectando la totalidad del funcionamiento del sistema pero sin que éste se desintegre. Es decir, el sistema reacciona ante esta nueva información procesándola en búsqueda de la estabilidad global, de modo que se garantice su permanencia. Y a este respecto, Keeney advierte que la terapia exitosa tendrá que crear formas alternativas de retroalimentación, de modo que la familia consultante abandone ciertas pautas de interacción, es decir que “el objetivo del terapeuta es

activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada autocorregirse”.

Sin embargo, esta idea básica puede generar la suposición de que el observador (terapeuta) se mantiene fuera del evento observado, lo que a su vez da la ilusión de que el que observa cuenta con el control unilateral del fenómeno. Desde esta perspectiva que se conoce como Cibernética de Primer Orden o Primera Cibernética, se piensa que el observador se encuentra fuera del evento que observa, sin que exista una mutua influencia (Keeney, 1987)

La Cibernética de la Cibernética (termino propuesto por Margaret Mead) o Cibernética de Segundo Orden (el nombre que al mismo fenómeno le da von Foerster) a diferencia de la Cibernética de Primer Orden, ubica al observador dentro de lo observado, y sin abandonar los conceptos de la Cibernética de Primer Orden nos coloca en la posición de observar contextualmente cómo participa el observador en lo observado (Keeney, 1987) en una relación en la que al observar participa en un sistema afectándolo, del mismo modo en que el sistema observado le influye recíprocamente.

2.2.3. Teoría de la Comunicación

Otro de los pilares fundamentales para la Terapia Familiar Sistémica proviene de la Teoría de la Comunicación, puesto que aún cuando para Gregory Bateson a quien se le atribuyen las ideas fundamentales de esta Teoría no tenía la intención de abordar las implicaciones terapéuticas de los conocimientos que se generaban a partir de sus investigaciones, no cabe duda de que la aplicación de sus ideas ha tenido gran éxito y relevancia para la práctica terapéutica.

Gregory Bateson biólogo de formación, tenía interés por conocer los procesos de comunicación y con este fin decide formar un equipo de trabajo que estuvo compuesto por John Weakland (ingeniero químico), Jay Haley (comunicador

social), William Fry (psiquiatra) y posteriormente se incorporó Don Jackson (psiquiatra y psicoanalista). Bateson y su equipo observaron los procesos de comunicación en animales en el zoológico de San Francisco y en humanos en la clínica de veteranos de Palo Alto en donde realizaron investigación sobre las paradojas en la comunicación de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. Los trabajos con pacientes esquizofrénicos presentaron la valiosa oportunidad de analizar paradojas, metáforas y los niveles de la comunicación que en esa población es confusa, además de que pudieron darse cuenta de que cuando un paciente era dado de alta, al poco tiempo de mantener interacción con su familia, se volvían a presentar los síntomas que habían sido motivo de internamiento, por lo que empezaron a observar la interacción comunicativa entre el paciente y su familia; y fueron estas observaciones lo que les brindó la posibilidad de plantear la *Teoría del Doble vínculo* y que en 1956 presentaron sus resultados en el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" que es considerado el punto de origen de la concepción sistémica tanto de la esquizofrenia como de la familia. (Bertrando y Toffanetti, 2004 y Eguiluz, 2006).

Derivado del trabajo de Gregory Bateson y su equipo se plantean una serie de axiomas que son base de la *Teoría de la Comunicación*, y a continuación son descritos de forma breve con base en el texto *Teoría de la comunicación Humana* de Paul Watzlawick, Janet Beavin Bavelas y Don D. Jackson (2002):

1º La imposibilidad de no comunicar:

Este axioma parte de la idea de que cualquier conducta es comunicación y como no existe la no-conducta, entonces es imposible no comunicarse o no comportarse. Incluso en una situación en la que alguien expresamente tiene la intención de iniciar un diálogo con una persona, el interlocutor elegido cuenta con estas posibles reacciones: "rechazo" de la comunicación, aceptación de la comunicación, descalificación de la comunicación, o el síntoma frente a la comunicación, y todas implican una respuesta comunicativa ante la iniciativa de

quien inició la interacción, por lo que de cualquier modo la comunicación tiene lugar.

2º Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación:

En el nivel de contenido se encuentra lo que decimos y en el de relación se encuentra la forma en la que expresamos lo dicho. Esto es básico, puesto que dentro del proceso comunicativo no solamente existe un intercambio de información (de lo qué se dice) sino que también se define cómo debe entenderse dicha comunicación y la relación entre quienes participan en la interacción.

3º La puntuación de la secuencia de los hechos:

El proceso comunicativo es bastante complejo y se presenta como una serie de intervenciones sucesivas entre quienes participan en él. Sin embargo, los participantes tienden a hacer un recorte de los hechos y marcar un inicio o establecer una causalidad de lo que ocurre en su interacción.

Lo anterior quiere decir que como participantes en la comunicación trazamos distinciones que permiten *organizar* los hechos de modo que establecemos *inicios* que desde nuestro punto de vista son *causa* de nuestras propias reacciones o de los demás y que son *efecto* de las *causas* definidas como tales. Y es debido a que no suele haber consenso para definir causas o efectos que se originan un sinnúmero de conflictos en las relaciones, personales, institucionales e internacionales.

4º Comunicación digital y analógica:

La comunicación digital se refiere al mensaje transmitido a través de símbolos lingüísticos o escritos y estos símbolos son el vehículo del contenido en la comunicación, por su parte la comunicación analógica alude a la comunicación no verbal (gestos, postura corporal, tono e inflexión de la voz, ritmo en el discurso, el

silencio, etc.) y es lo que en gran medida define los términos de la relación. De modo que en una interacción cualquiera, los participantes tendrán que estar atentos y continuamente estar *traduciendo* la información que recibe en ambos niveles, tanto en el digital como en el analógico.

5º Interacción simétrica y complementaria

Según la Teoría de la Comunicación, todas las relaciones se pueden agrupar en dos categorías: simétricas o complementarias. En el caso de las relaciones simétricas podemos encontrar una tendencia por los participantes de la relación en igualar su conducta a la del otro; mientras que en el caso de las relaciones complementarias la conducta de los participantes está basada en la diferencia siendo que el comportamiento de uno complementa el del otro.

Los anteriores axiomas de la Teoría de la Comunicación son eje de reflexión y análisis dentro de la práctica terapéutica, y sin duda orientan la visión y acción del terapeuta. Y aunado a esto, la Teoría de la Comunicación también hace énfasis en la metacomunicación que no es otra cosa que la posibilidad de “hablar” de interacciones previas, es decir cuando se usa la comunicación para comunicar algo acerca de la comunicación. La metacomunicación es fundamental tanto en la terapia como en las relaciones humanas cotidianas, puesto que según los postulados de esta teoría, la imposibilidad de metacomunicarse favorece el origen de “perturbaciones” en las pautas interaccionales.

2.2.4. Constructivismo

La teoría constructivista se enfoca en la forma en que las personas conocen el mundo y cómo integran y organizan su mundo experiencial, y en este sentido, el constructivismo no ve a los individuos como receptores pasivos de las experiencias, sino como constructores activos de su aprendizaje.

Para Ernst von Glasersfeld (en Pakman, 1996) los orígenes del constructivismo se pueden encontrar en los escritos de Giambattista Vico, pues una de sus ideas básicas dice que los agentes epistémicos no pueden conocer nada excepto las estructuras cognitivas construidas por ellos mismos y esta afirmación tiene eco en los posteriores trabajos de Piaget, quien es otro precursor de la teoría constructivista. Piaget se interesó en la psicología del desarrollo y en el estudio de los orígenes del conocimiento individual y sostenía que la cognición debería de considerarse como una función adaptativa dentro de la experiencia del sujeto cognoscente.

La teoría de Piaget incluye una serie de conceptos tales como acomodación, asimilación y equilibrio, mismos que se refieren a la continua incorporación de experiencias nuevas a las viejas experiencias dando por resultado un nuevo estado de equilibrio que produce respuestas adaptativas por parte del sujeto a su medio. Por supuesto, el equilibrio al que se refiere Piaget es dinámico, debido a que las nuevas experiencias exponen a los individuos a perturbaciones que obligan a reconfigurar las estructuras previas. Esto quiere decir que el aprendizaje solamente ocurre cuando un esquema, en lugar de producir el resultado previsto, conduce a perturbaciones y la perturbación lleva a la acomodación que puede establecer un nuevo equilibrio.

En el mismo orden de ideas, el constructivismo centra su atención en el operar activo del sujeto en cuanto a las *regularidades* o *invariancias* en el mundo de la experiencia, sin perder de vista que el conocimiento no es, ni puede ser, una “representación” del mundo real, sino simplemente una serie de estructuras cognitivas que al producir los resultados esperados por los individuos, no producen conflictos conceptuales.

De acuerdo con lo anterior, el constructivismo no acepta la idea de que el conocimiento sea una representación fiel de la Verdad que existe

independientemente del individuo, y a decir de Ernst von Glasersfeld, existen dos principios básicos de la teoría constructivista:

1. “El conocimiento no se recibe pasivamente, ni a través de los sentidos, ni por medio de la comunicación, sino que es construido activamente por el sujeto cognoscente.
2. La función de la cognición es adaptativa y sirve a la organización del mundo experiencial del sujeto, no al descubrimiento de una realidad ontológica objetiva.” Pag. 25 (en Pakman, 1996)

Para el constructivismo radical, el experimentador humano, no se haya en la posibilidad de tener una representación de la realidad tal cual es, sino que desde este enfoque, el individuo simplemente es apto para desarrollar continuamente una serie de estructuras que le sirven para responder de modo funcional y adaptativo en su entorno que también continuamente cambia.

2.2.5. Construccinismo social

El construccionismo social es una teoría del conocimiento que se interesa no tanto por la construcción del conocimiento filosófico o científico como tal, sino más bien por la construcción de la realidad en las relaciones sociales, puesto que este “conocimiento” es lo que define los significados que permiten la existencia de la sociedad. El interés del construccionismo según Berger, y Luckman, parece soslayar el indagar cómo es que se genera el conocimiento científico o el conocimiento filosófico, dando prioridad al conocimiento derivado de la vida cotidiana, debido a que es en la interacción cotidiana a través del lenguaje que se formulan las objetivaciones necesarias y adquieren un sentido dentro de la vida, de modo que esta se presenta como una realidad interpretada por sus participantes (Berger y Luckman, 2006).

Desde este punto de vista, el conocimiento es un producto de las relaciones humanas, y se afirma que el saber tiene un origen social a partir de la coordinación de actos y que con base en ellos se deriva la creación y el uso de signos y palabras que sirven para nombrar al mundo y quizá, para dar certezas a los individuos. En este sentido Gergen, (2006) afirma que para considerar algo verdadero es necesario que otros, además de uno mismo, lleguen a la misma conclusión.

A partir de los diálogos construccionistas surge la idea de que la concepción del mundo, del conocimiento y del yo surgen de las relaciones humanas; y van más lejos al afirmar que tanto el saber, como la razón, la emoción y la moralidad no residen en la mente del individuo, sino en las relaciones (Gergen, 2006), con lo que se ponen en duda las visiones individualistas y lineales sobre el saber.

El construccionismo social parte de algunos supuestos centrales a decir de Gergen (1996):

- *Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones.* Este supuesto parte de la imposibilidad de que exista una representación del lenguaje que corresponda con los fenómenos observados.
- *Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios histórica y culturalmente situados entre las personas.* Para los construccionistas, las descripciones y explicaciones no están impuestas por el mundo o sus propiedades sino que son el resultado del consenso y el diálogo de relaciones cooperativas.

- *La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.* Esto quiere decir que el mundo puede cambiar sin que exista variación en las descripciones teóricas, pero también pueden existir cambios en tales descripciones sin que exista necesariamente un cambio en el mundo que pretenden explicar.

- *Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación.* Este supuesto, parece remitirnos a la afirmación de “el mapa no es el territorio”, puesto que el sentido de las palabras no está derivado de su relación con el mundo, sino más bien adquiere sentido solo dentro de un marco social que le da la posibilidad semántica del significado léxico.

- *Apreciar las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural; cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración del todo.* Este último supuesto invita a realizar una evaluación crítica de las afirmaciones dadas como verdades a partir de posiciones exteriores.

El construccionismo puede ser visto entonces como un diálogo entre quienes expresan ideas, puntos de vista, valores e interpretaciones distintos, descartando la pretensión de establecer una verdad última (Gergen, 2006) Y quizá ahora con la posibilidad ampliada por los avances de la tecnología, este diálogo diversificado se facilita al poder mantener contacto con personas de distintos lugares, discursos, opiniones, descripciones o reacciones ante una situación cualquiera, de modo que se diluyen las verdades definitivas. Y con esto se cumple, a partir del construccionismo social y según Gergen, una función liberadora al “despojar de su poder retórico a todos aquellos que proclaman una verdad, a todos los grupos que proclaman una sabiduría y una ética universales, útiles para todos. El

construccionismo invita a adoptar una actitud de curiosidad infinita, a mantenernos abiertos a lo que cada tradición aporta de riqueza y combinaciones impensadas”.

Así, todo el conocimiento evoluciona en el ámbito del mundo compartido por las personas a partir del intercambio social y mediatizado por el lenguaje. Y si este conocimiento evoluciona no podemos admitir que existan verdades incontrovertibles sino solamente una serie de relatos que nos contamos y contamos a los otros. Al cambiar los relatos se abre la posibilidad de reconstruirlos y dentro de la terapia se da el contexto para abrir espacios para la diversidad de nuevas historias.

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

A continuación se presenta una revisión de los principios teóricos metodológicos de los distintos modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, destacando principalmente sus antecedentes, principales representantes, aportaciones, postulados y técnicas de intervención.

2.3.1. Modelo de Terapia Estructural

El modelo de terapia estructural permite el abordaje de los problemas familiares desde una perspectiva sistémica. Desde este enfoque se busca entender cómo es que un síntoma permite el mantenimiento de cierta estabilidad en la familia, es decir, se buscan interacciones más que causas. Y en este contexto, la tarea del terapeuta es unirse a la familia y desafiar la visión que el sistema familiar tiene de su situación para lograr modificar su estructura y posibilitar el cambio mediante una serie de técnicas y estrategias.

Desde este modelo, la familia es vista como un sistema abierto que tiene como función la protección psicosocial de sus miembros, la acomodación a una cultura y

la transmisión de esa cultura. La familia es el contexto para crecer y recibir auxilio, es un grupo natural que con el tiempo elabora pautas de interacción (recíproca). Esta visión implica pensar que las personas encuentran en su sistema familiar el sentido de pertenencia y de individuación y de identidad, lo cual se relaciona con los cambios a nivel externo (social) e interno (familiar) a los cuales la familia se adapta (Minuchin, 1984).

Para Minuchin (1984), una familia normal es aquella que se ajusta a los cambios que imponen las condiciones externas (p. ej. las transformaciones sociales como la necesidad de que la mujer se incorpore al mercado laboral) e internas (p. ej. el propio desarrollo de una familia a través de etapas de su ciclo vital que exigen reestructuración). Esto requiere de la familia una importante capacidad para adaptarse ante las necesidades de cambio logrando un nuevo equilibrio.

El Modelo de Terapia Estructural surgió gracias al trabajo de Salvador Minuchin quien es su principal exponente. Salvador Minuchin desarrolló su trabajo como director de la Philadelphia Child Guidance Clinic a partir del año 1965, en donde tuvo la oportunidad de trabajar con una población heterogénea (población blanca, hispana y afroamericana) y es ahí en donde crea un enfoque terapéutico centrado en la estructura de las familias (Bertrando y Toffanetti, 2004 y Ochoa de Alda, 1995)

En la Philadelphia Child Guidance Clinic, Minuchin comienza a realizar terapia familiar en compañía de Braulio Montalvo y Jay Haley y en este contexto en donde predominaban poblaciones minoritarias crearon un proyecto de formación en terapia familiar para no profesionales dirigido a poblaciones marginales. En este proyecto de entrenamiento los tres transmitían sus conocimientos, tendiendo como principal herramienta la supervisión directa y sistemática así como el empleo de videograbaciones de sesiones que eran revisadas conjuntamente (Bertrando y Toffanetti, 2004 y Desatnik, 2004)

El modelo estructural considera tres componentes que son los pilares en los que se basa su concepción de la familia:

1. *La estructura* de una familia es un sistema sociocultural abierto en proceso de transformación:

La estructura familiar opera a través de pautas transaccionales, las cuales regulan la conducta de los miembros de la familia y definen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse. Estas pautas apuntalan el sistema y definen quién es un miembro en relación con los otros y el contexto. Minuchin analiza la estructura familiar con base en algunos elementos que son los *holones* o subsistemas y que tienen ciertas tareas específicas que cumplir.

Los *holones* requieren de reglas que protejan la diferenciación de cada uno, por lo que se hace necesario que los *límites* de los subsistemas sean claros, precisos y al mismo tiempo deben permitir el contacto entre sí y los otros, ya que de no ser así, se pueden observar dos extremos del funcionamiento; por un lado, podemos encontrar familias *aglutinadas*, es decir, con límites difusos que no permiten una clara diferenciación entre sus miembros y un abandono de la autonomía, y por otro se hallan familias *desligadas* con límites rígidos en donde existen pocos sentimientos de lealtad y pertenencia, y hay un exacerbado sentido de independencia individual.

Desde este modelo, cabría esperarse que para que haya un adecuado funcionamiento del sistema familiar debe existir una clara *diferenciación jerárquica*, es decir, que las fronteras entre generaciones definan las relaciones de poder que marquen quién ocupa qué rol en función de quién, por ejemplo el padre en relación con el hijo.

2. La familia muestra un desarrollo desplazándose a través de cierto número de etapas que exigen una reestructuración: *Ciclo vital*.

Este se refiere al curso del sistema por distintas etapas evolutivas que exigen que la familia desarrolle ciertas competencias que le permitan adaptarse a las necesidades que cada etapa impone. Y el conocer la etapa del ciclo vital por la que atraviesa la familia consultante, ofrece información útil que sirve como guía para asistir a los sistemas para que negocien y se adapten mutuamente en su evolución interna y también a las exigencias que el medio externo (p. ej. la cultura, las instituciones y los sistemas de creencias) impone al sistema familiar en sus diferentes etapas.

3. La familia se *adapta* a situaciones cambiantes de modo tal que mantiene una continuidad y fomenta el crecimiento psicosocial de cada miembro.

“Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de modo tal que pueda seguir funcionando” (Desatnik, 2004, pág. 55)

El modelo de Terapia Familiar Estructural liderado por Salvador Minuchin, se caracteriza por la participación directiva del terapeuta en su tarea de conducir a la familia hacia pautas adaptativas y en todo el proceso no se buscan las causas del síntoma sino las interacciones, esto es que se ve al individuo, las díadas, la familia e incluso grupos más extensos. El terapeuta es un participante activo que durante todo el proceso evalúa e interviene, crea hipótesis y las pone a prueba mediante su acción.

La tarea del terapeuta consiste en cambiar la organización familiar introduciendo novedad y diversidad en las pautas transaccionales de la familia para que se sustituyan las pautas que mantienen al síntoma. En este sentido, el terapeuta tendrá que luchar contra la homeostasis familiar y contra el riesgo de ser absorbido por el sistema ya que esto restringe su capacidad de maniobrar y desequilibrar los patrones patológicos de relación.

Para lograr desequilibrar al sistema, es necesario que el terapeuta sepa que puede instrumentarse desde distintas posiciones y que además conozca las técnicas que le permitirán lograr los objetivos terapéuticos. En este modelo, un denominador común es el cuestionamiento y el desafío tanto como para el síntoma como para la estructura y la realidad de la familia. Las técnicas que se utilizan para lograr introducir un cambio en el sistema familiar se agrupan en tres estrategias básicas que son el reencuadramiento que cuestiona el síntoma, la reestructuración que cuestiona la estructura disfuncional de la familia y la estrategia de cuestionamiento de la realidad familiar.

A continuación se describen cada una de las estrategias que emplea el Modelo de Terapia Estructural:

- Coparticipación. Coparticipar con una familia es definir la función de los participantes en el sistema terapéutico de modo que el terapeuta se posicione como líder del sistema y que esta posición le permita dirigir, adaptarse, apoyar, sugerir y entrar y salir del sistema con el fin de lograr en un plazo determinado, librar de síntomas a quien es su portador en la familia, reducir el conflicto y la tensión de la familia como un todo, a la vez que esta aprende nuevas formas de superar sus dificultades. Por otro lado, la coparticipación implica que la familia acepte el rol de líder del terapeuta en el entendido de que este los comprende y trabaja con ellos y para ellos.

Para entrar en coparticipación con una familia, en el modelo estructural se contemplan tres posiciones desde las cuales puede moverse el terapeuta. Cada una de estas posiciones tiene ventajas y riesgos que se deben considerar de modo estratégico.

Las distintas posiciones de coparticipación (de cercanía, intermedia y distante) se usan a lo largo de todo el proceso terapéutico y no sólo en la

primera sesión. La instrumentación que el terapeuta hace de sí mismo ya es una forma de intervención para promover el cambio.

Es importante que el terapeuta conozca sus características personales para que identifique fácilmente con cual se siente más cómodo y pueda capitalizar sus recursos individuales y su estilo de coparticipación (logrando y manteniendo su capacidad de maniobra terapéutica).

- Reencuadramiento. Las técnicas agrupadas que pertenecen a esta estrategia tienen como denominador común el buscar crear un encuadre terapéutico que sea admitido por la familia como un encuadre alternativo al que ya han construido para su propia historia que es ineficiente y disfuncional, es decir que se pretende cuestionar la definición del problema que la familia ha formulado y esto se logra moviendo a sus miembros para que ensayen respuestas novedosas.

Al desafiar los umbrales de las pautas transaccionales de la familia con la estrategia de reencuadramiento a través de sus diferentes técnicas (escenificación, enfoque e intensidad) el terapeuta puede contar con herramientas útiles para convencer a la familia de que la visión de la realidad familiar que ellos han trazado puede ser diferente o más amplia.

- Reestructuración. Estas estrategias pretenden facilitar diferentes modos de sentir, pensar y actuar a través del cuestionamiento de la demarcación que los miembros de la familia hacen, sus papeles y sus funciones. Se busca mover la estructura de la familia para que cada quien ocupe el lugar que le corresponde en pos de interacciones más funcionales. En otras palabras, el objetivo es diferenciar las fronteras de los holones familiares a fin de favorecer la flexibilidad y el crecimiento. Existen tres técnicas principales para el cuestionamiento de la estructura de la familia y éstas son: las

técnicas de fijación de fronteras, el desequilibramiento y la complementariedad.

- Realidades. La familia no sólo tiene estructura sino también un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar. La experiencia como familia y lo que creen que es su estructura son procesos que coexisten y se justifican entre sí, por lo tanto y con base en esto, el modelo estructural sugiere que un cambio en la estructura de la familia modificará su visión del mundo y todo cambio en la visión del mundo sustentada por la familia será seguido por un cambio en su estructura. Para el uso de las técnicas que se incluyen en esta estrategia de cuestionamiento de la realidad se utilizan los hechos que la misma familia reconoce como verdaderos pero a partir de ellos se construye un ordenamiento nuevo sin encuadrarse como un mundo diferente que asuste a los pacientes, sino que este nuevo ordenamiento ofrezca una ampliación de lo ya conocido, de modo que se promueva y sustente la reestructuración. Para el cuestionamiento de la manera en que la familia legitima su estructura se utilizan las técnicas: el empleo de recursos cognitivos, el uso de paradojas y la búsqueda de los lados fuertes de la familia.

Con el Modelo de Terapia Estructural, el terapeuta se convierte en un agente del cambio; el uso de las técnicas facilita su participación para introducir novedad y desequilibrar al sistema familiar, sin embargo, no se puede actuar de manera descontextualizada. El terapeuta debe atender el marco teórico que orienta su labor y al mismo tiempo debe estar atento a las singularidades de la familia consultante sin perder de vista la realidad social de la misma.

Por su parte, Wítaker y Keith en Minuchin (1984, pág. 283) señalan que “la técnica no es más que un vehículo para las búsquedas creadoras del terapeuta”, por lo que en el proceso del dominio de la técnica, es probable y de hecho deseable que

el terapeuta desarrolle su propio estilo de intervención, de modo que gane en espontaneidad con lo que sus intervenciones serán más auténticas y él mismo las sentirá como propias.

El uso de la técnica es una herramienta de trabajo fundada en una epistemología específica. Su dominio y pericia se logran con el tiempo, con la práctica en el encuentro terapéutico, pero la espontaneidad requiere además que el terapeuta sea capaz de observarse a sí mismo, descubrir su propio estilo, así como las características personales que son un recurso potencial importante para promover el cambio en la familia.

2.3.2. Modelo de Terapia Estratégica

En su libro *Terapia para Resolver Problemas* (2002), Jay Haley afirma que este enfoque terapéutico tiene como objetivo solucionar dentro del marco familiar los problemas que se le presentan a un cliente; y que esta situación ha de encararse con técnicas adecuadas a cada situación particular. Bajo este contexto y según este modelo de terapia, la tarea del terapeuta consiste en precisar claramente el síntoma del consultante y diseñar una intervención acorde con la situación social del cliente a fin de modificarlo.

El término *estratégico* fue establecido por Jay Haley para hacer referencia a un tipo de terapia en la que el terapeuta es quien diseña una intervención particular para el problema presentado por el consultante (Galicia, 2004) Esta práctica terapéutica se caracteriza por ser altamente directiva, de modo que el control total de la sesión recaerá sobre el terapeuta. Además desde el enfoque estratégico, se le atribuye un papel central tanto a la estructura familiar (destacándose también el tema del poder y la jerarquía dentro de la relación) como a la adaptación de esta en las sucesivas etapas de su ciclo vital (Haley, 2003; Ochoa, 1995).

A Jay Haley se le atribuye la autoría de este modelo y él mismo explica que las ideas fundamentales de su modelo son fruto de su experiencia con otros colegas. Por ejemplo, Haley estuvo trabajando de cerca con Gregory Bateson quien lo invitó a participar en su investigación sobre la comunicación y gracias a esto Haley junto con John Weakland, a partir de 1955 tuvieron la oportunidad de sostener largas conversaciones con Milton H. Erickson que en ese tiempo ya contaba con una gran reputación, por resolver mediante intervenciones inusuales, casos en los que otros tipos de terapia habían fallado. Así, Haley estuvo estudiando de cerca las técnicas de hipnosis de Erickson por veinte años aproximadamente. Y, también fue investigador asociado del Mental Research Institute en Palo Alto California de 1962 a 1965 y junto con Ackerman y Don Jackson fundan la revista Family Therapy (Haley 2002; Haley 2003)

Otra de las vivencias fundamentales para Haley y para su Terapia Estratégica, fue la experiencia que tuvo en el trabajo con Salvador Minuchin en la Philadelphia Child Guidance Clinic en donde participó durante dos años haciendo investigación e impartiendo enseñanza en el proyecto de Minuchin, junto con Braulio Montalvo sobre la formación en terapia familiar para no profesionales. Además de que en 1976 fundó junto con Cloé Madanés un centro para la formación de terapeutas: el Family Therapy Institute en la ciudad de Washington (Bertrando y Toffanetti, 2004; Haley 2002).

Ahora bien, toda la conjunción de experiencias que tuvo Haley, permitió que su modelo se viera influido por las grandes corrientes epistemológicas de la causalidad circular, la Teoría General de Sistemas, la Teoría Cibernética y la Nueva Teoría de la Comunicación, de las cuales se retoman elementos determinantes para evaluar y tratar a la familia como un sistema. En suma, la terapia estratégica surge de analizar las relaciones en los sistemas y asume que el síntoma es el resultado de ejecuciones de poder, jerarquía y comunicación "incongruentes".

Además de que a partir de su trabajo en instituciones, a Haley le pareció evidente la importancia de la organización de los sistemas y de cómo las jerarquías se ven implicadas en ellos. Este descubrimiento resultó de gran relevancia puesto que el funcionamiento de las jerarquías, quién las asume, cómo y bajo qué circunstancias permeó fuertemente el desarrollo teórico de este modelo, ya que las ideas relativas al poder y la jerarquía (poder jerárquico) serán referente continuo para explicar los comportamientos inadecuados dentro de la familia y también sobre este aspecto es que la Terapia Estratégica busca incidir para propiciar los cambios esperados (Galicia, 2004).

Como se señaló en el primer párrafo de este apartado, para el modelo de Terapia Estratégica, la tarea fundamental del terapeuta es conocer el problema que lleva al cliente a buscar atención y diseñar una intervención acorde a esa situación particular, y para ello, este enfoque terapéutico plantea que el primer contacto entre el cliente y el terapeuta es de suma importante (*entrevista inicial*), pues el terapeuta debe conocer a profundidad cuál es el problema para poder definirlo. El modelo de entrevista que emplea Haley comprende cuatro etapas que se describen brevemente a continuación (Haley, 2002):

1. Etapa social. Constituye el primer momento de contacto entre los miembros de la familia y el terapeuta, quien al saludarlos y hacerlos sentir cómodos, también deberá transmitir el mensaje de que cada uno de ellos es importante en la resolución del problema.
2. Etapa del planteamiento del problema: El terapeuta dirige la conversación con el objetivo de conocer el sentir de cada uno de los miembros de la familia sobre el problema.
3. Etapa de interacción. En este momento de la entrevista inicial el terapeuta pide a los miembros de la familia que dialoguen entre sí sobre el problema planteado.

4. Etapa de fijación de metas. El terapeuta solicita que la familia defina precisa y claramente cuáles son los cambios que pretende lograr con la terapia.

Una vez que el problema ha sido definido claramente, así como los objetivos pretendidos por la familia consultante, en la Terapia Estratégica se busca lograr cambios mediante el uso de *directivas*, mismas que se entienden como cualquier mensaje o tarea que el terapeuta imparte durante la sesión para que la otra persona haga algo; es decir que es un medio para lograr cambios. En el caso específico de la terapia, la directiva está orientada hacia la solución de los problemas planteados por el cliente.

Las directivas pueden adoptar dos formas básicas, las directas y las indirectas; la primera de ellas consiste en decirle a la gente que debe hacer algo con el propósito de que cumplan lo que se le indica ya sea para que dejen de realizar una conducta en particular, o bien para pedirles que hagan algo distinto, en general para cambiar la secuencia de interacción que tiene lugar dentro de la familia. La segunda forma de directiva consiste en decirle a la gente que debe hacer algo con el propósito de que no cumplan la indicación.

En cuanto a las directivas indirectas, vale decir que están conformadas por tareas paradójicas que se usan cuando las familias, aunque solicitan ayuda desesperadamente rechazan todas las tentativas de solución que se les ofrecen. Estas tareas, como se mencionó anteriormente se imparten pidiendo a la gente que haga algo, con la intención de que no lo cumplan, es decir que cambien por la vía de la rebelión. A este tipo de intervención se le conoce como intervención paradójica.

Haley anticipa que no siempre es sencillo persuadir a los clientes a cumplir con las directivas que el terapeuta imparte y por ello se tendrá que motivar a la familia para que las cumpla. Ya sea mediante un enfoque directo cuando el cliente es

receptivo y se encuentra totalmente dispuesto a cumplir lo que el terapeuta le dice o con el enfoque indirecto, cuando no existe una total disposición para acatar las directivas.

Dado que las intervenciones son hechas a la medida de las necesidades de los consultantes, se encuentra libre la creatividad del terapeuta para poder diseñar una estrategia de intervención acorde con el problema presentado por el paciente. Sin embargo, el terapeuta que guíe su acción bajo este enfoque, debe tener presente que el síntoma es considerado como una respuesta adaptativa ante estructuras sociales anómalas; y por lo tanto, tendrá –el terapeuta- que elaborar hipótesis desde la primera sesión para dilucidar la función que cumple el síntoma dentro del sistema familiar, para entonces elaborar los pasos a seguir que permitan recolocar las jerarquías en donde corresponden y de este modo hacer innecesaria la existencia de un síntoma. (Ochoa, 1995)

2.3.3. Modelo de Terapia Centrado en Problemas

El modelo de terapia breve centrada en problemas permite el abordaje de los problemas humanos a partir de una manera diferente de ver cómo sufre la gente y por lo tanto, las técnicas que emplea para intervenir en la solución de los problemas, son consecuencia de esta visión particular. Este modelo surge alrededor del año de 1968, después de la muerte de Don D. Jackson, quien fundó el Grupo del Mental Research Institute (MRI) en 1959 (Ochoa, 1995) En aquella época el MRI estaba interesado en las pautas de comunicación, las relaciones y la cibernética.

Los conceptos derivados de la epistemología constructivista y del pensamiento cibernético vieron su utilidad y aplicación en el campo terapéutico, con el trabajo que en 1967 dio inicio en el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto bajo la dirección de Richard Fisch y que contó con la colaboración de Paul Watzlawick, Jhon Weakland, y Lynn Segal. El proyecto de terapias breves dio

inicio con tres propósitos: solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presenten las familias, transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros, y estudiar los cambios de los sistemas familiares (Espinosa, 2004)

El objetivo a alcanzar desde la visión de este modelo es cambiar patrones de relación, de conductas y de secuencias. Es decir, que se busca lograr más que un “cambio 1”, un “cambio 2”, ya que el primero de ellos se refiere a los cambios dentro de la misma clase de soluciones intentadas y que únicamente contribuyen al mantenimiento del síntoma que se busca eliminar. Por otro lado, el cambio 2 supone la creación de una nueva clase de intentos de solución, lo que en consecuencia, reduce o elimina el síntoma (Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1994; Ochoa, 1995).

Este es un modelo que difiere de las viejas nociones, ya que pone el acento en las interacciones en el presente, es decir, que no busca en la patología ni busca en el pasado las razones del problema que se manifiesta en la actualidad. Los problemas, son mantenidos por la persistencia de un modo particular de manejar dicho problema, en suma, este modelo se centra en lo que está haciendo la persona para mantener su problema.

Ya que básicamente este modelo centra su interés en lo que las personas hacen para que su problema sea mantenido, es indispensable conocer exactamente QUÉ es lo que el paciente está haciendo, quiénes están involucrados, cómo lo hacen, etcétera. El terapeuta debe poner atención e indagar en las descripciones de la conducta y las interacciones de los consultantes para que posteriormente pueda intervenir orientando las acciones del paciente en un sentido diferente para que el cambio pueda tener lugar.

Respecto a los problemas es importante precisar qué es lo que se entiende como tal. Por un lado, se debe señalar que este tipo de terapia al no ser normativa,

concibe que existe un problema en tanto el consultante así lo defina. El terapeuta no es quien decide si hay o no un problema a resolver ya que este modelo no plantea un ideal del deber ser; sino más bien busca que exista una funcionalidad en la interacción que sea aceptable para el usuario.

Por otro lado y según el modelo, un problema tiene su origen en dificultades corrientes de la vida de las personas, en relación con alguna de las transiciones que se experimentan periódicamente en el transcurso de la existencia. La mayoría de las personas hacen frente a estas dificultades de una forma razonablemente adecuada, pero una dificultad se vuelve un problema cuando se cumplen dos condiciones: a) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; y b) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma "solución" (Fisch, Weakland y Segal, 1985; Watzlawick, Weakland, y Fisch, 1994).

Con la mejor de las intenciones, las personas insisten inadvertidamente en sus soluciones intentadas porque es la única vía que consideran aceptable para resolver su problema. Por ello, el objetivo general de la terapia es trabajar con aquellas conductas presentes que son inadecuadas y eliminar el problema o reducirlo hasta hacerlo manejable mediante un cambio de 180° en la solución intentada por el cliente.

Cuando una persona acude a terapia, es porque considera que tiene un problema y admite, en cierto, modo que requiere apoyo. Para que el terapeuta pueda intervenir efectivamente, debe ser capaz de actuar en la forma que considere más adecuada en el curso del tratamiento con el propósito de lograr un cambio, aún a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten, a esto es a lo que se le llama capacidad de maniobra del terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, 1985).

Hasta el momento se han tratado indistintamente los términos cliente y paciente, sin embargo es de utilidad el diferenciarlos, ya que para este modelo es más

productivo trabajar con la persona más interesada en lograr un cambio, aunque el terapeuta puede motivar al cambio a quien no se haya dispuesto para ello.

En términos generales, cuando se habla de paciente en este modelo, se está refiriendo a aquella persona que es definida como inestable o enferma, y que puede estar motivada o no para el cambio. Por otro lado, se entiende que es cliente la persona más motivada para lograr un cambio, es quien se queja y pide activamente la ayuda para sí mismo o para otro. En estos casos el terapeuta ya cuenta con el interés del cliente para resolver el problema por lo que sólo será necesario identificar cuál es la postura de éste para usarla como herramienta para el cambio. Básicamente existen varios tipos de postura y sus respectivas formas de utilizarlas, según Fisch, Weakland y Segal, (1985, págs. 115-116):

1. “las personas pueden definirse a sí mismas como pacientes, o definen a otro, normalmente un miembro de la familia, como paciente. Si definen a otra persona como paciente, se presentarán a sí mismos como individuos compasivamente preocupados por alguien que está enfermo, o como víctimas de una persona malvada.
2. el cliente puede asumir que el problema es manifiestamente doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien el estado de cosas es indeseable pero no incómodo en exceso y no se necesita un cambio, o por lo menos, no con urgencia.
3. las personas pueden manifestar una postura pesimista con respecto a la solución del problema, o bien manifestarán que el problema, aunque difícil, puede ser afrontado.
4. en cuanto a la terapia, los pacientes pueden asumir cualquiera de éstas tres posturas: se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta; a la inversa, toman a su cargo activamente el

tratamiento, utilizando a terapeuta como caja de resonancia pasiva; o bien buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta.

5. en lo que a su actividad se refiere, los pacientes consideran que el proceso terapéutico o bien requiere unos debates y una intuición considerables o bien exige determinada acción por su parte.

6. en cuanto a los valores personales, algunos pacientes se ven a sí mismos como algo extraordinario, que se eleva por encima de las circunstancias corrientes, y por lo tanto, se sienten motivados por un desafío, por un riesgo. Otros, temen destacar y se echarían a temblar ante un desafío, pero agradecerían una tarea que fuese aparentemente pequeña y discreta. Algunos individuos señalan que se consideran a sí mismos responsables o serviciales, y se sentirán motivados por tarea que impliquen sacrificio personal, siempre que sean constructivas”.

Desde el primer contacto con el paciente, el terapeuta busca obtener información que sea de utilidad para resolver el problema que se reporta. Aún cuando muchas veces ese primer contacto se da en el marco de una llamada telefónica en la que el paciente solicita la atención y se fija la cita, es hasta la entrevista inicial en la que se tiene una verdadera oportunidad de recoger información esencial sobre el caso. Algunas veces, los clientes reportan no sólo uno sino varios problemas, en estos casos lo mejor es jerarquizar, para lo cual se puede preguntar al cliente: ¿cuál de los problemas quiere arreglar primero?, y entonces el problema priorizado será el foco de la terapia.

Una vez que el problema ha sido definido claramente, es importante identificar qué es lo que la persona ha hecho para tratar de solucionarlo, de modo que el terapeuta estará explorando las soluciones intentadas, mismas que serán el “blanco de la terapia” en el sentido de que señalan qué es lo que no se debe de

hacer puesto que esto ha probado no tener éxito. El terapeuta puede decir: “dígame, ¿cómo ha estado tratando de...? (por ejemplo, hacer que su hijo ordene su cuarto, usted se sienta menos ansioso ante los exámenes, etcétera)”.

La terapia breve pretende influir sobre el cliente de modo que su dolencia originaria se solucione a satisfacción de éste. Dicho objetivo puede conseguirse por dos vías: impidiendo que el cliente o quienes le rodean lleven a cabo una conducta que permita la perpetuación del problema, o, en los casos adecuados, rectificando la opinión del cliente acerca del problema de modo que ya no se sienta perturbado ni en la necesidad de continuar bajo tratamiento.

En esencia las intervenciones son un medio para interrumpir la solución previamente ensayada por los pacientes y según Fisch, Weakland y Segal, (1985) y existen dos grandes categorías de intervenciones planificadas:

- 1) Las intervenciones principales (dentro del contexto formado por cinco intentos básicos de solución que suelen observarse en la práctica clínica)
- 2) Las intervenciones generales. Pueden usarse en casi cualquier momento del tratamiento, y son lo bastante amplias como para usarse en una amplia gama de problemas.

Las intervenciones principales se utilizan una vez que el terapeuta ha recogido los datos suficientes y se han integrado en un plan del caso. Cada una de las intervenciones está orientada a lograr un cambio que contrarreste o bloquee la solución intentada. Según Ochoa (1995), la denominación de cada intervención viene rotulada por el intento de solución del paciente o familia y de acuerdo con según Fisch, Weakland y Segal, (1985), tenemos:

- El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. El paciente padece una dolencia que lo afecta a él mismo y no a otra

persona; se trata de problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico (cuyo nivel de funcionamiento en estas actividades es fluctuante), problemas del apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter, obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria. Por lo anterior, el paciente potencial define dichas fluctuaciones como problema y toma voluntariamente determinadas medidas para corregirlas y evitar su aparición

- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Esencialmente el intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación.
- El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Las personas aquejadas por este tipo de problemas ensayan la siguiente solución: sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respeto a conductas concretas y, lo que es todavía más importante, exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la deferencia que piensan que se les debe. En pocas palabras, la solución ensayada asume la forma de exigir a la otra persona que los trate como si fuesen superiores.
- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Esta es la solución que tiene lugar en todos aquellos problemas en los que el sujeto A pide al sujeto B que realice algún acto o tome alguna decisión, y cuando B se resiste a la solicitud A trata de contrarrestar la resistencia de B señalando que lo que ha pedido es algo perfectamente justo o razonable. Entonces: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que esté pidiendo tal sumisión.

- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. Para esta clase de problemas, por lo general, hay quien sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que éste responda mediante una negación de las acusaciones y una autodefensa. Desafortunadamente, la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continúa con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente.

En lo relativo a las intervenciones generales, estas pueden emplearse cuando las intervenciones específicas no han logrado el resultado esperado y se pueden usar bajo el marco de cualquier modelo terapéutico y en una amplia gama de problemas.

2.3.4. Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones

Este modelo se caracteriza por su estilo conversacional por lo que las preguntas empleadas en el diálogo orientado hacia las soluciones son una herramienta esencial para co-construir con el paciente los cambios que éste desea que ocurran y que muy probablemente ya están ocurriendo desde antes de la primera sesión.

El modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología, y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades; centra su atención en el cliente y crea expectativas de cambio (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1990) y entre sus precursores, los más influyentes fueron Milton Erickson y las ideas derivadas de la Clínica de Terapia Breve del Mental Research Institute.

En particular, Erickson fue una figura importante y de gran influencia en la Terapia Breve Centrada en las Soluciones, principalmente por el “enfoque de utilización”

(O'Hanlon, Weiner-Davis, 1990) que consiste en que el terapeuta emplee todo lo que el cliente lleva a la terapia, incluso lo que parecieran elementos que pudieran obstaculizarla como los síntomas, las creencias rígidas, la "resistencia", etc., de modo que tengan una aplicación como parte de la solución. Además, Erickson sostenía que era fundamental que los terapeutas capitalizaran todo lo que los pacientes llevaban a la terapia: su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y recursos, su sentido del humor y sus conductas no verbales. Todo esto, es de utilidad para emplearlo en las entrevistas y en la construcción de las tareas terapéuticas (Selekman, 1996).

De acuerdo con Selekman (1996), el modelo fue construido por de Steve Shazer y sus colegas con base en el supuesto básico de que todos los pacientes cuentan con las fuerzas y los recursos para cambiar y con la idea de que ningún problema sucede todo el tiempo, es decir, de que hay excepciones a la regla. Según este enfoque, se capitalizan las fuerzas y los recursos de los clientes haciéndolos participar en "conversaciones sobre el cambio". De Shazer y su equipo descubrieron que este tipo de actividad terapéutica producía cambios rápidos en las creencias y conductas de los pacientes. Como Erickson, de Shazer y sus colegas utilizaron el futuro para co-construir soluciones hipotéticas con los pacientes.

Por otro lado, algunos de los principios básicos del Modelo de Terapia Breve Centrada en los Problemas se pueden considerar como antecedentes de la terapia orientada hacia las soluciones (O'Hanlon, Weiner-Davis, 1990). Del Modelo Centrado en los Problemas, se recupera en particular la idea de que es posible que el cambio ocurra rápidamente. Sin embargo, el grupo de Milwaukee en el Centro de Terapia Familiar Breve, a diferencia del equipo del MRI, dejó de centrarse en la identificación de los patrones de interacción en torno a la queja y puso mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. Es decir que la Terapia Breve Centrada en Soluciones no se interesa en cómo surgieron los problemas ni incluso en cómo se mantienen, sino que se ocupa de cómo se resolverán.

Para este modelo, es importante mantener las presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta con base en premisas que se centran en los recursos y las posibilidades que por fortuna, ayudan a crear profecías autocumplidoras. Según de Shazer, (1986), O'Hanlon y Weiner-Davis, (1990) , Lipchik (2004) y Selekman (1996), las premisas a considerar son:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para cambiar y resolver sus quejas. Este es el supuesto esencial de este modelo y es conveniente no perderlo de vista. De acuerdo con esta visión, todas las personas disponen de habilidades y recursos que pueden emplearse para la solución de sus quejas. Por su parte, afirma que es más probable que los pacientes cooperen y cambien en un contexto terapéutico que saque a relucir sus fuerzas y recursos y no en un contexto centrado en los problemas y en la patología.
- La resistencia no es un concepto útil. El concepto de resistencia es una idea que puede obstaculizar el trabajo del terapeuta. Desde este enfoque terapéutico se busca centrarse en la cooperación entre terapeuta y cliente.
- La cooperación es inevitable. Con base en el supuesto anterior, se entiende que los pacientes que llegan a consulta tienen el deseo de cambiar y para ello ofrecen distintas formas de cooperar en el proceso terapéutico. El terapeuta debe estar atento del estilo de cooperación del cliente para usarlo en beneficio de este en el logro de sus objetivos.
- El cambio es constante. Según este modelo, la estabilidad es una ilusión, por lo que el cambio es inevitable.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio. El terapeuta ayuda a crear una realidad determinada a través de las preguntas que se

plantean, de los temas que se destacan y de los que se deciden ignorar. El terapeuta se centra y amplía lo que parece ser de utilidad y está funcionando al cliente.

- Cada cliente es único. “Esta proposición se relaciona con la teoría de que los sistemas vivientes (clientes) están determinados por su estructura. Cuando los terapeutas centrados en la solución tienen esto en mente, resisten mejor la tentación natural de creerse conocedores de la solución para el problema de un cliente dado porque se trata de una solución que funcionó en un caso similar o les ha sido útil en su vida personal. Así como cada cliente es único, también lo es cada relación. No queremos decir con esto que la experiencia profesional o personal no tenga cabida en la terapia. Sin embargo, sólo deberíamos recurrir a ella después de haber empleado todos los medios a nuestro alcance para ayudar al cliente a acceder a su propia información, y aun así de manera cautelosa, diciendo, por ejemplo: “A algunas personas les ha resultado útil...” o “Si estuviera dispuesto a considerar... ¿cree que podría ser útil?” (Lipchik, 2004, pág.46)
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja. Normalmente cuando los terapeutas cuentan con demasiada información sobre la queja, es probable que se sientan atascados. Es de más utilidad tener más información acerca de la solución.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla. Este modelo no trabaja con hipótesis acerca de la función o mantenimiento de los síntomas (quejas), ya que es probable que estas sólo den luz sobre cómo es que se mantiene el problema y no sobre su solución. Además, de que es de más utilidad investigar con detalle los cambios de conducta que se relacionan con las excepciones pues los problemas no se presentan todo el tiempo.

- Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema. Según este supuesto, “el cambio es contagioso” y el cambio que se inicia en una parte del sistema produce a su vez cambios en otra parte del sistema. Una diferencia principal entre la terapia breve y otros modelos reside en que la idea de quienes practican la primera saben que por más tremenda y compleja que sea la situación, un pequeño cambio en la conducta de una persona puede generar diferencias profundas y de largo alcance en la conducta de todas las personas involucradas.

- Los clientes definen los objetivos. Los clientes identifican los objetivos que desean conseguir con el tratamiento aún cuando la identificación de los problemas es una co-creación entre cliente y terapeuta. La tarea del terapeuta es negociar soluciones accesibles y objetivos de tratamiento que sean realistas.

- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos. Como en este tipo de terapia la intervención y orientación hacia la solución inicia desde la primera sesión, no toma muchas sesiones resolver la queja. En general la duración del tratamiento es inferior a las diez sesiones.

- No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos. Se toman en cuenta los puntos de vista de los clientes que ofrecen una salida a su problema mientras que son útiles, y no se emplean los puntos de vista que parecen obstaculizar la solución.

- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable. Esta terapia se centra en los aspectos de la situación que son más susceptibles de cambio, teniendo en cuenta que un cambio

positivo puede producir un efecto en cascada que promueva cambios positivos más amplios y a veces inesperados por los clientes.

Las técnicas de intervención de este modelo son congruentes con sus supuestos básicos y están centradas en destacar y utilizar los recursos y habilidades de los clientes. Además, normalmente la forma de obtener dicha información es mediante una conversación en la que el terapeuta se centra en las ocasiones en las que no ocurre la queja. A continuación se mencionan las técnicas empleadas por los Terapeutas Orientados en Soluciones (Seleckman, (1996):

- Preguntas presuposicionales. Las preguntas presuposicionales presumen algo sin afirmarlo directamente, y en la intervención terapéutica se pueden emplear para amplificar los cambios y excepciones previos al tratamiento, convencer al clientes de la inevitabilidad del cambio, descubrir el objetivo del paciente y co-crear con éste una realidad futura libre de problemas. Las preguntas presuposicionales están diseñadas para funcionar como “intervenciones”, puesto que haciendo un cuidadoso uso del lenguaje, se intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndose hacia las soluciones.
- Preguntas presuposicionales de cambio previo a la primera sesión. Este tipo de preguntas suelen plantearse al cliente casi al inicio de la primera sesión, con la finalidad de detectar excepciones a la queja, o cambios que se originaron antes de que la terapia comenzara.
- Preguntas centradas en la excepción. Las excepciones, es decir, las veces en las que el problema no ocurre, se pueden identificar ya sea en pensamientos, creencias, sentimientos o pautas de conducta útiles para el cliente en su búsqueda de solución. Estas excepciones, amplificadas por el terapeuta, sirven de bloques para construir la solución. Cuando se ha agotado esa excepción al marcarla, ampliarla y atribuir el control al

paciente, el terapeuta nuevamente elicitará nuevas excepciones mediante una conversación centrada en las soluciones.

- Pregunta del milagro (o preguntas de avance rápido). La pregunta por el milagro con frecuencia genera excepciones útiles y permite establecer los objetivos del tratamiento. La pregunta por el milagro fue ideada por de Shazer a fin de ubicar a los clientes en una realidad futura exenta de problemas. La pregunta es de particular utilidad para construir con los clientes los objetivos del tratamiento, que sean alcanzables a la vez que relevantes. Por otro lado, la pregunta del milagro permite obtener del cliente una descripción detallada de lo que sería el resultado ideal una vez solucionado su problema.

- Pregunta de escala. Las preguntas por escala sirven para obtener una medición cuantitativa de la queja antes del tratamiento y en el presente; además de que permite saber en dónde desearían colocarse los miembros de una familia en el futuro (p. ej. en una semana). Esta categoría de preguntas es una valiosa herramienta para determinar el objetivo y mantener claro el foco durante el curso de la terapia.

- Tarea de fórmula de la primera sesión. Fue diseñada para centrar la atención del cliente en el futuro y para crear expectativas de cambio. Reorientar a la persona o familia a fijarse en las cosas buenas de su situación y a observar más las cosas que van bien; parece producir aun más cosas positivas.

- Tarea de la sorpresa (para parejas o familias). Esta tarea introduce elementos impredecibles en la relación alterando las pautas de interacción, mientras que fija la atención de los clientes en nuevas (y más positivas) conductas.

Además de las técnicas recién mencionadas, la Terapia Breve Centrada en Soluciones hace uso de otras estrategias que son muy útiles en la práctica terapéutica y que pueden emplearse en distintos momentos de la terapia:

- Normalizar y despatologizar Una de las directrices generales que son guía durante la sesión es considerar a la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).
- Uso de los elogios Según de Shazer, (1987) el elogio es una intervención que da los primeros pasos en una dirección a una "disposición afirmativa".

Cuando se han alcanzado los objetivos del tratamiento, es el momento de dar por terminada la terapia, destacando la idea de que se ha completado algo.

2.3.5. Modelo de Milán

Este modelo surge en Milán Italia a principios de la década de los setenta del siglo pasado y sus iniciadores fueron Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata. Este grupo, se separó del psicoanálisis y su trabajo se encuadra dentro de la epistemología sistémica y fundamenta sus ideas en los modelos de la cibernética y la pragmática de la comunicación humana. Quizá esto se debió a que Selvini estuvo influida por la terapia breve y en particular por su acercamiento al Mental Research Institute (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998; Bertrando y Toffanetti, 2004).

Su primer libro publicado es *Paradoja y contraparadoja* que salió a la luz en 1975, en donde se define como su objetivo principal la investigación de las *raíces relacionales* de los grandes trastornos mentales y se describen una serie de "patrones rígidos y repetitivos de interacciones familiares", definidos como "juegos" (Bertrando y Toffanetti, 2004). En este texto se plantean los supuestos básicos del

modelo, así como sus ideas e intervenciones más importantes, aunque posteriormente cuando el grupo de Milán se dividió, surgieron propuestas independientes de sus integrantes.

Uno de los supuestos básicos del modelo de la escuela de Milán es el concebir al sistema familiar como predominantemente cambiante, no estático; esto significa que a través del tiempo las reglas que regulan las interacciones en la familia se modifican adecuándose a las demandas propias del sistema y de su entorno siempre cambiantes. Cuando esa modificación no tiene lugar, es decir, cuando hay una tendencia rígida que repite una y otra vez las soluciones que mantienen la homeostasis, se bloquea la capacidad de transformación de las familias y entonces el sistema adopta modos patológicos de relación y surge el síntoma (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998).

Dentro del trabajo terapéutico, se considera como un primer objetivo el realizar una evaluación que permita conocer el juego familiar, determinando el sistema de relaciones, creencias y valores de la familia así como el papel del síntoma en el sistema relacional. Siendo que el objetivo último es justamente modificar el juego, cambiándolo por otro menos perjudicial.

Por mucho tiempo el grupo de Milán organizó su trabajo terapéutico de modo que una pareja heterosexual de terapeutas brindaba la atención en coterapia, mientras que el resto del grupo permanecía detrás del espejo observando y haciendo el análisis de lo que ocurría durante la sesión, además de que intervenía durante ella. Esta división del equipo correspondía a una intención de equilibrar las posibilidades de alianza con los consultantes según el género (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1998).

El trabajo de intervención terapéutico en la escuela de Milán comienza desde el primer contacto que tiene el solicitante de la atención con el terapeuta, lo cual suele ocurrir durante la entrevista telefónica. Esto es importante de destacar

puesto que antes del primer encuentro con la familia, el equipo de terapeutas deberá tener una reunión en donde se discuta la información recogida durante la entrevista telefónica y se generen hipótesis que guíen el actuar de los terapeutas en el contacto cara a cara con los consultantes.

Esto nos lleva a detallar la forma que suelen tomar las sesiones, puesto que como ya se mencionó, el trabajo terapéutico inicia aún antes de que el primer encuentro entre los terapeutas y la familia tenga lugar. Según lo expuesto en *Paradoja y Contraparadoja (1998)*, cada sesión suele estar conformada por cinco partes:

1. La presesión. En esta parte de la sesión, los terapeutas se reúnen para leer la ficha de la entrevista telefónica o el acta correspondiente a la sesión previa.
2. La sesión. Los terapeutas se reúnen con la familia y se interesan por realizar solicitudes de información, a la vez que están atentos al estilo interaccional de la familia y al modo en que la información se revela.
3. La discusión de la sesión. En esta etapa los terapeutas se reúnen nuevamente sin la familia con el fin de discutir el desarrollo de la etapa previa de la sesión.
4. La conclusión de la sesión. Los terapeutas encargados de conducir la sesión frente a la familia vuelven a la sala de terapia para dar conclusión a la sesión, normalmente mediante un breve comentario o una prescripción.
5. El acta de la sesión. Esta quinta parte, implica una nueva reunión de los terapeutas sin la familia consultante para discutir las reacciones generadas con el comentario o la prescripción y para realizar nuevas hipótesis, así como hacer la redacción del acta que incluya los elementos esenciales que den una idea de lo ocurrido.

Como nos podemos dar cuenta, el trabajo bajo este modelo está continuamente orientado por las hipótesis que son establecidas considerando el posible papel del síntoma dentro del sistema, las alianzas y coaliciones dentro de la familia, así como la actuación e influencia que tienen tanto la familia extensa como las instituciones implicadas. El destacar la importancia de la generación y comprobación de hipótesis nos lleva directamente a hacer una revisión de tres principios empleados por este modelo; y tales principios tienen su punto de partida con la generación de hipótesis (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

Hipotetizar es uno de los principios que emplea el modelo del Milán y hace referencia a la generación de hipótesis por parte del terapeuta con base en la información que tiene sobre la familia consultante. Estas hipótesis no buscan llegar a constituir una “verdad” definitiva sobre la situación de la familia, sino que más bien funcionan como presunciones que continuamente se ponen a prueba y para tal efecto, se hace uso del principio de circularidad (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980; Bertrando y Toffanetti, 2004)

La circularidad se refiere a “la capacidad del terapeuta para conducir su investigación con base en la retroalimentación que la familia le da, en respuesta a la información que el solicita acerca de las relaciones, acerca de las diferencias y acerca del cambio” (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980, pág. 6), y en este contexto, y a partir de establecer y exponer la relación entre los actos y las creencias de los miembros de la familia y su influencia mutua, el terapeuta tiene la responsabilidad de movilizar esta información con lo que se posibilita que el sistema cambie o se reestructure (Penn, P., 1982).

El tercer principio es el de neutralidad, y se refiere a la posición del terapeuta respecto a la familia, y en este modelo, el terapeuta deberá mantenerse imparcial, dar igual oportunidad de participación a cada miembro de la familia dentro de la sesión, así como evitar alianzas permanentes y emitir juicios. El terapeuta tendrá

que mantenerse en una actitud de constante curiosidad y estar atento de su propia inserción en el juego familiar, de modo que se facilite el que la información fluya y exista retroalimentación (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980; Bertrando y Toffanetti, 2004). La entrevista circular, es una de las más importantes aportaciones de este modelo a la terapia familiar y obedece los principios de hipótesis, circularidad y neutralidad. Y todas las preguntas sirven para confirmar, refutar y generar nuevas hipótesis.

Aún cuando la terapia se orienta a producir un cambio a partir de liberar a la familia de la rigidez de sus estilos interaccionales y de comunicación, el terapeuta ha de mantener una actitud de no directividad con respecto al cambio. Incluso, sus intervenciones parecen alentar la permanencia del juego familiar. A continuación se describen brevemente sus intervenciones principales (Ochoa, 1995):

1. Intervenciones cognitivas. Con ellas se busca modificar la percepción que cada miembro de la familia tiene de sí en relación con el síntoma.
 - a) *Redefinición*. Se presenta el síntoma desde un marco conceptual diferente.
 - b) *Connotación positiva*. Este término surgió por la necesidad de llegar a una prescripción del síntoma sin que existieran contradicciones (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980) y el síntoma es presentado como debido a “buenas razones” por parte del paciente identificado, resaltando la cohesión familiar.

2. Intervenciones conductuales.
 - a) *Prescripciones directas*. Se emplean para consolidar transformaciones logradas a partir de intervenciones previas.
 - b) *Prescripciones paradójicas*. Prescribe la secuencia que se busca cambiar connotándola positivamente.

3. Prescripciones ritualizadas. Se realizan prescribiendo la misma secuencia de interacción que se pretende cambiar introduciendo nuevas reglas sin dar explicación de ello.

a) *Rituales*. Según la definición del grupo de Milán un ritual es “una acción o una serie de acciones, combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia” y se requiere para su elaboración de la observación minuciosa y del esfuerzo creativo para su prescripción (Selvini M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., 1980, pág. 109). Con el ritual se pretenden introducir nuevas normas que sustituyan las que mantienen el síntoma y suele ser impactante debido a que actúa a un nivel analógico, incluso por ello se evita dar explicaciones adicionales a la prescripción del ritual.

b) *Tarea ritualizada por días impares*. Esta tarea consiste en la prescripción de dos conductas adoptadas por la familia, pero que se caracterizan por ser contradictorias. Una de tales conductas se prescribe para su realización los días 1, 3, 5, etc., mientras que la otra tendrá que llevarse a cabo los días 2, 4, 6, etc.

c) *La prescripción invariable*. Esta está orientada a hacer una separación de los subsistemas, debido a la presuposición de que en los casos de esquizofrenia, esta se mantiene por una falta de clarificación en los límites intergeneracionales.

Con estas intervenciones y según sus ideas y postulados rectores, esta terapia funciona como una terapia breve-larga, por el número de sesiones (un máximo de diez sesiones) con largos intervalos entre cada una de ellas. Este modelo, retoma las ideas fundamentales de Bateson y la cibernética, lo cual es evidente por su

insistencia en realizar preguntas/intervenciones circulares que buscan un cambio en la secuencia sintomática que se presenta en el sistema familiar.

2.3.6. Terapias Posmodernas

Antes de abordar las distintas terapias posmodernas, conviene revisar un poco lo que significa e implica el posmodernismo, puesto que esta posición distinta al modernismo es lo que da forma y sentido a las terapias mencionadas.

En primer lugar, el término posmodernismo incluye el trabajo y las ideas de varios autores que buscan *liberarse* del pensamiento moderno que ata a la razón, a la búsqueda de verdades y objetividades. El posmodernismo no cree que exista una razón todopoderosa que mediante su expresión en el lenguaje represente al mundo. Como ya revisábamos en este mismo capítulo, las ideas del construccionismo social (que son la simiente de las terapias posmodernas) afirman que el saber es construido por consenso en un intercambio social, y por lo tanto, está ligado a las circunstancias del grupo que genera ese saber, a sus condiciones políticas, históricas, culturales, geográficas, económicas y hasta religiosas; solo por mencionar algunas de las condiciones que dan configuración a la vida de las personas y que les influye directamente.

Desde un enfoque posmoderno, podemos afirmar que las personas mediante el intercambio social, en conversación, construyen ideas, conceptos, mitos, historias, relatos y hasta recuerdos. Así es que la posesión de *la verdad* queda inalcanzable, pues existen tantas verdades como individuos que en colaboración con otros han construido explicación y saber de sí mismos y de su entorno.

A continuación se presenta una revisión de las Terapias Posmodernas, destacando los aspectos más relevantes de cada una de ellas.

- **Terapia Narrativa**

La terapia narrativa es representada principalmente por Michael White y por David Epston. Ambos iniciaron su formación en disciplinas distintas a la terapia familiar, White, por ejemplo inició su carrera como asistente social y posteriormente comenzó a interesarse por la aproximación sistémica, el trabajo de Bateson y la psicoterapia. Posteriormente comienza a estudiar las ideas de Michael Foucault sobre la relación entre conocimiento y poder, que son una influencia relevante para todo su desarrollo teórico y práctico dentro de la terapia. Además, otras influencias relevantes fueron Erving Goffman, Jaques Derrida y Gergen (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Por su parte, la formación académica de Epston se encuentra en la sociología de la medicina y después comenzó a interesarse por la antropología, los estudios etnográficos y transculturales; estos intereses que a primera vista pueden parecer ajenos o por lo menos distantes de la práctica terapéutica influyeron directamente en su forma de hacer terapia, y de concebirla fuera del modelo médico y de la idea de enfermedad (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Este modelo de terapia, pugna por una relación de horizontalidad entre el terapeuta y la persona. Nótese que no se habla de cliente, ni de paciente como en el modelo médico, sino consultantes, justamente para eliminar las implicaciones de posiciones jerárquicas entre quien acude a terapia y quien le asiste. Bajo este enfoque, se reconoce que la persona es experta en su vida y por lo tanto sabe más de ella que el terapeuta, quien tendrá que mantener una escucha atenta y respetuosa ante los relatos (inicialmente saturados del problema), además de mantener siempre una curiosidad que sirva para abrir camino a la reescritura de tales relatos.

En el ejercicio de relatar nuestra vida, reestructuramos y damos significado a los eventos de los que hablamos; de modo que esta narración representa solo

parcialmente la experiencia total que como individuos tenemos. Sin embargo, esta historia que nos contamos y contamos a otros, se convierte en la “historia oficial” de nuestra vida y a decir de este modelo, se elabora nuestra *historia dominante* que es lo que define nuestra identidad. Cuando las personas llegan a solicitar terapia, su *historia dominante* se encuentra *saturada del problema*, por lo que en el relato aparecen destacados los episodios más grises y desagradables, pero el terapeuta narrativo asume desde el primer momento que esa es una parte de la historia (Bertrando, Toffanetti, 2004; Payne, 2002).

De acuerdo con Payne, (2002), a partir de esa historia dominante (o descripción rara), la terapia narrativa se habrá de centrar poco a poco en lo atípico, en esos acontecimientos extraordinarios que cuestionan la irrefutabilidad del relato “oficial” y con ello se busca engrosar una historia menos saturada del problema. El terapeuta narrativo, suele dar importancia a los relatos inusuales y especula sobre las nuevas posibilidades; así, se invita a la familia a que cuestionen y resignifiquen aspectos de su historia. Esta resignificación se realiza mediante un método deconstructivo, que implica poner en entredicho realidades y prácticas que se viven como “naturales” y que forman parte de las “verdades” que no se cuestionan en lo cotidiano. A decir de White (2004), al objetivarlas, se hacen extrañas esas realidades y prácticas familiares y a esto, los etnógrafos le llaman “volver exótico lo doméstico”.

Parte de esa resignificación se realiza en primer lugar mediante la asignación de un nombre al problema o *bautizar el problema* con la finalidad de que se le ubique –al problema- fuera de la persona, como una forma de darle concreción y de posibilitar su externalización (Payne, 2002).

Cabe mencionar que la asignación de un nombre al problema es solo una de las formas para situarlo fuera de la persona consultante, porque en realidad, todo el lenguaje del terapeuta narrativo busca transmitir la idea de que el problema “afecta” la vida de la persona en vez de formar parte de ella y viceversa, que la

persona puede tener un efecto sobre la vida del problema. Además, el uso cuidadoso del lenguaje del terapeuta para reafirmar la externalización se realiza en todo el proceso terapéutico, no solamente durante la primera sesión.

Cuando se ha logrado una externalización, el problema es algo que se puede combatir e incluso se convierte en un personaje contra el cual luchar. Y seguramente existen en la historia de la persona una serie de eventos aislados que prueban que no todas las batallas han sido ganadas por el problema. Una vez que se llega a este punto en el que el problema ha sido nombrado y con la finalidad de identificar la relación de mutua influencia entre el problema y la persona se emplean las preguntas de influencia relativa.

Las preguntas de influencia relativa comprenden dos tipos de preguntas, el primero de ellos se refiere a todas las preguntas que indagan sobre la influencia que el problema ha tenido y tiene en la vida de la persona y el segundo incluye a las preguntas que investigan sobre la influencia que la persona ha tenido y tiene en la vida del problema (White, 2004; White, Epston, 1993; Payne, 2002). Estas preguntas propician el vislumbrar un panorama distinto al planteado inicialmente dentro del relato saturado del problema, pues aparecen de forma *tangible* las debilidades del problema, así como los *trucos* que emplea para someter a la persona, y por otro lado destaca los recursos de la persona sobre el problema.

Como durante todo el proceso terapéutico se toman eventos extraordinarios del pasado, y del presente en donde el problema es evadido o vencido, también entra en juego la posibilidad de generar perspectivas alternativas en las que se encuentra una vida libre del problema.

Las preguntas de influencia relativa se basan en dos elementos fundamentales a considerar que aportan el material que permite que se engrosen las historias alternativas. Esos dos elementos se refieren al *Panorama de Acción* y al *Panorama de Consciencia*. Con las preguntas orientadas al panorama de acción

se busca la identificación de logros aislados en el pasado o en el presente (y con base en ello se proyectan logros al futuro) y con las preguntas orientadas al panorama de consciencia el objetivo es lograr que las personas reflexionen y asignen significados a los hechos que se dan en el panorama de acción (White, 2004).

En su libro *Guías para una Terapia Familiar Sistémica*, Michael White propone una clasificación de preguntas que se enlistan a continuación y que en términos generales, están orientadas al mismo fin, que es que mediante la identificación de logros aislados se consiga engrosar las historias alternativas en las que la vida de la persona no se encuentra saturada por el problema y en donde se permita que la persona identifique sus recursos para combatirlo y hacerle frente.

Clasificación de preguntas.

- Preguntas sobre logros aislados. Son preguntas que estimulan a la familia a distinguir las intenciones y acciones que ponen en entredicho la descripción saturada del problema de la vida familiar.
- Preguntas relativas a la explicación única. Este tipo de preguntas invitan a los miembros de la familia a dar un sentido a los logros aislados y estos logros se buscan conectar con otros hechos en una línea temporal que reestructure la historia.
- Preguntas relativas a la descripción única. Mueven a la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas a partir de una redescrición de sí, de los demás miembros de la familia y de sus relaciones.
- Preguntas sobre posibilidades únicas. Estas preguntas impulsan a la familia pensar sobre su futuro y de sus relaciones. Los anima a explorar otros

destinos para sí, otras posibilidades futuras y las tareas necesarias para llegar a esas metas.

Las preguntas planteadas en la terapia narrativa favorecen un nuevo entramado de hechos y significados en donde se hayan implicados otras personas y sistemas significativos para la familia consultante que solicita asistencia terapéutica. Es importante que esos otros implicados se hagan presentes en la terapia (dado que los significados son construcciones sociales), ya sea que acudan a las sesiones o bien, su presencia se puede lograr mediante las preguntas que los involucra en tanto participantes o testigos de las historia que paulatinamente se engrosa con eventos extraordinarios, lejanos a la descripción saturada del problema.

Es importante precisar, que las preguntas aquí mencionadas no son planteadas en un orden rígido y preciso a lo largo de las sesiones. Coherente con la postura construccionista, el terapeuta narrativo acompaña la narración de la persona que solicita la terapia y en función de ella y dentro de un diálogo, es que se eligen las preguntas que se consideran pertinentes, para encaminarse a vislumbrar otras posibilidades que hasta el momento parecían ocultas, en la historia y en los recursos; de modo que la persona logre una *agencia personal*.

Además del uso del lenguaje externalizante, las preguntas de influencia relativa y el nombrar al problema, otra de las herramientas fundamentales que se emplea en el Modelo de Terapia Narrativa, es el uso de cartas en distintas modalidades. Epston en particular, acostumbra redactar una carta al final de cada sesión que de alguna manera la resume y que es a la vez, la “historia clínica” de la familia. Una copia de esta carta se entrega a la familia y la otra queda en posesión del terapeuta, de modo que tal historia clínica es compartida tanto por quienes solicitan la terapia como por el profesionalista; con

esto se logra reafirmar la horizontalidad en la relación terapéutica (White, Epston, 1993).

White y Epston, (1993) proponen una serie de documentos terapéuticos, con distintos fines. A continuación comenzaremos con una descripción de algunas modalidades de cartas y sus usos sugeridos:

- Cartas de invitación. Como su nombre lo dice, son cartas que se utilizan para invitar a la sesión siguiente o las subsecuentes de la terapia a algún miembro de la familia o alguna otra persona, cuando se estima pertinente incluirla en la terapia.
- Cartas de despido. Estas son cartas en las que se despide a una persona de las funciones que venía desempeñando.
- Cartas de predicción. Estas cartas se emplean frecuentemente al término de la terapia, y en ellas, con autorización de la persona, el terapeuta realiza una predicción sobre la situación que prevalecerá en la vida de quien solicita la terapia para un “futuro cercano”; o sea dentro de un plazo de seis meses. Esta carta se coloca dentro de un sobre y es entregada con la finalidad de que sea abierto el sobre hasta la fecha señalada.
- Cartas de contraderivación. Estas cartas se envían al profesional o instancia que derivó a las personas a consulta. En estas cartas se emplea un lenguaje despatologizante que se aparta del uso de etiquetas y diagnósticos y en donde se reportan los avances alcanzados.
- Cartas de recomendación. Estas son cartas con una intención similar a las cartas de recomendación que se emplean en el

mundo laboral; se emplean para destacar las habilidades, logros y cualidades de las personas en el manejo o realización de tareas específicas; y están dirigidas a testigos importantes que en algún momento hayan expresado la incredulidad sobre las capacidades de la familia que acude a terapia.

- Cartas para ocasiones especiales. Estas son redactadas para el uso de la persona que solicita la terapia en alguna ocasión especial, por ejemplo, en una ceremonia.
- Cartas breves. Son cartas cortas y sintéticas, cuyo objetivo principal es realizar un reconocimiento al destinatario de su presencia en el mundo.
- Reflexiones postsesión. En estas cartas, el terapeuta redacta ideas, reflexiones o preguntas que se le ocurren luego de que la sesión ha terminado.
- El terapeuta necesita ayuda. En ellas, se expresa la confusión que el terapeuta experimenta y por ello solicita el apoyo de la familia para desvanecer en algo sus dudas.
- No asistencia. En estas cartas se pone al tanto de los descubrimientos realizados durante la sesión, a quien no asistió a ella. En la redacción de estas cartas, al ausente se le incluye dentro de las reflexiones destacando su participación en los acontecimientos extraordinarios identificados.
- Convocando un público. Se invita a la familia a dar a conocer sus logros a un público.

- Investigando la influencia. Se redacta (incluso con el uso de porcentajes), la influencia relativa que la persona tiene sobre el problema.
- Historiar. Con estas cartas se alienta a la persona a reflexionar sobre su historia e identificar en ella la lucha que ha realizado para combatir al problema, así como identificar los recursos que le han ayudado para lograr vencer.
- Desafiar las técnicas de poder. Se plantean reflexiones y preguntas que alientan a la persona a tomar medidas de desafío a las circunstancias que le mantienen en situación de sometimiento o subyugación.

Además de las cartas, se hace uso de otros documentos a los que White y Epston (1993) denominan *Contradocumentos*:

- Certificados. Es un documento que sirve de reconocimiento y da fe de los logros alcanzados en una situación o tarea específica. Se destacan las habilidades, competencias, y retos superados. Estos son redactados por el terapeuta.
- Declaraciones. De estas, quizá la más destacada es la elaboración de “Una declaración de Independencia” en donde la se declara libre del problema que le llevó a terapia. En ella, además se detallan las características del problema y las artimañas de las que se valió para hacer daño, así como las estrategias que la persona empleó para librarse de él y que en un momento determinado podría volver a usar. Se concluye con una afirmación en la que el problema es apartado de la vida de la persona.

- Autocertificados. Son documentos elaborados por la persona (a veces redactados en colaboración con el terapeuta) en el que se reconoce a sí misma los logros alcanzados.

Estos contradocumentos, así como los tipos de cartas antes descritas, son solo una muestra de las posibilidades que ofrece el uso de documentos escritos en la terapia. Desde este modelo, los terapeutas no tienen por qué ceñirse a un esquema determinado, sino más bien, se recomienda que se haga uso del estilo particular y creatividad, así como de las características singulares que cada persona plantea a lo largo del proceso terapéutico. Incluso, en la elaboración de documentos terapéuticos se evita cuidadosamente el uso de términos técnicos, grandilocuentes, patologizantes o etiquetas. En su lugar, se emplea un lenguaje claro y accesible, que además sea rico y refleje de forma cercana la experiencia de la persona y no del terapeuta (Payne, 2002); con lo que además, se mantiene una relación horizontal entre quien solicita la asistencia terapéutica y quien la ofrece.

“La terapia termina cuando la persona decide que su relato de sí misma es suficientemente rico para abarcar su futuro” Payne, 2002, pág. 34), y cuando la agencia personal se ha fortalecido y ubica a la persona como protagonista de su vida.

Finalmente, sobre este modelo hay que señalar que se reconoce que el papel del terapeuta no es apolítico, puesto que sus intervenciones tienen un impacto político, aunque a un nivel microsocioal, al desmitificar los discursos de frente a los individuos y sus familias. El terapeuta asume una postura política ante los dilemas que surgen en el proceso.

- **Terapia Colaborativa**

Este modelo de terapia está representado por Harlene Anderson y Harry Goolishian, quienes desarrollaron una forma de trabajo terapéutico orientado a la colaboración, y manteniendo congruencia con la postura filosófica del posmodernismo el terapeuta colabora con el cliente para la disolución de los problemas que son motivo de consulta. Es decir, que se busca una relación que tienda a ser menos jerárquica y más horizontal, democrática e igualitaria entre el terapeuta y el cliente.

De acuerdo con lo planteado por Anderson (1999), una de las características distintivas de su modelo es la posición de no-saber, que es la actitud terapéutica y la convicción de que el terapeuta no *sabe* cuál es la *verdad* sobre la historia del cliente y no trabaja mediante ideas preconcebidas o en un afán de establecer diagnósticos, rótulos o etiquetas que transmitan la idea de que algo debe ser arreglado. Más bien, se pretende crear con el cliente un espacio para facilitar un proceso en donde la narración problemática que el cliente vive como no manejable pueda ser transformada en trabajable.

La posición de no-saber requiere que el terapeuta se adapte continuamente al contexto, al flujo de la conversación y se mueva a ese ritmo. Por supuesto, esto no quiere decir que se asuma una actitud pasiva. El terapeuta y el cliente como colaboradores de una conversación, participan cada uno con su saber particular. El cliente es reconocido como experto en el contenido de su historia, las experiencias vitales y las situaciones que le llevan a solicitar la terapia, y el terapeuta es reconocido como experto en el proceso, es decir, en participar con el cliente en un proceso dialógico en el que se co-creará la disolución del problema.

Es importante enfatizar la idea de co-creación de la disolución del problema, en primer lugar, en lo referente a la co-creación, habremos de decir que desde este enfoque el terapeuta no asume un rol directivo, ni “edita” la historia del cliente, tampoco negocia, ni refuta o confirma como verdad una narración. El terapeuta

participa en una conversación como un compañero envuelto en un proceso de generación de sentido. Y es mediante este proceso de generación de sentido que el problema se disuelve.

Bajo esta perspectiva, los problemas no son algo que deba resolverse, puesto que estos son un asuntos a tratar en un discurso: “Un problema y el significado que le atribuimos no son sino realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas en el lenguaje” (Anderson, 1999 pág. 113). Por lo tanto, no podemos tener una definición objetiva y *verdadera* de la naturaleza y origen de un problema, podremos encontrar tantas definiciones de un problema como personas involucradas en el sistema, y de hecho es común que miembros de una misma familia al llegar a consulta expresen diferentes (y a veces opuestos) puntos de vista sobre un mismo asunto. A esto Anderson (1999), le llama *realidades enfrentadas*.

En estas realidades enfrentadas, la terapia no se orienta en calificar como verdadera o más verdadera una versión que otra. En estas circunstancias el terapeuta colaborativo como en cualquier otra en el proceso terapéutico, se muestra genuinamente interesado por la historia que narra cada uno de los miembros del sistema, con el reconocimiento de que ninguno es *el portador* de la verdad y cada uno desde el lugar que ocupa ofrece un panorama del problema según su propia percepción y vivencia. Los miembros del sistema expresan descripciones distintas, y a lo largo del proceso terapéutico tales descripciones cambian, como también cambian las explicaciones que dan y se dan a si mismos del problema que se disolverá en la terapia.

Los problemas se disuelven en el contar y recontar de las historias. La terapia se vuelve un espacio en donde se facilita la expresión de lo no dicho y surgen historias emergentes y cambiantes. El terapeuta facilita este proceso mediante la indagación, manteniendo todas las voces en movimiento y aportando sus saberes. Para ello, es necesaria una actitud abierta, respetuosa y honesta por parte del

terapeuta, para escuchar e implicarse en la narración del cliente; es decir, que la actuación del terapeuta tenderá a facilitar la *conversación dialógica*, que no es otra cosa que el proceso generativo mutuo en donde surgen nuevos sentidos.

Desde este modelo y para lograr los propósitos de la conversación dialógica, no existen técnicas como tales ni una estructura predeterminada de cómo ha de llevarse a cabo la conversación terapéutica. El diálogo es espontáneo y no hay una orden del día a seguir para la sesión como no sea colaborar con el cliente en su proceso de construcción de sentidos y disolución del problema. Anderson (1999), comenta que existen algunas ideas generales que orientan el trabajo colaborativo y que desde su punto de vista ofrecen buenos resultados para la terapia. Además, admite que estas ideas generales no son meramente producto de la genialidad terapéutica, sino que han sido aprendizajes que ha podido construir con sus clientes. Esas ideas generales, y consejos prácticos que posibilitan el trabajo colaborativo son:

- Los aspectos prácticos de una conversación terapéutica. Estos aspectos prácticos incluyen la disposición del espacio destinado a la terapia; para el enfoque colaborativo, es importante que el mobiliario y su distribución permitan la cercanía y sugieran la imparcialidad entre los implicados en la conversación. Anderson H. (1999), dice que prefiere no tomar notas pues al participar activamente en la conversación las notas distraen de la narración del cliente. Por otro lado, el arreglo de las citas y la obtención de información preliminar del problema y la familia, es preferible que sea directo entre el terapeuta y el cliente desde el primer momento.
- La posición del terapeuta de no-saber. Esta posición implica una actitud interpretativa que continuamente requiere de información para poder aprender más sobre la historia del cliente.

- Incertidumbre. Esto requiere “guardar” por un momento los discursos profesionales y personales dominantes y mantener una continua consciencia personal y de los clientes. Implica mantener una mente abierta ante las historias, los cuestionamientos y el surgimiento de lo nuevo e inesperado en el proceso.
- Humildad. Justamente la posición de no-saber lleva al terapeuta a colocarse en una actitud de interés por aprender de lo que el cliente tiene que decir, más que preocuparse por “instruir” según sus conocimientos o intereses.
- Confiar y Creer. Es importante confiar y creer en lo que los clientes dicen, pues la historia que relatan no está ahí para ser validada como cierta, sino para ser entendida a lo largo del proceso terapéutico.
- Hacer preguntas conversacionales. El terapeuta tiene que hacer preguntas que faciliten la expresión de la historia que el cliente desea contar.
- Mantener la coherencia. Esto implica involucrarse en la historia del cliente y dejarse guiar por el rumbo que toma sin pretender dominar la creación de futuras versiones, para ellos es necesario usar el lenguaje del cliente, su lenguaje, sus metáforas y ser curioso ante la historia que es contada en la terapia.
- Mantener la sincronía. Para lograr y mantener una sincronía en el proceso terapéutico, es necesario avanzar al ritmo del cliente participando, y colaborando en una conversación de mutua influencia en busca de la novedad, de la cocreación de la

novedad y de la construcción de sentidos que disuelvan los problemas.

- **Equipo Reflexivo**

El principal representante de este modelo es Tom Andersen quien en primera instancia, tuvo como mayor influencia en su formación terapéutica al modelo de Milán y participaba regularmente en los congresos y seminarios que organizaban Boscolo y Cecchin (Bertrando y Toffanetti, 2004)

El paso del uso del método de Milán a una nueva forma de intervención surgió en marzo de 1984, cuando durante una sesión en donde parecía que la familia consultante no se dejaba contagiar por el mensaje optimista del terapeuta, el equipo propuso que la familia los escuchara hablar sobre las especulaciones que tenían hasta el momento. Esta situación produjo en la familia una respuesta favorable que se vio reflejada en una actitud más animada (Andersen, 1984; Bertrando y Toffanetti, 2004)

Esta forma de trabajo innovadora en donde la discusión del equipo que “reflexiona” sobre la conversación sostenida durante la sesión se desarrolla en presencia de la familia es a lo que se le llama Equipo Reflexivo. Puesto que esta es una descripción simplificada de lo que ocurre con el trabajo del Equipo Reflexivo, a continuación se presentan algunas de las características principales de este modelo.

Desde este enfoque, la terapia no es una técnica que deba aplicarse. La terapia es un modo en el que el “terapeuta” participa en una relación con su cliente, aportándole algo inusual a éste. La relación terapéutica, muy al tono de la postura posmoderna, se entiende en una situación donde las jerarquías se desvanecen y existe una relación democrática e igualitaria en donde las participaciones de los

implicados tienen la misma importancia. Tom Andersen le llama a esto relación *heterárquica* (White, 2002).

Otra característica es que la conversación terapéutica hace su mayor aportación cuando durante la sesión se generan ideas o reflexiones que aportan novedad al discurso del cliente. Esta novedad generada representa una forma nueva de ver las cosas y una posibilidad para hallar una salida inusual a un contexto usual (Bertrando y Toffanetti, 2004)

Para que estas conversaciones terapéuticas generen un cambio, tienen que ser distintas de lo habitual, pero no demasiado. Si las conversaciones terapéuticas son demasiado diferentes es probable que los clientes se sientan incómodos en el proceso y se corre el riesgo de que éste se detenga; por otro lado, si las conversaciones terapéuticas no son lo suficientemente inusuales, no se producirá ningún cambio (White, 2002).

Para poder calcular que tan diferente será para el cliente una pregunta o comentario, es preciso que el terapeuta esté muy atento a la narración que hace el cliente. Por un lado, es importante que el cliente narre libremente la situación que le lleva a terapia, que elabore su historia y la corrija si así lo considera necesario sin que sea interrumpido. Cuando el cliente hace una pausa que indica una invitación a intervenir en el diálogo, el terapeuta puede preguntar o comentar sobre lo que escuchó.

Los procesos reflexivos se caracterizan por prestar detenida atención tanto a la historia verbalizada como a las otras expresiones que acompañan a episodios o palabras particulares de la narración. Estas expresiones son las inflexiones en la voz, sus matices, énfasis y demás variaciones detectables; otras manifestaciones a considerar son los cambios en la postura corporal y la expresión facial, el jugueteo con las manos, el tamborileo con los dedos, los movimientos de los pies, el carraspeo de la garganta y cualquier otro cambio que pueda hacer suponer que

en ese episodio narrado o palabra existe un significado especial que puede ser útil en profundizar.

La indagación sobre algún aspecto particular de la conversación se realiza poco a poco al ritmo del cliente. El terapeuta tiene que detenerse a ver cuál es la respuesta que tuvo su intervención en el diálogo y esta respuesta es la que dará forma a lo que se diga o haga enseguida.

Anderson (2001) sugiere cuatro pautas para llevar a cabo los procesos reflexivos:

Pautas que sugiere el autor:

1. Hablar (especular) a partir de algo que haya visto u oído durante la conversación entre la familia y el terapeuta, evitando las declaraciones, opiniones y atribución de significados.
2. Sentirse en libertad de comentar todo cuanto se escucho en la sesión pero no todo lo que el terapeuta vio en ella.
3. Cuando la conversación de la familia y la del equipo tienen lugar en la misma habitación, esta se da de la forma menos planificada posible y sin incluir a la familia.

Posterior a la conversación sostenida por el equipo, la familia y el terapeuta iniciaran una conversación en donde hablen acerca del diálogo que presenciaron sobre el problema que les llevó a solicitar terapia, y se pueda percibir si se introdujeron ideas novedosas que sean útiles para la familia.

El proceso reflexivo favorece que crezcan las posibilidades de escuchar otras voces que aporten novedad y entonces surja una nueva comprensión de la situación y aparezcan nuevas ideas de cómo manejarla. Como no se pretende

imponer la visión profesional, el equipo reflexivo participa en una conversación generativa en donde se expresa tácitamente “además de lo que ustedes vieron, nosotros vimos esto” y “además de lo que ustedes trataron de hacer, podrían intentar hacer esto” (Andersen, 2001).

2.3.7. Reflexiones generales de los Modelos Terapéuticos

La terapia familiar desde sus inicios se ha venido nutriendo de contribuciones provenientes de distintas disciplinas y algunos de los autores de los distintos modelos parten de formaciones ajenas a la terapia familiar, y es quizá esta pluralidad lo que ha posibilitado la generación de aportaciones que han enriquecido la visión y el alcance terapéutico.

Los modelos de terapia familiar aquí presentados, han marcado una diferencia con respecto a otros tipos de terapia, puesto que con base en sus supuestos epistemológicos se ha trascendido el razonamiento lineal, la explicación mecanicista surgida con el pensamiento del dualismo cartesiano o la interpretativa de entidades intrapsíquicas y la mirada reduccionista que busca la causa de la patología dentro de la persona.

La terapia familiar al dejar de centrarse en el individuo y poner la mirada en la familia y otros sistemas más amplios en los que participa e interactúa el individuo hace crecer sus posibilidades de acción. Ahora incluso, al incluir la importancia del lenguaje y su construcción social de significados, surge como recurso terapéutico el desmenuzar mediante una conversación el problema que es llevado a terapia.

Del mismo modo se han diversificado los papeles que los terapeutas juegan dentro de la terapia. Se ha transitado de un lugar privilegiado de saber con autoridad para prescribir, impartir directivas y determinar “normalidades”, a ser analítico e identificar las pautas sostenedoras del problema para usar estratégicamente una intervención que desmantele las interacciones habituales e

introduzca cambios radicales que eliminen el malestar, hasta centrarse en excepciones y ampliarlas en una actitud menos directiva; también se ha jugado el rol de colaborar cercanamente con un grupo de terapeutas para construir las intervenciones que pongan sobre la mesa el juego oculto que vive la familia y es causa del síntoma, hasta llegar a las posturas que defienden la idea de mantener una posición horizontal entre el terapeuta y el cliente. Sin importar las posiciones que los terapeutas jueguen según cada modelo, la Terapia Familiar Sistémica amplía el foco e invita a ver al observador y a considerarlo como parte del sistema que atiende.

Con fundamento en la Teoría General de los Sistemas, la cibernética, el construccionismo y el constructivismo, los distintos modelos de terapia se han nutrido de esas ideas, cada uno incorporando los conceptos y constructos que han valorado como más útiles para los fines terapéuticos. No se puede hablar de los modelos de terapia familiar como instancias surgidas de lo abstracto. Cada modelo tiene su propia historia y coherencia; y es de destacar en particular la historia personal de sus creadores, sus influencias teóricas, epistemológicas y metodológicas así como las necesidades que el contexto de la práctica profesional les imponía.

Quizá es debido a ello que aún con fundamentos unificadores gracias a una epistemología común en los distintos lugares del planeta la evolución y aportaciones novedosas de los modelos ha sido distinta y ha tomado cada uno su propio rumbo. Y en ese devenir histórico, el surgimiento de nuevos modelos busca hacer propuestas que los distinga de los anteriores con base en observaciones y críticas que pretenden resarcir las deficiencias o limitaciones percibidas así como allanar el camino para el quehacer terapéutico futuro. Incluso, cada modelo ha buscado adaptarse y moverse para corregirse, evolucionar y poder dar una mejor respuesta a las necesidades que los pacientes plantean en la terapia.

No puede pensarse que los modelos aquí presentados y las descripciones que se hacen de ellos represente una aproximación definitiva puesto que el tiempo y el trabajo continuo en los distintos escenarios en donde se pone en práctica la terapia familiar y se reflexiona al respecto marca diferencias que generan nuevas aportaciones, debates, discusiones e ideas. Actualmente los modelos posmodernos proponen un debate teórico que parece contravenir algunas de las formas de terapia que surgieron previamente; sin embargo, no por ello estas han desaparecido.

El futuro de la terapia familiar depende de la creatividad y generación de nuevas propuestas de quienes nos dedicamos a esta noble disciplina. Depende del trabajo continuado y la apertura para recibir nuevas ideas y lecciones que los consultantes nos aportan, de nuestros maestros de formación y de vida. Depende también, de las circunstancias que nos rodean, pues siendo terapeutas familiares sistémicos no podemos pensarnos como aislados del mundo en que vivimos. El que conozcamos las demandas y circunstancias de nuestra profesión, así como nuestras condiciones personales y psicosociales cobra pertenencia desde esta mirada.

CAPITULO III

COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1. Desarrollo y aplicación de Competencias Profesionales

En los primeros apartados de este trabajo hablamos de manera general sobre las crisis y sus efectos en las vidas de las personas. En este capítulo ampliaremos el concepto y tipos de crisis que enfrentan las familias, así como los recursos con los que cuentan para enfrentar la adversidad.

3.2. Crisis, Resiliencia y Terapia Familiar

Las crisis no son una novedad para las familias y los individuos. Tampoco lo son las capacidades resilientes, aunque el concepto *resiliencia* sí lo sea. A través de la historia las adversidades han sido una constante que ha llevado a la transformación del mundo en general, recuperando aprendizajes previos y desarrollando nuevos talentos, ideas y formas de resolver las dificultades que haya que encarar. En nuestro país, según revisábamos en el primer capítulo de este reporte, existen factores que influyen directamente a las familias y que de alguna manera tienen que ver con el surgimiento de dificultades que les lleva a buscar ensayar nuevas formas de hacerles frente y un recurso para descubrir las potencialidades familiares e individuales es la terapia.

El trabajo terapéutico inicia con la solicitud de una familia que se encuentra atravesando una situación crítica. Pittman (1990), afirma que es en un estado de crisis cuando los límites se aflojan y permiten la entrada de un terapeuta u otra persona que influya en el sistema. Con la terapia se buscará que la familia logre enfrentar esa crisis a partir del uso de los recursos con los que cuenta y que además esa situación crítica adquiera un significado que sea útil a los consultantes.

Durante mucho tiempo, la psicología hacía afirmaciones que tendían a dar por hecho que una persona que había atravesado por crisis dramáticas o que su

infancia se había caracterizado por situaciones de pobreza, marginación, maltrato etc., estaría destinada a tener una evolución desfavorable en su desarrollo, que manifestaría algún tipo de enfermedad mental o bien, que repetiría patrones de comportamiento tales como abuso de sustancias o violencia en sus relaciones familiares; sin embargo, algunas investigaciones de tipo longitudinal encontraron que no necesariamente ocurría así. Derivado de estas investigaciones surgió un interés por saber qué ocurría con esos individuos que no vivían un “destino” acorde con los pronósticos (Walsh, 2004).

Lo anterior nos coloca en el territorio de la resiliencia, y por supuesto en la exploración de las crisis que los sistemas familiares atraviesan que pueden ser un pantano del que no se escapa o bien, un reto del cual se obtiene un aprendizaje fundamental para encontrar y poner en práctica nuevas formas de relacionarse y de enfrentar los problemas. En este apartado nos enfocaremos a hacer una revisión de este fenómeno llamado resiliencia y de las crisis que llevan a los consultantes a la terapia.

El concepto de resiliencia familiar cobra pertinencia en la actualidad puesto que nuestra realidad es cada vez más compleja y las familias enfrentan retos que en generaciones pasadas eran inimaginables. Ahora, podemos encontrar una mayor diversidad en las formas que adopta la familia y que son muy distintas a la imagen-modelo de la familia de clase media que estaba integrada por una pareja heterosexual y los hijos; además, de que desde hace algunas décadas ha habido una modificación en los roles de género lo cual implica una necesidad de adaptación de toda la dinámica familiar; por otro lado, está la difícil situación económica con sus consabidas consecuencias para los hogares; y recientemente de modo más frecuente nos encontramos con una variedad mayor y una expansión del ciclo vital de la familia (Walsh, 1998, Walsh, 2004).

Estas circunstancias en la actualidad plantean retos a las familias y a largo plazo también ofrecen un panorama en el que se vislumbran dificultades que serán una

realidad que por supuesto tendrán que ser atendidas por la implementación de políticas públicas apropiadas y por instituciones sociales, educativas y de salud, entre otras medidas.

En cuanto a las raíces etimológicas, resiliencia es una palabra de origen latín (*resilio*) que significa volver atrás, rebotar; este término ha sido empleado por la física y el uso que le ha dado esta ciencia dura es para referirse a la capacidad o elasticidad de los materiales para someterse a la presión sin quebrarse o romperse. El término resiliencia fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar a las personas que a pesar de haber nacido y vivir en situaciones adversas, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos. Es decir, que se puede decir que una persona es resiliente cuando ha enfrentado experiencias adversas y ha salido fortalecida de ellas (Walsh, 2004; Henderson, 2001; Saavedra, 2007)

Cuando algunos estudios que buscaban entender las causas y la evolución de la psicopatología se encontraron con que algunos niños no desarrollaban problemas psicológicos y de adaptación según las predicciones de los investigadores, asumieron que estos niños se adaptaban positivamente gracias a que eran “invulnerables”, es decir, que poseían cualidades que les eran inherentes que les permitían resistir al estrés y a la adversidad. El enfoque de la resiliencia implica que el individuo que atraviesa situaciones de adversidad o crisis es afectado por estas experiencias pero es capaz de superarlo e incluso salir fortalecido (Infante, 2001).

Walsh (2004) define la resiliencia como la capacidad de una persona para recuperarse de la adversidad con mayor fortaleza y dueña de mayores recursos. Además agrega que la resiliencia es un proceso activo de resistencia, autocorrección y crecimiento ante las crisis y desafíos de la vida.

La resiliencia no es solamente vivir situaciones difíciles y atravesarlas o eludirlas; existen muchas personas que si bien sobreviven a estas situaciones, no pueden ser consideradas resilientes puesto que quedan atrapadas en la condición de víctimas o sin haber logrado crecer. La resiliencia implica un proceso en el que el individuo se abre a nuevas experiencias y actúa en forma interdependiente con los demás (Walsh, 2004). Henderson (2001) agrega que la resiliencia es un proceso dinámico donde existen influencias del entorno y del individuo que interactúan en una relación recíproca que permite a la persona una adaptación positiva en contextos de gran adversidad.

Siguiendo el mismo orden de ideas, resulta importante destacar que la resiliencia no es un atributo sino un proceso. Desafortunadamente se ha entendido la resiliencia como algo innato, como si las personas resilientes nacieran con un don especial, como si maduraran sin ayuda externa o como si la adquirieran por sí solas. Esta idea refuerza la visión de que estas personas confiarán siempre en sí mismos y sobrevivirán independientemente bajo cualquier circunstancia por adversa que sea, y por otro lado, señala como incompetentes, débiles, incapaces, deficientes, o culpables a quienes no logran superar sus problemas por sí mismos.

En este contexto, la resiliencia no es un fenómeno exclusivo a nivel individual, sino que también podemos encontrar familias y comunidades con características resilientes. De modo que la definición de resiliencia puede ampliarse hasta afirmar que es un proceso dinámico que permite que una persona, grupo o comunidad prevengan, minimicen o superen los efectos perjudiciales de las situaciones adversas, saliendo transformados, con mayores recursos para enfrentar nuevas crisis, fortalecidos y adecuadamente adaptados.

La resiliencia no es un atributo fijo de los individuos, pasaremos a revisar los procesos que favorecen la resiliencia ante las crisis. Básicamente nos estaremos apoyando en las clasificaciones que a este respecto propone Froma Walsh (2004) quien ha realizado importantes aportaciones respecto a la resiliencia destacando

las capacidades relacionales que ayudan a recuperar y construir estados de bienestar en el contexto familiar. La exposición también se enriquece con aportaciones de otros teóricos que han abordado el tema. Los procesos que la autora define son: a) Sistemas de creencias, b) Procesos organizacionales, y c) Procesos de comunicación.

Sistemas de Creencias

El primero de los procesos se refiere a los sistemas de creencias. Según Walsh (2004), los sistemas de creencias son fundamentales en tanto que sirven para dar sentido a las experiencias y son útiles para visualizar los problemas y las opciones ante ellos. Los sistemas de creencias abarcan los valores, actitudes, tendencias, supuestos, convicciones y opiniones que dan forma a las premisas que a su vez originan emociones, definen decisiones y las acciones ante las circunstancias de la vida. De este modo, el tipo de creencias que las familias tengan ampliará sus opciones o las limitará en un momento dado.

Así, las familias definen sus verdades ante la realidad que viven. Los sistemas de creencias sirven para organizar y dar sentido y coherencia a las situaciones críticas; y es más probable que una familia encuentre mayores posibilidades de hacer frente a las crisis cuando se mantiene abierta a diferentes puntos de vista, percepciones e ideas.

La resiliencia se favorece cuando los sistemas de creencias son flexibles y evolucionan de acuerdo con las necesidades de la familia a lo largo de su proceso de desarrollo, adaptándose del mismo modo a las condiciones impuestas por factores que son externos al núcleo familiar, y también cuando se descubre que ciertas premisas mantienen pautas de interacción que son rígidas en el interior de la familia y constriñe sus posibilidades.

En este sentido, una de las tareas fundamentales de la terapia, es participar con la familia en la reorganización de su relato de vida en el caso de que las crisis pasadas o presentes estén enmarcadas en un sistema de creencias que representen un impedimento para el descubrimiento de las fortalezas y recursos para superar las adversidades. Básicamente las creencias que favorecen la resiliencia de la familia comienzan con dotar de sentido la crisis; además de que se contemple la situación desde una perspectiva positiva que destaque los puntos fuertes de la familia en tanto grupo integrado en busca de una solución a la situación que enfrentan.

El conferir un sentido a la adversidad implica para las familias identificar a un enemigo en común a vencer: la crisis que enfrentan sea cual sea; y unir sus fortalezas, ideas, talentos y recursos para que resurjan sus capacidades para superar la adversidad.

Ante las crisis, las familias resilientes suelen renovar el orgullo por pertenecer a su familia valorando más a cada miembro y al grupo en su conjunto. Suelen tener la convicción de que unidos pueden enfrentar los desafíos compartidos ya que luchando en lo individual la batalla es más difícil de ser ganada. Además, en este sentido del trabajo en equipo, suelen mantener la lealtad y sobre todo la confianza mutua. Existe la convicción de que todos se están esforzando en la medida de sus posibilidades por hacer lo mejor en beneficio de todo el grupo familiar. Por supuesto, esta confianza en los demás suele traer como consecuencia una mayor probabilidad de resolver exitosamente la crisis del momento y además, al final de ésta, la familia resulta fortalecida y los lazos se ven reforzados así como su sentido de identidad e integridad, lo cual resulta ser una ganancia valiosa que servirá para hacer frente a futuras adversidades.

Las familias resilientes ven reforzados sus vínculos en los momentos de crisis, además de que la adversidad funciona como un hándicap que activa cambios fundamentales en el sistema de creencias de la familia, y a su vez estos cambios

tienen un efecto en la forma en que la familia vive la crisis, la enfrenta y la resuelve en lo inmediato. Asimismo, al ser superada la crisis, en el futuro los cambios generados en el sistema de creencias familiares les sirve como precedente de que la adversidad puede ser superada, lo que genera una mayor confianza y modelos de acción para hacer frente a futuros problemas.

El enfrentar una crisis puede llegar a cimbrar a las familias y algunas de sus creencias fundamentales. En un país como el nuestro que se caracteriza por tener una población con un gran fervor religioso, las personas suelen enojarse y renegar de su fe. Es preciso que las familias no se anclen en la ira y en explicaciones que atribuyen la ocurrencia de las desventuras a castigos divinos definitivos sin ampliar la mirada para lograr evaluar la adversidad en un contexto en el que pueden existir otras razones por las que están pasando por momentos críticos.

Es común que así como se culpa a los dioses de las adversidades, también se culpe a otras personas en el proceso de evaluar las crisis debido a que ante la evaluación que realizan de la crisis acepten una sola explicación que les ciega a la posibilidad de contemplar otras ideas. En el proceso terapéutico es importante que estemos atentos a explorar las explicaciones que las personas se dan a sí mismas respecto a las adversidades que enfrentan y también que se procure promover la reflexión sobre sus creencias para que puedan percibir otras alternativas que abran el espacio para identificar los recursos de los que pueden echar mano para resolver su situación. Además de que se procure dotar de un sentido de coherencia a los hechos desafortunados en un marco en el que se contemplen las distintas circunstancias de forma esclarecedora y congruente con la historia global de la familia y sus posibilidades de afrontar los desafíos.

Las familias resilientes al haber atravesado por crisis, tienen una mayor agencia personal para lograr erradicar, minimizar o resolver problemas. De este modo, las familias ganan confianza en tanto individuos y como grupo para hacer frente de

forma activa a adversidades que se presenten en el futuro y que es más probable que vean como desafíos superables.

La familia como sistema abierto recibe la influencia de otros sistemas dentro de y con los que se encuentra implicado. Este hecho debe ser tomado en cuenta puesto que en gran medida la fortaleza de la familia está impulsada y sostenida por la familia extensa, amigos, compañeros de trabajo y de escuela. Esta solidaridad entre la comunidad es un recurso fundamental que logra sostener y brindar aliento a las familias que se encuentran atravesando alguna crisis.

En el mismo sentido, Henderson, (2001) señala un factor resiliente al que llama “Yo tengo”. Este hace referencia a las personas significativas en el entorno que son en quienes se ha depositado confianza, de quienes se recibe cariño incondicional, quienes también fijan límites, son un modelo a seguir, fomentan la independencia y ofrecen apoyo y protección. Este factor es importante a considerar en la terapia pues la existencia de otros significativos puede proveer de sostén e impulso a quien cursa una crisis en su vida.

Cuando enfrentan crisis, los individuos y las familias resilientes descubren su potencial de inventiva con base en sus propios recursos y también con base en la inspiración que pueden ofrecer modelos significativos. Esos modelos pueden encontrarse en personas cercanas que han transitado por dificultades similares o en personajes famosos que por sus experiencias sirven de inspiración y fuente de soluciones innovadoras. Estos modelos funcionan como ejemplos positivos que refuerzan la idea de que es posible alcanzar el éxito y transformarse a partir de la adversidad.

Por otro lado, es sabido que es en momentos de crisis cuando la creatividad se estimula y de alguna forma obliga a intentar, improvisar, inventar y experimentar formas diferentes de encarar los problemas. Cuando una familia se haya lejos de la resiliencia, tiende a repetir una y otra vez las mismas fórmulas de

comportamiento e interacción quizás en una dosis mayor pretendiendo que con ello se obtengan resultados diferentes que den solución a la adversidad. De más está decir que más de lo mismo solo traerá similares resultados.

Igualmente, suele encontrarse que las familias resilientes conservan una actitud positiva hacia el futuro manteniendo la esperanza y convicción de que al final, y mediante el esfuerzo de todos, lograrán “salir adelante”. “La esperanza es una creencia orientada al futuro; aunque el presente sea poco promisorio, podemos vislumbrar un futuro mejor” (Walsh, 2004, pág. 104). En relación con una expectativa de un mejor futuro se encuentra el optimismo, que no significa caer en una percepción en la que se exalte lo positivo negando las dificultades. El optimismo es una cualidad resiliente que se alimenta de las experiencias exitosas previas y que invita a que sin dejar de estar conscientes de la crisis, se mantenga una actitud entusiasta y positiva; puesto que una actitud pesimista además de que solo permite ver un panorama oscuro y poco alentador, también tiene serias repercusiones en la salud deprimiendo el sistema inmunológico haciendo al organismo más propenso a padecer enfermedades (Walsh, 2004)

Las creencias que mueven a las familias hacia la resiliencia o no, en tiempos de crisis también tienen que ver con la educación diferenciada que reciben las mujeres y los hombres en sus respectivos procesos de socialización. De modo que los varones suelen atribuir sus logros a sus propios esfuerzos, pero las causas de los fracasos las atribuyen a la mala suerte, o bien achacan la culpa a otras personas o factores; por su parte, las mujeres tienden a desvalorizar sus éxitos y a culparse cuando las cosas van mal o no obtienen los resultados esperados (Walsh, 1998; Walsh, 2004).

Walsh, (2004), también destaca el valor de mantener ilusiones positivas respecto al futuro y a la solución de las dificultades; hace hincapié en que las ilusiones positivas no implican dejar de reconocer las realidades dolorosas centrándose en las cuestiones positivas sino que funcionan como un amortiguador del estrés

excesivo y se encuentra asociado con una persistencia y voluntad para hacer frente a las adversidades y apoyar a otros que las viven.

En el proceso de sistemas de creencias, también se encuentra la confianza como una convicción de que con el esfuerzo y colaboración de todos podrán hallar una solución a su problema. Walsh, (2004) llama resiliencia relacional a esta convicción que mueve a la familia a ser participantes activos en el proceso de enfrentar y resolver los infortunios de la vida, en donde además se refuerzan los esfuerzos individuales y grupales.

Otro factor fundamental es el uso del humor ante la adversidad. Son varios los autores que coinciden en que el humor en situaciones de crisis ayuda a que los malos momentos sean más llevaderos y su significación menos severa y angustiante. Es importante encontrar lo cómico en los dramas que se viven y transformar la historia de adversidad en un relato que puede hacer reír ya que la capacidad de encontrar el toque humorístico en la tragedia funciona como un factor que sirve para sobreponerse a la dificultad (Melillo, Estamatti y Cuestas, 2001; Ravazzola, 2001; Suarez, 2001; y Pereira, 2007)

Al respecto Walsh, (2001) señala que estudios médicos reportan que el humor (contrario al efecto del pesimismo) estimula y fortalece el sistema inmunológico y puede llegar a favorecer la curación y recuperación de una enfermedad grave; además sirve para reducir las tensiones ante las situaciones difíciles y ayuda a aceptar las propias limitaciones.

Por supuesto, resolver una crisis y salir de ella con renovados recursos no implica simplemente “creer” que así será o reírse de la situación conflictiva. Ya se ha señalado la participación activa para hacer frente a la adversidad y conviene insistir en ello. Cuando una crisis es identificada como tal, las familias resilientes comienzan por reconocer los problemas que enfrentan y las limitaciones que deben superar (Ravazzola en Melillo, Suárez, 2001). Además de hacer un balance

de la situación crítica, es necesario tomar la iniciativa para actuar en los aspectos susceptibles de ser resueltos y aceptar los que no pueden cambiarse (Walsh, 2004)

En la actualidad es común escuchar que las familias viven una crisis de valores; sin embargo, todas las familias tienen valores. Algunos valores mantienen la continuidad con el pasado, en términos de obligación y responsabilidad personal; otros pueden diferir bruscamente de lo aceptado tradicionalmente. Sean cuales sean los valores de una familia, los más útiles en momentos de adversidad son aquellos que permiten dar una significación y sentido a la experiencia, dotándola de trascendencia y alimentando la esperanza (Walsh, 1998; Walsh, 2004). Muy en relación con los valores se encuentra otro apoyo significativo con el que cuentan las familias que transitan por momentos de crisis, ese apoyo se sitúa en la espiritualidad. En párrafos anteriores mencionábamos que la población mexicana se caracteriza por su cercanía al fervor religioso, lo que tiende a reportar beneficios a las familias puesto que hallan en la fe un consuelo e incluso gracias a ello, se facilita la aceptación de los hechos que les causa dolor y que no tienen remedio. La espiritualidad dota de un sentido de trascendencia a la propia existencia y en particular a las vivencias adversas. En la terapia conviene explorar el soporte espiritual con el que cuentan los consultantes, pues este elemento puede ser un factor importante para redimensionar la experiencia en la historia que es narrada, aunque a decir de O'Hanlon (2005), existen crisis que pueden considerarse verdaderas tragedias "que carecen de valor redentor, ya sea éste social o del alma. No todas las crisis ocurren porque necesitemos pasar por un aprendizaje o cambiar nuestra vida radicalmente" pág. 21. Por ello, como terapeutas debemos ser cuidadosos y no minimizar el dolor y el sufrimiento y evaluar si enfocar los esfuerzos terapéuticos hacia la resignificación de un evento resultará de ayuda para los consultantes

Procesos Organizacionales

Los procesos organizacionales tienen que ver con los elementos organizacionales del funcionamiento familiar eficaz. El primero de ellos se refiere a la flexibilidad. A lo largo del ciclo vital de la familia, esta se halla en un proceso de transformación constante y evoluciona gracias a su capacidad de perder temporalmente su estabilidad para posteriormente recuperarla con una reorganización sobre nuevas bases. Los estímulos que se originan al interior del sistema familiar, así como los estímulos exteriores con las consiguientes demandas de cambio, requieren una renegociación continua de las funciones, roles, reglas y modos de interacción. La flexibilidad o la rigidez del sistema no son cualidades definitorias inamovibles, sino características que pueden variar a lo largo del tiempo (Walsh, 2004; Andolfi, Angelo, Menghi, Nicolo-Corigliano, 1995)

Ante los cambios propios del desarrollo evolutivo de la familia y los requeridos por el entorno es importante desarrollar una estructura que sea flexible y estable a la vez para lograr un funcionamiento adecuado. En este sentido, la apertura al cambio y a adaptarse a las cambiantes necesidades es un requisito indispensable para enfrentar las crisis y resolverlas (Walsh, 2004)

Si bien es cierto que para lograr un mejor funcionamiento las familias requieren de una flexibilidad para adaptarse a los cambios, también es necesaria cierta constancia definida por reglas, roles y patrones de interacción. Es importante para las personas conocer qué se espera de ellos en el sistema en el que se desarrollan para poder tener claridad de cuáles son los compromisos que asume cada quien y poder confiar en que todos se ceñirán a ello. Quizá una parte de la estabilidad familiar se facilita gracias a la observancia de rituales y rutinas que dan una sensación de continuidad. Según Imber-Black, Roberts, Whiting, (2006) los rituales en la cotidianidad de la familia dan un sentido de continuidad a través del tiempo, a la vez que fomentan la cohesión grupal y sirven de apoyo para realizar cambios de roles y mantener al mismo tiempo las dualidades. Los rituales a los que los autores se refieren son los que se llevan a cabo a la hora de la comida, a la hora de acostarse o en los momentos de recreación.

Es importante que la estabilidad y el cambio se mantengan en un equilibrio dinámico. La estabilidad estructural requiere que la familia se ajuste continuamente a las circunstancias cambiantes propias de su ciclo vital y como respuesta a las crisis que surjan por otras circunstancias. Después de todo, como se verá más adelante, las crisis para ser resueltas requieren de reorganizaciones integrales o parciales dentro del sistema familiar. Cuando el sistema se reorganiza en su estructura como respuesta a las exigencias de cambio, los lazos familiares se fortalecen. Las familias resilientes saben mantener un justo balance entre la intimidad, el compromiso y la tolerancia ante las diferencias. Dentro del sistema familiar se hace necesario cierto nivel de acercamiento que permita reconocer que se puede confiar en el grupo, que es posible recibir apoyo, reconocimiento y protección y al mismo tiempo se requiere la diferenciación de los integrantes. El proceso de individuación se hace posible cuando las personas están seguras de su pertenencia al grupo familiar suficientemente cohesionado (Andolfi, Angelo, Menghi, Nicolo-Corigliano, 1995; Walsh, 2004)

La diferenciación individual de los integrantes de la familia requiere de reglas que definan quiénes son y cuál es su participación, es decir, que es importante que exista claridad en cuanto a las fronteras y subsistemas que puntualicen los roles para que se promueva una identidad individual de funcionamiento autónomo. Y esto vale tanto para lo que ocurre en el interior de la familia nuclear como para relación que se tiene con la familia extendida; por ello la fijación de fronteras y límites razonables entre los miembros de la familia y entre otros sistemas en los que la familia participa se vuelve importante para evitar intromisiones excesivas o invasiones que bloqueen y entorpezcan el funcionamiento “independiente” de la familia (Minuchin, 1984, Walsh, 2004).

La definición clara de los roles dentro de la familia es fundamental pues indica al mismo tiempo responsabilidades respecto a la educación, protección y orientación de los niños, ancianos y otros miembros vulnerables. Estos roles son necesarios

para el buen funcionamiento de la familia ya que también señala un liderazgo y autoridad que deben ser manejados sin abusar del poder que implica (Minuchin, 1984).

Usualmente es la pareja de padres quienes detentan la responsabilidad y el rol de liderazgo; sin embargo, también forman ellos mismos un sistema que requiere estar en las mejores condiciones posibles para que tanto ellos como el resto de los integrantes de la familia se vean favorecidos. Dentro de la terapia la atención al subsistema conyugal de la familia requiere atender temas tales como las diferencias de poder (lo ideal es que exista un equilibrio de poder en las relaciones de intimidad y toma de decisiones), así como las cuestiones de género que están íntimamente relacionadas con las luchas de poder que suelen darse entre los cónyuges.

Según Walsh (2004), además de apelar a los recursos personales e interaccionales; la superación de las crisis plantea necesidades económicas y poder echar mano de los recursos sociales que se encuentran en la familia extensa, la comunidad y los servicios asistenciales. En cuanto a las necesidades económicas, estas pueden verse agudizadas en caso de que las crisis se deban a la pérdida del empleo u otras circunstancias que impidan que la familia por sí misma pueda hacerse de los recursos financieros. En estos casos la colaboración que proviene del exterior resulta invaluable. En párrafos anteriores se mencionaba la importancia de mantener fronteras definidas que no permitan la excesiva intromisión de otros sistemas, sin embargo, eso no quiere decir que tales fronteras sean impenetrables y no permitan un intercambio e interacción compleja y satisfactoria con el mundo exterior o que no se permita recibir las expresiones de solidaridad (tanto en lo económico como en otras cuestiones) que la familia extendida o la comunidad aporten en situaciones de necesidad.

Cabe mencionar, que ninguna forma o estilo familiar es sano o disfuncional por sí mismo. Cada familia desarrolla una estructura y formas de interactuar que le son

propias. La funcionalidad de esos procesos organizacionales depende de qué tan adecuados son para enfrentar las adversidades que surgen derivadas de los procesos evolutivos y del entorno social.

De acuerdo con Walsh, (2004), la terapia basada en la resiliencia encamina a la familia a creer en sus propias posibilidades de afrontamiento de las crisis. El trabajo terapéutico es de mayor utilidad cuando contribuye a activar los procesos resilientes de cada familia. Para ello, es necesario que los terapeutas crean realmente en los deseos y potencialidades de resiliencia familiar. Al mismo tiempo, cuando a pesar de sus mejores esfuerzos las familias no logran tener éxito, tenemos que ser cuidadosos de no culparlas o atribuir el fracaso a la pobreza espiritual, de creencias positivas falta de fuerza de voluntad, etc., sino más bien tendremos que estimular a las familias para que en un segundo intento se realicen los ajustes necesarios.

Procesos Comunicacionales

El tercer y último proceso que favorece la resiliencia es el proceso de comunicación. Básicamente, todas las personas sean o no psicólogos, están de acuerdo en que una buena comunicación es un elemento fundamental para el buen desarrollo, funcionamiento y relación de la familia. Sin embargo, la referencia a la “buena comunicación” no precisa exactamente a que se refiere, por ello Walsh (2004) examina cada uno de los componentes que definen una buena comunicación y cómo estos son piezas clave para fortalecer la resiliencia familiar: la claridad, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de problemas.

En cuanto a la claridad, esta se da cuando en la familia, sus miembros “dicen lo que quieren decir y quieren decir lo que dicen” (Walsh, 2004, pág. 161). Además, de la claridad ocurre siempre y cuando exista congruencia entre los mensajes

verbales y no verbales, pues de no ser así, la comunicación se presta a malos entendidos y confusiones.

La claridad en la comunicación en tiempos adversos constituye un recurso valioso para que la familia pueda compartir y debatir sus posturas, puntos de vista e ideas sobre la crisis que atraviesan. El hablar abiertamente sobre la situación que les concierne a todos también da la oportunidad de que se abra un espacio de acción que los involucre a todos como partícipes de la solución.

De entre las cuestiones primordiales que conviene sean expresadas en los momentos de tensión son las referentes a las emociones. Las familias resilientes suelen expresar sinceramente la vivencia emocional, ya sea que se trate de miedo, ira, alegría, tristeza, etcétera; a la vez que la respuesta del escucha ante tales manifestaciones es acorde con la emoción que el otro expresó. Esto es lo que se conoce como empatía. Cabe señalar que es posible que las emociones que se expresen no sean consideradas como positivas, adecuadas o pertinentes por quien recibe el mensaje y bajo estas circunstancias es importante que la familia reconozca esas discrepancias y que a pesar de ello se procure una tolerancia y apoyo mutuo.

Como se mencionó anteriormente, el bienestar que existe en la relación de pareja reporta beneficios también para los otros miembros de la familia; por ello el subsistema conyugal tendrá que invertir suficiente energía para fortalecer sus procesos comunicacionales de forma que ambos sientan el respaldo afectivo, el apoyo y la intimidad emocional y sexual que nutra su relación. En este sentido Walsh, (2004) nos recuerda que las diferencias de socialización de los géneros marca distinciones en cuanto a los estilos de expresión y percepción en la comunicación. Siendo que las mujeres pueden llegar a señalar que sus compañeros no desean mantener cercanía ni muestran un abierto interés por dialogar sobre la relación, mientras que los varones desearían que su pareja deje de abrumarlos con insistencias por hablar. Sin embargo, esto no quiere decir que

la posibilidad de comunicación sea nula, sino que es necesario que ambos encuentren los estilos que les acomoden mejor en tanto pareja y que a la vez logren satisfacer en la medida de lo posible sus necesidades de comunicación.

Con el propósito de que la comunicación sea más adecuada en la familia y en la pareja en particular, la terapia es un recurso que brinda un espacio para promover interacciones positivas en donde exista la expresión de sentimientos, ideas, emociones y desacuerdos de forma abierta, respetuosa y franca de modo que reduzcan las tensiones en pos de generar interacciones y pautas de comunicación que sean constructivas y más efectivas. Y para ello, es de suma importancia introducir el humor en el dialogo con lo que se podría establecer complicidad entre la pareja al compartir bromas que despojen de solemnidad al problema que enfrentan y lo haga más ligero y menos amenazante.

Una buena comunicación supone también que se puedan manejar las discrepancias existentes entre los implicados para una mejor resolución cooperativa de los problemas. Seguramente, cada miembro de la familia tendrá un punto de vista acerca de la crisis que pretenden resolver, así como lo que consideran es la mejor manera de hacerlo, esto puede llevar a discusiones inacabables sobre quién tiene la razón, pero también es una fuente de recursos en tanto que si se llega a un dialogo respetuoso, el planteamiento de diferentes posturas descubre soluciones no contempladas antes. Para ello, es necesario comenzar desde dar una definición del problema que encaran. La familia necesita saber a qué se están enfrentando y conocer cuáles son los otros factores que están relacionados y que también son una fuente de tensión y preocupación. Cuando la familia identifica claramente cuál es la crisis, puede también poco a poco, determinar cuales son las posibles medidas que tendrá que tomar, las personas o instituciones a las que puede acudir, los cambios que deben realizarse y los recursos que habrán de invertirse, o incluso decidir si es viable tomar alguna medida preventiva o correctiva, hasta en un caso extremo, llegar a la conclusión

de que la mejor forma de salir airoso ante una crisis particular es lograr la aceptación de que el hecho estresante no tiene solución.

Todas las decisiones que se tomen respecto a la acción o acciones que se consideren pertinentes para resolver la crisis, desde una perspectiva de la resiliencia, se pretende que sean con base en el marco de un intercambio de ideas creativas en el que las voces de todos los miembros de la familia sean escuchadas y tomadas en cuenta en un proceso de negociación, para que la decisión final sea un compromiso con el que todos se sientan involucrados e implicados en la responsabilidad conjunta para la solución del problema; y también para que una vez que la crisis sea superada, el mérito sea compartido.

En terapia es importante generar un espacio seguro que facilite el proceso de negociación e intercambio de ideas estando atentos a las posibles luchas que puedan darse en la familia cuando alguien intente imponer su postura o interpretación del evento crítico y trate de controlar la situación manteniendo posturas rígidas de interacción en la familia. Del mismo modo conviene estar atentos a la forma y contenido de la expresión de las posturas que incluyen explicaciones que culpabilizan o señalan a otros miembros como responsables de que la familia esté viviendo situaciones adversas. Otro factor a tomar en cuenta en el proceso terapéutico y que puede obstaculizar el flujo productivo de la comunicación en la familia son los eventos colaterales que son causa de estrés tales como los problemas económicos o laborales que en un momento dado propenderán a intensificar las tensiones y exacerbar los conflictos.

Este proceso de toma de decisiones y negociación puede no ser fácil, de hecho es común que se libren batallas intensas cargadas de gran tensión. Las familias resilientes suelen vivenciar esta experiencia como un evento transitorio que no significa que los lazos afectivos se vean afectados de forma negativa. Estas familias se caracterizan por mostrar una tendencia a la tolerancia ante las discrepancias y aceptar que existen diferentes puntos de vista y que en un

momento dado tendrán que tomar una decisión en una u otra dirección. Algunas familias que anticipan que habrá una discusión desagradable o incluso hasta dolorosa suelen evitar hablar del problema que están padeciendo, evitan también manifestar su punto de vista al respecto y pueden llegar a delegar la toma de decisiones en una persona con lo que es posible que se genere insatisfacción y resentimiento entre los miembros de la familia, además de que evitando el conflicto no se resuelve la crisis, sino que se corre el riesgo de que la situación empeore dramáticamente (Walsh, 2004).

Una vez que la familia ha dedicado un tiempo al debate de ideas, lo mejor es que las acciones trazadas estén en función de objetivos concretos y realistas y que las medidas a tomar sean igualmente concretas y realistas. De nada sirve haber dialogado largamente si los objetivos y las estrategias para alcanzarlos son demasiado fantásticos y fuera del alcance de la familia. El establecer metas puntuales y medidas bien definidas sirve para delimitar incluso la participación y responsabilidad que cada uno tendrá para resolver la situación crítica. Además de que se organizan los pasos a seguir de manera ordenada y permite que en el proceso se vayan evaluando los logros y fracasos del plan trazado.

Según Walsh (2004), el hecho de descubrir cuales son las medidas que tuvieron éxito motiva a la familia a seguir por ese camino y acrecentar su confianza, mientras que identificar las acciones que fracasaron invita a la reflexión grupal e individual. El reconocimiento de haber fallado implica hacerse responsables de lo que a cada uno le toca, sin que por ello se sientan acusados, culpables o deficientes.

En suma, un proceso de comunicación que sea claro, en donde se expresen abierta y francamente las emociones y además se dé una la resolución cooperativa de problemas es una característica de las familias, individuos y comunidades resilientes. Este factor permite que las crisis sean resueltas de forma

más satisfactoria y también les coloca en la posición de poder anticiparse a ellas y entonces tomar medidas preventivas que los proteja de ellas.

Hasta ahora hemos visto que la resiliencia suele estar acompañada inevitablemente de la adversidad. No porque la resiliencia surja a pesar de las crisis sino justamente como consecuencia de éstas. A continuación se exploran algunas posturas y definiciones, así como clasificaciones de las crisis que más frecuentemente son reportadas en los procesos terapéuticos.

En cuanto a la definición de crisis, según la representación del término en el idioma chino, la palabra *crisis* está compuesta por dos caracteres que son “peligro” y “oportunidad”. (Walsh, 1998; Pittman 1990). De acuerdo con Pittman, (1990) una crisis se produce cuando una tensión afecta a un sistema y se hace necesario un cambio que se aparte del repertorio habitual del sistema. En este sentido, es necesario señalar que una tensión es aquella fuerza que tiende a distorsionar y demanda modificaciones a los patrones conocidos de interacción y solución de problemas. Tales tensiones bien pueden ser manifiestas, ocultas, aisladas, habituales, permanentes, temporales, reales, imaginarias, universales o específicas, con causas intrínsecas o extrínsecas de la familia. De cualquier modo, las tensiones son específicas de cada sistema, esto quiere decir que lo que a una familia le resulte tensionante puede no serlo así para otra.

Sin embargo, es importante que la familia reconozca cuál es la crisis que enfrenta para entonces poder hacerle frente. A continuación se presenta una síntesis que integra la clasificación que propone Pittman (1990).

- Desgracias inesperadas. Esta primera categoría hace referencia aquellos eventos en los cuales la tensión originada “es manifiesta, aislada, real, específica y extrínseca” (Pittman, 1990 pág. 30). Dentro de esta clase de crisis encontramos acontecimientos que no pudieron ser previstos y pueden ocurrirle a cualquier familia y se debe a circunstancias que se hallan fuera

de la posibilidad de control previo, además de que su ocurrencia causa un fuerte impacto y la tensión vivida es obvia. Estos hechos incluyen la muerte de una persona significativa, la quiebra de las finanzas familiares, desastres naturales que afectan el patrimonio, los efectos de la delincuencia (robo o secuestro, por ejemplo), o la repentina aparición de una enfermedad grave que limite la capacidad de trabajar y relacionarse.

- Crisis de desarrollo. Este tipo de crisis son previsibles puesto que son universales, es decir que cualquier familia está expuesta a experimentarlas en el curso normal de su desarrollo evolutivo. Estas crisis causan inestabilidad temporal en cuanto al ejercicio de ciertos roles y a las modificaciones en la estructura del sistema. Las más frecuentes están relacionadas con el matrimonio, la llegada de los hijos, el comienzo de la etapa escolar, la adolescencia, la partida de los hijos, el envejecimiento y la muerte de los padres. En todas estas circunstancias se espera que la familia se adapte a las necesidades de cambio que requieren las diferentes etapas del desarrollo familiar.
- Crisis estructurales. Son en las que se agravan determinadas fuerzas familiares. Las tensiones principales originadoras de estas crisis son intrínsecas y encubiertas. Son crisis relacionadas con las etapas de desarrollo y otros conflictos, y surgen cuando la familia se resiste fuertemente a que existan cambios en la estructura familiar e invierten considerable energía en impedir que la familia llegue a otra etapa de su evolución “Hay familias que pueden repetir durante décadas sus crisis estructurales con el objeto de impedir que la pareja se divorcie o se case” (Pittman, 1990 pág. 37) La mayoría de las familias verdaderamente patológicas padecen estas crisis, son difíciles de tratar puesto que la crisis no alienta un esfuerzo para producir un cambio, sino un esfuerzo para evitar que el cambio ocurra.

- Crisis de desvalimiento. Estas se caracterizan porque en la familia hay uno o más miembros que son dependientes del cuidado y asistencia de los demás, ya sea por una enfermedad incapacitante (física o mental) o bien en el caso de ancianos que no pueden valerse por sí mismos, a veces ni siquiera para satisfacer sus necesidades más elementales. En este caso estamos hablando de una situación de tensión constante que resulta desgastante para el resto de la familia. Debido a la inversión de la pirámide poblacional, es probable que con mayor frecuencia encontremos a familias que se hayan a cargo de los padres ancianos y experimenten este tipo de crisis.

Por su parte O'Hanlon (2005), propone una clasificación de las crisis en función de la procedencia y de la predictibilidad o no de los factores implicados para su origen:

- Casual y exterior. Estas son crisis que no podrían ser predichas (la ocurrencia de algo terrible). Por otro lado, el sistema afectado por estos eventos no contribuyó a su consumación.
- Autogenerada. Son crisis de las que el sistema, de algún modo, es cómplice.

En suma, las crisis son caracterizadas por la aparición o surgimiento de acontecimientos que cimbran, paralizan y afectan la percepción que tenemos de nosotros y nuestra familia así como de los recursos con los que podemos contar. Una crisis pone en entredicho la efectividad e infalibilidad de las estrategias ensayadas previamente y representa un reto para poner en práctica nuevas formas de dar solución a los problemas.

Por el simple hecho de vivir, estamos expuestos a la ocurrencia de eventos indeseados que nos obliguen a cambiar. Algo fundamental para afrontar las crisis

es la forma en la que las significamos y las percibimos, según ya lo veíamos al revisar las cualidades resilientes que permiten dar mejor respuesta a la adversidad. Podemos en terapia comenzar a ayudar a los consultantes a resignificar las crisis, dejar de verlas como calamidades sin sentido para que sean vistas como oportunidades que anuncian que es el momento oportuno para ensayar nuevos estilos de vida. De alguna forma, las crisis funcionan como avisos de que los viejos estilos y soluciones han quedado obsoletos y es necesario actualizar nuestro repertorio de respuestas.

En el contexto terapéutico, al evaluar las crisis el paso siguiente corresponde a examinar las reacciones que se dan por sentido como naturales respuestas ante la adversidad. Además de que surge la oportunidad de generar sistemas de creencias más útiles y dignificantes con base en un cuestionamiento crítico de aquellas creencias y premisas que hasta ahora han guiado el actuar, pensar y sentir de las personas.

De acuerdo con O'Hanlon (2005, págs. 22-23), las crisis pueden llegar a producir estos dos resultados:

1. "Tendremos que enfrentarnos a dilemas ante los que jamás habíamos deseado encontrarnos pero, a la vez, vamos a tener la oportunidad de resolverlos"
2. "Las crisis nos pueden forzar a introducir cambios significativos en nuestras vidas, una asignatura que teníamos pendiente, y dichos cambios provocarán una gran mejora. Todos tendemos a alejarnos de nosotros mismos y de lo que en realidad somos y, como consecuencia, nos cuesta ver nuestras ideas o hábitos y cambiarlos radicalmente. En este sentido, las crisis pueden ser el momento e incentivo idóneo para llevar a cabo estos cambios tan difíciles"

La apuesta terapéutica mediante la resiliencia en las situaciones de crisis que reportan los consultantes se encuentra en servir como medio para ayudar a recuperar y construir estados de bienestar fortaleciendo las capacidades relacionales en el interior de la familia sin desconocer los recursos que en este mismo sentido aportan otros sistemas con los que se mantiene contacto e interacción, ya sean estos la familia extensa, el grupo de amigos, compañeros de trabajo o la comunidad y los sistemas de prestación de servicios que resulten apropiados. Más aún, dado que la resiliencia no es un atributo definitivo sino que es susceptible de ser desarrollado, la terapia sistémica funciona como un recurso adicional que tratará de poner bajo otra luz la situación crítica que lleva a la familia a solicitar la consulta, así como proporcionar un contexto en el que se pongan en evidencia las cualidades y recursos que la familia tiene para enfrentar la dificultades. La terapia forma parte de los recursos a los que puede recurrir la familia y que puede reforzar las resiliencias individuales y grupales.

Una terapia orientada por un enfoque resiliente requiere que el terapeuta ponga la mirada fundamentalmente en los recursos y posibilidades de los consultantes, más que enfatizar las deficiencias, o señalar patologías y malos funcionamientos. Esta forma de percibir y trabajar en la terapia es también un recurso para el propio terapeuta, ya que al estar en contacto continuo con narraciones que cuentan historias de abuso, violencia, abuso de sustancias entre otras, el profesional se haya expuesto a enfermar también (Ravazzola, 2001). En relación con esto, Walsh, (2004) afirma que esta postura del terapeuta permite que tome distancia de la mirada de los déficits achacados a los consultantes, de nuestras competencias, teorías y técnicas y centra la atención en el desarrollo de los propios recursos y agrega que ese cambio de paradigma se convierte en un factor importante para fortalecer nuestras propias resiliencias.

Dentro del proceso terapéutico nos hallamos implicados en un sistema que demanda nuestra ayuda, y para poder contribuir de mejor manera es necesario que empecemos a pensar y proponer modos constructivos de procesar las

experiencias que se viven dentro del consultorio (Ravazzola en Melillo, Suárez E., 2001).

3.3. Integración de expedientes de trabajo clínico

A continuación se presenta un resumen de la atención ofrecida a seis de las ocho familias atendidas durante la Residencia y el trabajo realizado con ellas. En el siguiente apartado se presenta un análisis y la discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con las otras dos familias, tomando en cuenta los temas centrales de este trabajo, es decir, las crisis familiares, la resiliencia y la terapia.

Con la finalidad de proteger la privacidad de las familias atendidas, sus nombres y algunos datos de identificación fueron cambiados u omitidos.

Familia I

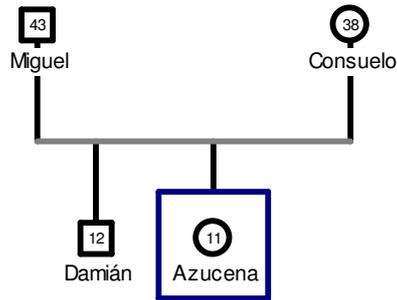
Sede

Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE

Familia

Miguel es el padre de familia, él es profesor. La madre de familia es Consuelo, ella es secretaria. El hijo mayor es Damián y la menor y por quien solicitan la terapia es Azucena, ambos estudian la primaria.

Familiograma



Motivo de Consulta

Problema académico en el área de matemáticas.

Antecedentes de Tratamiento

Ninguno

Modelo empleado:

Orientación y Canalización

Temas abordados:

Antecedentes de atención y de salud perinatal de Azucena. Antecedentes del problema reportado

Resumen

Se realizó una sola sesión para la atención de esta familia.

Quien solicitó la terapia es la madre de familia y es ella quien acudió a la sesión en compañía de Azucena. La niña se veía un poco tímida y distraída. Piden la terapia por sugerencia del profesor de matemáticas de Azucena, pues presentaba dificultad para lograr resolver los problemas matemáticos a pesar de los esfuerzos por nivelar su aprovechamiento con el de sus compañeros de clase. Consuelo afirma que desde hace tres años comenzó a notar estas dificultades de forma más aguda y que además presenta ligeras dificultades en la materia de historia.

Se buscó conocer las circunstancias prenatales, natales y postnatales de Azucena. La sra. Consuelo comentó que la niña padeció hipoxia al momento del alumbramiento, pero que como vio que el desarrollo de su hija no tenía mucha diferencia con el de otros niños de su edad no se preocupó.

En cuanto al apoyo académico que la niña recibe en casa, la sra. Consuelo dijo que tanto ella como su esposo buscan estrategias para explicarle a Azucena formas de resolver los problemas matemáticos, pero aún así, en la escuela se siguen reportando retrasos en sus avances.

Debido a los antecedentes de salud de la menor y a la especificidad del problema en cuanto a lo académico sin que se identificara conflicto familiar que pudiese estar relacionado con el motivo de consulta, se procedió a realizar canalización de la paciente a neurología para que se realice una evaluación adecuada.

Familia II

Sede

Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE

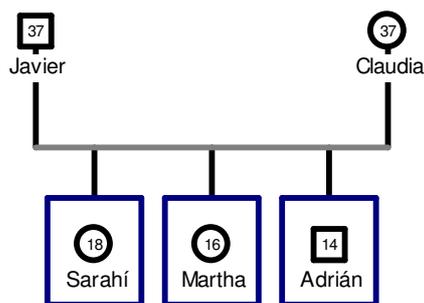
Familia

Familia nuclear compuesta por ambos padres y con tres hijos adolescentes. La madre de familia fue quien solicitó la terapia. Ella se dedicaba al hogar. El padre de familia es Javier y era servidor público en su Municipio.

En cuanto a los hijos, Sarahí es la hija mayor y solía tener discusiones con la sra. Claudia. Recientemente había abandonado sus estudios. Martha es la segunda hija y es quien tiene una relación menos intensa con sus padres y hermanos; estaba estudiando la preparatoria. Adrián es el hijo menor y estudiaba la secundaria. Sus padres tenían queja de él pues estaba portándose muy desobediente.

La distribución geográfica de la familia durante las sesiones mostró siempre distancia entre los esposos.

Familiograma



Motivo de Consulta

Mejorar la relación entre padres e hijos.

Antecedentes de Tratamiento

La sra. Claudia y el sr. Javier han recibido terapia de pareja que según afirmaron, fue de utilidad y hubo algunos cambios.

Modelo principal:

Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

Temas abordados:

Adolescencia, ciclo vital familiar, recursos familiares e individuales, comunicación, límites y reglas.

Resumen

La sra. Claudia solicitó la terapia pues consideraba que sus hijos estaban muy rebeldes y que no aceptaban que ella y su esposo les pusieran límites. En particular dijo que Adrián era muy rebelde, no obedecía y dejaba tiradero por toda la casa. Que los tres no querían irse a dormir temprano y que al otro día por la

mañana no querían levantarse para ir a la escuela o a trabajar. Otra de las quejas era que pensaba que sus hijos debían cooperar con los quehaceres de la casa.

En un principio la participación del sr. Javier en las sesiones era limitada pero poco a poco fue participando más. Se buscó involucrar a toda la familia y poner de relieve las cualidades positivas de cada uno y de todos en conjunto. La relación familiar mejoró a lo largo de la terapia y ellos decidieron que habían alcanzado los objetivos suficientes para seguir avanzando solos y reconocieron que Javier y Claudia necesitaban atender algunos conflictos añejos pero que para ello iniciarían un nuevo proceso terapéutico y harían la respectiva solicitud en la Institución. El proceso terapéutico tuvo una duración de cinco sesiones con un espacio de dos semanas entre cada una.

Sesión 1

A esta primera sesión asistió toda la familia excepto Sarahí. A todos los miembros de la familia se les preguntó por el motivo que les había llevado a la terapia. El sr. Javier dijo que esperaba que en la terapia se les dijera a sus hijos que era normal dormir ocho horas y que si lo escuchaban de los psicólogos entonces, tal vez le hicieran caso. La sra. Claudia dijo que la convivencia en casa era difícil y que aceptaba que tanto ella como su esposo habían sido muy flexibles con sus hijos. Martha dijo que sus hermanos eran desobedientes. Adrián comentó que estaban en terapia para mejorar la convivencia y la comunicación.

Después de explorar el motivo de consulta y escuchar la queja se procedió a la indagación de las excepciones. En un principio parecía que no podían encontrar excepciones, pero finalmente mencionaron situaciones en las que todos podían convivir bien, sin gritar y en que platicaban de las cosas que les parecían importantes. Además de que hablaron de eventos que servían para integrar a la familia, por ejemplo, ir a ver jugar futbol a Adrián o la hora de la comida.

Cuando se les preguntó a la sra. Claudia y al sr. Javier sobre los momentos que ellos compartían como pareja, dijeron que solo compartían responsabilidades como padres.

Comentaron que sus hijos trabajan y estudian, situación de la que están orgullosos porque primero empezó a trabajar la hija mayor y luego los demás hermanos la imitaron. En esa sesión expresaron preocupación porque Adrián estaba más interesado en el trabajo que en la escuela, situación que se estaba reflejando en sus calificaciones.

Se comenzaron a explorar aspectos positivos de cada uno de los miembros de la familia abriendo espacio para que las voces de todos fueran escuchadas y pudieran decir algo que les resultara agradable de los demás. Al empezar a hacer esto, el clima de la sesión cambió y el tono respecto al motivo de consulta fue más positivo.

Se normalizó el momento de crisis que atravesaban debido a la etapa del ciclo vital que estaban cursando. También se felicitó a los padres por el trabajo que estaban realizando y por su preocupación por mejorar las cosas. Igualmente se felicitó a los hijos por las cosas positivas que de ellos se expresaron en la sesión.

Sesión 2

A esta sesión ya asistió toda la familia. A Sarahí, se le preguntó sobre cuál creía que era el motivo por el que habían acudido a la terapia y dijo que ni siquiera lo imaginaba.

Se realizaron preguntas presuposicionales sobre los cambios favorables ocurridos y la sra. Claudia dijo que aunque siguieron peleando, también había notado que en otros momentos la convivencia familiar era mejor. Sarahí, Martha y el sr. Javier se expresaron pesimistas sobre su situación.

En cambio, Adrián compartió una anécdota en la que todos fueron al cine, contó cómo fue que lo decidieron hasta el momento de regreso a casa y que todos la pasaron muy bien. Luego de esta narración que fue marcada y ampliada mediante el uso de las preguntas apropiadas, el resto de la familia reconoció que sí había sido un buen día y el ánimo en general cambió expresando alegría por lo que vivieron y agregaron más detalles que enriquecieron la narración de Adrián.

La sra. Claudia agregando excepciones, dijo que había sido más consistente en la aplicación de las reglas y que ello había traído buenos resultados con Adrián (dijo que con Martha no tenían ningún problema) pero que le preocupaba su relación con Sarahí porque es muy difícil. A partir de ello, se buscaron excepciones en las que la relación entre ambas fuera menos difícil y todos contribuyeron aportando comentarios positivos sobre las cualidades tanto de la sra. Claudia como de Sarahí.

A partir de lo anterior se continuó explorando sobre las cualidades positivas de cada uno. Todos expresaron cosas positivas del resto, hablaron de lo que admiraban de los demás miembros de la familia.

La familia dijo sentirse bien de poder escuchar esas cosas y se mostraron alegres y conmovidos, en particular Sarahí y la sra. Claudia, ésta última expresó que la sesión le había servido para darse cuenta de que en su familia hay muchas cosas positivas y que su situación no es tan crítica pues tienen recursos para enfrentar los problemas. El único que expresó cierto escepticismo fue el sr. Javier.

El equipo expresó admiración por la solidaridad, el apoyo, la disposición para convivir, la unión y la capacidad de auto observación. El equipo agregó que se sentía preocupado porque el sr. Javier no pudiera creer esas cosas.

Como tarea se les encargó que emplearan los descubrimientos de la sesión para elaborar estrategias para relacionarse mejor con su familia.

Sesión 3

Todos asistieron a la terapia y se continuó el trabajo centrado en soluciones. La sra. Claudia expresó que les había ido muy bien y que la convivencia había mejorado notablemente, pues ya platicaban más e incluso una profesora de Adrián notó cambios positivos en él y un mejor aprovechamiento académico. El sr. Javier dijo que sí, que había cambios pero no muy profundos, pues los hijos seguían rebeldes, pero que él había tratado de platicar con ellos, pues antes no lo había intentado.

Martha dijo que veía que su hermano estaba poniendo empeño en que las cosas mejoraran y que ella se lleva bien con todos. Adrián dijo que notó que su mamá en vez de gritar les habla, que él se estaba esforzando por obedecer y que todos los días platicaban todos juntos.

Se realizó pregunta de escala. Donde 0 es una mala relación en la familia y 10 equivale a una excelente relación familiar. A continuación se exponen los números que ofrecieron:

	Al inicio de la terapia	En la sesión 3	La meta
Sr. Javier	5	6	8
Sra. Claudia	7	8	9
Sarahí	7	8	9
Marha	5	6	8
Adrián	5	7	9

Se les preguntó qué tendría que hacer cada uno para llegar al número que esperan. El sr. Javier dijo que debe ser más duro, y tratar de evitar que se peleen, además de pasar tiempo con su familia. La sra. Claudia dijo que ser más tolerante, “no faltarles al respeto cuando les hablo”. Adrián dijo “portarme mejor, ya no gritar, obedecer, ponerme a pensar, poner más empeño”. Sarahí comentó

que necesita no ser tan orgullosa y Martha dijo que debe seguir así, porque ella se llevaba bien con todos.

El equipo comentó que la familia se encontraba en un proceso normal de ajuste en el que estaban probando qué sí funcionaba y que no funcionaba. Se destacó que era un momento de retomar lo que antes había funcionado y podría funcionar aún y probar nuevas cosas pues la familia estaba en una etapa que requería transformarse.

El equipo elogió a la familia por cumplir con las actividades con las que en sesiones previas se habían comprometido y que era necesario un poco de paciencia y constancia para lograr afianzar los cambios positivos. Y por ello como tarea se les pidió que cumplieran con lo que habían propuesto cada uno para subir un poco la escala de logros alcanzados.

Sesión 4

Nuevamente toda la familia acudió a la sesión y se les pidió que hablaran de qué había pasado con los compromisos que hicieron en la sesión previa. El primer tema abordado en la sesión fue el de las discusiones entre la sra. Claudia y Sarahí, quienes coincidieron en que ya no habían discutido. La sra. Claudia dijo que eso había favorecido a que su sensación de enojo hacia su hija disminuyera considerablemente y que se llevaran mejor.

El sr. Javier admitió que es inconstante con las reglas, pues dijo que no sabe cómo hacerlo. Para ayudar a clarificar, se plantearon preguntas de avance rápido a toda la familia. El hacerlo sirvió para ampliar la idea de la expectativa de los hijos sobre su padre quienes esperaban tener un padre que equilibrara la firmeza con la flexibilidad, circunstancia que sorprendió al sr. Javier pues pensaba que ser firme iba a aumentar la distancia entre él y sus hijos.

En el mensaje del equipo se retomó el tema de la firmeza. Se empleó como metáfora el trabajo conjunto de un equipo de fútbol para que puedan tener buenos resultados en los partidos “para ello, es necesario que los directivos sepan guiar a los jugadores y prepararlos para cuando tengan que salir a la cancha”

Como tarea se les pidió que el sr. Javier y la sra. Claudia se apoyaran mutuamente en las decisiones tomadas en relación con sus hijos y que si identifican un desacuerdo lo discutan estando ellos solos.

Sesión 5

En esta sesión se expresaron los avances alcanzados en cuanto a la relación familiar. Dijeron que las discusiones habían descendido considerablemente y ante la nueva pregunta de la escala todos se acercaron a la meta que cada uno definió como deseable, excepto Martha quien dijo que aún faltaba.

Expresaron que con lo que habían logrado hasta el momento habían cubierto la meta inicial para la terapia. Ante esta declaración, se consideró pertinente dar por terminado el trabajo terapéutico; para ello se les pidió que hablaran sobre lo que habían aprendido sobre sí mismos y su familia y que les había ayudado a lograr una mejor relación, así como las cualidades que habían redescubierto y que les sería de utilidad tener en cuenta en futuras circunstancias. Todos participaron en la conversación y al final la sra. Claudia y el sr. Javier dijeron que uno de los descubrimientos importantes que la terapia había aportado era que ellos necesitaban ponerse de acuerdo y apoyarse más y que para lograrlo necesitaban trabajar en su relación de pareja, motivo por el cual solicitarían a la Institución que les brindara la atención terapéutica.

Entre las cualidades redescubiertas por esta familia se encontró la recíproca admiración entre sus integrantes quienes fueron capaces de reconocer cualidades positivas en los otros, además, de que el logro de los objetivos que plantearon para la terapia fueron alcanzados gracias al compromiso y trabajo conjunto:

“actuando como un equipo –de futbol- en donde la directiva” estaba logrando conducir de otra forma cada “jugada” y los “jugadores” admitieron que tenían que prepararse para “los partidos importantes” de la vida y para ello se requiere disciplina y trabajo.

Familia III

Sede

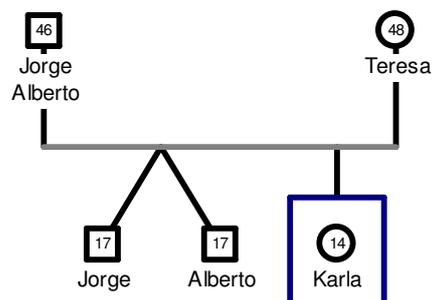
Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Familia

Familia nuclear con hijos adolescentes. La madre de nombre Teresa se dedicaba al hogar, mientras que Jorge Alberto, el padre, se dedicaba a la reparación de computadoras.

Los hijos Jorge y Alberto son gemelos, estudiaban el último semestre del bachillerato con muy buen nivel académico y formaban parte de un grupo de danza folclórica. La menor era Karla quien estudiaba el tercer grado de secundaria, también tenía buenas calificaciones y fue la paciente identificada.

Familiograma



Motivo de Consulta

El sr. Jorge Alberto deseaba que su hija fuera más organizada y menos rebelde.

Antecedentes de Tratamiento

Ninguno.

Modelo principal:

Enfoque estratégico.

Temas Abordados:

Adolescencia y ciclo vital, límites, reglas, disciplina, comunicación, negociación y acuerdos en subsistema conyugal.

Resumen

Deciden buscar ayuda porque Karla pidió que en casa contrataran servicio de televisión de paga para poder ver un programa popular entre los jóvenes; por la situación económica familiar no pudieron satisfacer su deseo y ante esta situación Karla reaccionó de forma agresiva. Los padres expusieron quejas sobre la rebeldía de sus tres hijos y cómo se salen con la suya para poder obtener permisos y desentenderse de realizar los quehaceres domésticos. Además agregaron que suelen postergar la realización de las tareas de la escuela y que es hasta el último momento que comienzan a hacerlas y que ellos (ambos padres) les ayudan para que puedan terminarlas a tiempo.

Con la finalidad de contribuir en el logro de la meta de la familia se buscó definir roles de los integrantes de la familia mediante el uso de diferentes directivas. No se obtuvo el alta de la familia, luego de las cuatro sesiones que tuvieron lugar.

No se identificaron problemas de adicciones de parte de ningún miembro de la familia, ni rasgos evidentes de violencia que pudiera estar causando conflicto. Los tres hijos son estudiantes destacados y tienen el reconocimiento de sus profesores y compañeros; además ninguno de ellos parece estar en situaciones de riesgo por consumo de drogas o por participar en actividades que pongan en peligro su integridad física y psicológica.

Sesión 1

En esta sesión asistieron ambos padres y Karla. Los padres dijeron que como no pudieron contratar el servicio de televisión privada, su hija había amenazado con bajar de calificaciones, agregaron que deseaban que su hija pudiera organizarse mejor para la realización de sus tareas. Además se exploraron otras áreas como la académica en donde dijeron sentirse satisfechos y orgullosos pues todos sus hijos son excelentes estudiantes. En cuanto a la calidad de las relaciones de la familia comentaron que las relaciones son buenas con sus hijos, en particular la relación entre Karla y su padre es muy cercana, mientras que la relación entre la sra. Teresa y el sr. Jorge Alberto es distante; también Karla dijo tener buena relación con sus hermanos.

Los padres atribuyen el problema a las malas amistades de su hija y a la influencia de los medios de comunicación. Para lograr cambiar la conducta de su hija han pretendido aplicar castigos que en realidad no aplican con consistencia.

Se validó a la familia por haber asistido los tres, lo cual se encuadró como un indicador favorable y que posibilitará el que puedan resolver pronto sus problemas. Se les reconoció su apertura.

A los padres en particular se les dijo que hasta el momento habían tenido buenos resultados educando a una niña y a dos adolescentes varones, pero que ahora se enfrentaban a una nueva situación con su hija adolescente y que tal vez ahora tendrían que desarrollar nuevas habilidades y aprender nuevas formas para guiar mejor a Karla.

A la paciente se le dijo que es una buena niña que al estar comenzando la etapa de la adolescencia también se enfrentaba a situaciones nuevas.

A partir de esta sesión surgieron las siguientes ideas: a) el padre quiere una hija perfecta; b) los padres sabotean mutuamente sus acuerdos, c) probablemente existen dificultades entre la pareja por la forma de tratar a la hija cada uno; y d) las dificultades con la hija funcionan desviando algún conflicto velado de la pareja.

Sesión 2

La segunda sesión se llevó a cabo un mes después de la primera puesto que la familia faltó a la sesión que correspondía según la programación. La familia argumentó que la inasistencia se debió a que la sra. Teresa tuvo que asistir a la escuela de Karla para apoyar en la prueba ENLACE.

En esta sesión el sr. Jorge Alberto dijo que consideraba necesario que sus hijos acudieran también a la terapia porque también tenían problemas similares a los de Karla.

Al preguntar a los padres sobre la forma en la que definían y aplicaban reglas y castigos se notó que suelen “levantar” los castigos que el otro había impuesto. Ambos coincidieron en que eso podría fomentar la irresponsabilidad en los muchachos pero que les cuesta mucho trabajo ser firmes y aplicar los castigos o dejar de ayudarles a realizar sus tareas.

Karla dijo que le gustaría que sus padres le dieran la oportunidad de hacer sus cosas. La secuencia de interacción familiar respecto al tema de los trabajos escolares es la siguiente:

- a) A los hijos les dejaban un trabajo en la escuela
- b) Los padres insistían (casi a diario) en que tenían que hacer la tarea y no dejarla al final.
- c) Los hijos empezaban a hacer la tarea con la fecha límite de entrega muy próxima.

d) Los padres se conmovían de verlos tan apurados y decidían entrar a rescatarlos.

Otro tema que se abordó en la sesión fue la aplicación de los castigos. A este respecto, ambos padres admitieron que no logran que los castigos que “prometen” se cumplan. La señora Teresa dijo que se le olvidaba cumplir con lo que su esposo y ella acordaban porque quería ver contentos a sus hijos. El señor Jorge Alberto dijo que dejaba pasar que sus hijos no acataran los castigos pues esperaba que ellos por iniciativa propia los asumieran.

La interacción de la familia con respecto a los castigos se podía resumir de la siguiente manera:

- a) Los hijos hacían algo que los padres no aprobaban
- b) Los padres acordaban un castigo
- c) Los padres informaban del castigo a los hijos
- d) Los hijos ignoraban el castigo o acudían a su mamá para que intercediera o levantara el castigo.
- c) La señora Teresa levantaba el castigo o el señor Jorge Alberto hacía como que no veía que sus hijos no hacían caso del castigo.

El señor Jorge Alberto comentó que si se empeñaba en hacer cumplir un castigo las consecuencias eran malas. Por un lado sus hijos discutían con él y por otro, su esposa se enojaba porque el castigo se cumpliera.

Se les pidió a los padres que acordaran tres conductas y tres castigos específicos para cada uno de sus hijos. Esto tendrían que socializarlo posteriormente con sus hijos y ambos deberían mostrar un apoyo mutuo para la aplicación de consecuencias.

Sesión 3

En esta sesión solo asistieron el sr. Jorge Alberto y la sra. Teresa pues sus hijos no pudieron asistir. Dijeron que querían aprovechar esa oportunidad para comentar que recientemente habían estado peleando mucho. De los veintiún años de casados, los primeros quince los habían pasado peleando, pero que después las cosas habían mejorado.

Las peleas recientes se debían a la conducta de los hijos. El sr. Jorge Alberto dijo que esa situación lo desalentaba y que había pensado en abandonar a su familia, pero que seguiría sosteniendo los gastos.

Se les encargó ponerse de acuerdo con los castigos y juntos aplicarlos.

Sesión 4

En esta sesión asistieron todos los miembros de la familia. El sr. Jorge Arturo y la sra. Teresa dijeron que estaban siendo más firmes en la definición de límites y que ambos estaban apoyándose en el mantenimiento de los castigos.

Se exploró la percepción de los hijos respecto a los cambios que los padres estaban reportando. Karla dijo que sus padres estaban siendo más firmes con ella pero que con sus hermanos no lo eran tanto. Por su parte, ellos estuvieron de acuerdo en que las reglas con ellos no se aplicaban con el mismo rigor y expresaron que si sus padres fueran más firmes entonces a ellos no les quedaría más remedio que comportarse mejor y ser más responsables.

Se buscó ahondar en las estrategias empleadas por los padres para ser firmes. La sra. Teresa dijo que le estaba costando trabajo aplicar los castigos a sus hijos varones. El sr. Jorge Arturo admitió que él no puede lograr ser del todo firme porque se conmueve fácilmente.

Se buscó recalcar la importancia de definir con claridad a cada uno de los hijos lo que se espera de ellos y se hizo énfasis en la importancia de la labor conjunta como padres en la educación de sus hijos. Se reforzó también el trabajo que hasta el momento habían realizado para lograr algunos cambios.

Sesión 5

La familia no se presentó a la sesión y se les llamó por teléfono para conocer el motivo de la inasistencia. Quien atendió la llamada fue el sr. Jorge Arturo y dijo que no habían asistido porque sus hijos no estaban dispuestos a ir y que como el objetivo de la terapia era que ellos fueran menos rebeldes y más responsables, habían decidido que no tenía caso ir sin ellos.

Un par de meses después se les llamó nuevamente para conocer la situación que prevalecía en la familia y saber qué de la terapia había resultado de utilidad y qué no. Otra vez el sr. Jorge Arturo fue quien atendió la llamada y dijo que habían aprendido que era importante que se pusieran de acuerdo como pareja en las expectativas, límites, reglas y consecuencias, pero que tal vez no era un momento para ellos para hacer todos esos cambios. Explicó que tal vez por esa razón no habían vuelto a la terapia.

Familia IV

Sede

Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Familia

Se trataba de una familia con hijos pequeños y en edad escolar que vivía episodios recurrentes de violencia.

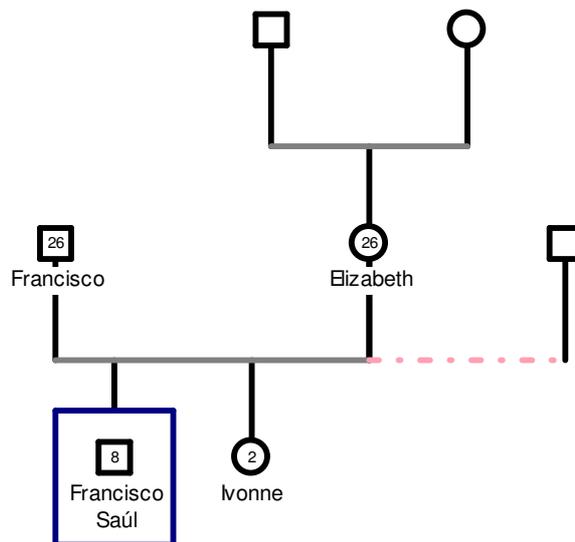
La sra. Elizabeth y el sr. Francisco eran esposos desde hace nueve años. Vivían con los padres de ella. Tenían dos hijos, el mayor era Francisco Saúl quien tenía

dificultad para relacionarse con sus compañeros de la escuela, solía pelear con ellos, la más pequeña era Ivonne de apenas dos años de edad.

La madre de la sra. Elizabeth estaba enferma y era el padre quien la atendía. Él era jubilado.

Casi al final del proceso terapéutico se descubrió que la sra. Elizabeth mantenía una relación amorosa fuera de su matrimonio.

Familiograma:



Motivo de Consulta

La sra. Elizabeth solicitó la terapia porque le preocupaba que su hijo Francisco Saúl había sido testigo de violencia familiar y porque tenía dificultad para relacionarse con sus compañeros de la escuela.

Antecedentes de Tratamiento

La consultante hacía año y medio había acudido a recibir atención psicológica a la Clínica Universitaria de Salud Integral en la Facultad de Estudios Superiores

Iztacala. Dijo que no concluyó el tratamiento, que había pensado que la mejor decisión era abandonar a su esposo pero que no lo había hecho.

Modelo principal

Modelo Estructural

Temas abordados

Separación de pareja, violencia y definición de roles para tomar acción de protección ante la violencia.

Resumen

La solicitante dijo que su esposo manifestaba conductas violentas cuando bebía en exceso, que en esas situaciones él la agredía, la golpeaba y rompía cosas de la casa. Desde tres meses antes de que la sra. Elizabeth solicitara la terapia se suscitó un nuevo evento violento, cuando ella fue a una fiesta por la noche y derivado de ello decidieron separarse, sin embargo él seguía viviendo en el domicilio.

La consultante fue inconsistente en la asistencia a las sesiones a las que faltaba sin llamar para cancelar o modificar la cita. Finalmente abandonó el tratamiento después de que en la tercera y última sesión dijo que hacía un tiempo que mantenía una relación con una nueva pareja y que su esposo se había enterado.

Sesión 1

La primera sesión se realizó dos semanas después de la fecha acordada en la entrevista inicial pues la consultante no asistió a la primera fecha propuesta. Por indicaciones de la supervisora se le llamó por teléfono y se acordó una nueva cita.

En esta sesión asistió la sra. Elizabeth y su hijo Francisco Saúl. La consultante habló de los episodios en los que su hijo había sido testigo de violencia y cómo él reaccionaba protegiendo a su hermanita quien lloraba y se asustaba mucho. Al

narrar estos eventos, Francisco Saúl se mantuvo muy atento, y en ciertos momentos inquieto, con una actitud de protección hacia su mamá. El niño también narró episodios de violencia que había presenciado y manifestó sentir miedo.

La postura de la solicitante era de víctima sin posibilidades de tomar ninguna medida para protegerse a sí misma y a sus hijos de la violencia.

Por un lado se validó el dolor que estaba sintiendo por la situación familiar de violencia, para ello se utilizó una postura terapéutica cercana. Y mediante una postura terapéutica distante (de experto), se brindó información sobre la violencia y la importancia de que tomara acciones para protegerse a ella y a sus hijos.

Se realizaron intervenciones de reestructuración para poder fijar límites en cuanto a los roles que le atañe a cada uno en tanto madre o hijo. Se buscó definir a quien le corresponde proteger o ser protegido.

La hipótesis formulada fue que debido a la actitud ambigua de la señora Elizabeth respecto a su decisión de separación y a su *inacción* para protegerse y proteger a sus hijos de ser testigos de la violencia, éstos, la protegían a ella trastocando la estructura jerárquica generacional que les corresponde.

Sesión 2

A la segunda sesión programada la consultante tampoco asistió sin llamar para justificar o reprogramar la cita. Por indicación de la supervisora se le llamó nuevamente para fijar otra cita y un par de días antes se le llamó para confirmar su asistencia.

En esta sesión, asistieron la sra. Elizabeth y Francisco Saúl. La sra. Elizabeth dijo que su esposo se enteró de que desde hacía siete meses ella sostenía una relación con otra pareja. El esposo reclamó y amenazó con suicidarse. Esta situación generó más riñas, mismas que presenció el niño. Cuando escuchaba el

relato de su mamá se mostró muy atento y ligeramente ansioso, dijo que le daba miedo ver a su papá cuando estaba borracho, pero que el resto del tiempo no le daba miedo.

Se exploraron las construcciones de la realidad, suyas y de su familia con respecto a la separación en las relaciones de pareja. Aparentemente su familia no ejercía presión para que la relación se mantuviera, y de hecho el padre de la sra. Elizabeth estaba enterado de la infidelidad y conocía los episodios de violencia. En ningún caso intervenía.

En esta sesión se empleó un mensaje de coro griego. Las posiciones del equipo se dividieron en las dos posturas siguientes: una parte del equipo pensaba que la sra. Elizabeth no haría nada para cambiar su situación pues tanto ella como su esposo estaban viviendo una situación muy cómoda, además se agregó que era una lástima porque de esta forma estaban ellos y sus hijos expuestos a situaciones de alto riesgo; la otra parte del equipo dijo que se sentía confiado de que la consultante tomaría acciones más firmes siendo generadora de cambio.

Sesión 3

A la tercera sesión programada no asistió la consultante. Se le llamó para fijar una nueva cita a la que tampoco asistió. En un par de ocasiones, dos meses después de la última consulta se realizó una llamada con la finalidad de dar seguimiento, pero no fue posible localizarla.

Familia V

Sede

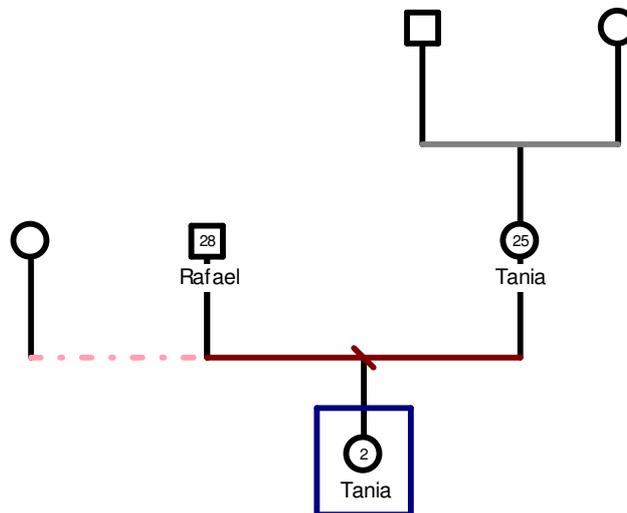
Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Familia

Conformada por Tania, Rafael y su hijita Tania de dos años de edad. Recientemente la sra. Tania había decidido separarse de su esposo e ir a vivir con sus padres.

Casi al final de la terapia se descubrió que el sr. Rafael mantenía una relación sentimental fuera de su matrimonio.

Familiograma



Motivo de Consulta:

La pareja deseaba orientación sobre cómo manejar su reciente separación de modo que a su hija *no le afectara* o sobre si lo conveniente era que volvieran a vivir juntos por el bien de la niña.

Antecedentes de Tratamiento:

Ninguno.

Modelo Principal:

Orientación.

Temas abordados:

Separación de pareja, historia de la relación de pareja, antecedentes de conflictos, relaciones con familia extendida, incesto, prevención de abuso sexual infantil, definición de acuerdos y compromisos del subsistema parental.

Resumen

Rafael y Tania decidieron solicitar ayuda pues recientemente se habían separado y querían manejar lo mejor posible esta situación. Buscaban orientación para definir si era la mejor opción, sobre todo para su hija; esperaban que se les orientara pues no deseaban que su separación afectara negativamente a la niña.

Tania dijo que había decidido separarse de su esposo porque se sentía abandonada por él y sospechaba que tenía una relación fuera del matrimonio. Además de que él no tenía un trabajo fijo y sus aportaciones para el gasto familiar eran escasas y poco frecuentes. Dijeron que las dificultades en su relación se agudizaron luego del nacimiento de su hija.

Rafael participó parcamente en las sesiones y decía que estaría dispuesto a regresar a vivir con Tania solamente si en la terapia se aconsejaba que era lo mejor para su hija porque con respecto a su relación de pareja con su esposa él no tenía ningún interés.

En la terapia salió a la luz que Tania había sido abusada sexualmente por su padre siendo una niña y que sus hermanas habían pasado por la misma experiencia. Tanto Tania como Rafael estaban preocupados porque ahora que se habían separado, Tania y la niña vivían con la familia de ella y la niña pasaba tiempo sola con sus abuelos pues Tania tenía que salir a trabajar para solventar sus gastos y los de su hija ya que su esposo no aportaba nada económicamente.

La hipótesis que guió el trabajo fue que tanto Tania como Rafael estaban convencidos de que la separación es la opción viable para ellos, sin embargo, la

preocupación legítima y auténtica por el bienestar de su hija les hacía hacerles dudar, si contaran con estrategias para establecer acuerdos y proteger a la niña podrían vivir más tranquilos con su decisión personal y seguir funcionando como unos padres competentes y amorosos.

En las últimas sesiones se descubrió que Rafael mantenía una relación con otra persona y que se negaba a iniciar un proceso de divorcio pues se vería obligado a dar pensión.

Los temas que se trabajaron fue el de la separación del holón conyugal, así como la definición de los roles de padres que no compartían el mismo techo. También se abordó el tema del abuso sexual.

Sesión 1

Asistió toda la familia a la primera sesión con varios minutos de retraso. La sesión se vio interrumpida en un par de ocasiones en las que la niña pidió ir al baño.

En esta sesión se ahondó sobre el motivo de consulta: dijeron que hacía un mes que se habían separado y que como pareja tenían muchos conflictos.

También se dedicó un tiempo largo de la sesión para conocer la historia de la relación de pareja. Ellos decidieron casarse cuando él estudiaba la licenciatura y trabajaba, ella trabajaba y había abandonado la licenciatura. Él dijo que quería casarse “pero no así”, pues se sintió presionado por hacerlo. Decidieron casarse debido a que Tania tenía una relación tensa y conflictiva con su padre de la cual deseaba salir.

Ambos coincidieron en que su noviazgo fue bonito y que los primeros problemas los tuvieron a partir de que se casaron. Tania dijo que luego del nacimiento de la niña él se fue separando, que él no aportaba dinero para la casa, que no le hacía caso, y que le habían dicho que lo habían visto a su esposo con otra persona.

Se exploró el significado de la separación para cada uno y también se indagó sobre sus expectativas hacia la terapia. Dijeron que la separación les preocupaba porque temían que fuera una decisión que afectara negativamente a su hija y en cuanto a sus expectativas hacia la terapia no hubo claridad para definir las.

Se connotó positivamente su decisión de buscar ayuda y se validó la preocupación y sufrimiento que ambos a su manera estaban pasando por su situación. Se les pidió que conversaran sobre qué esperaban de la terapia de modo que la siguiente sesión se pudiera definir con claridad sus expectativas.

Sesión 2

A la sesión acudieron Tania y Rafael. Se les pidió que comentaran sobre lo que habían hablado respecto a sus expectativas de la terapia. Dijeron que por falta de tiempo no habían podido tener una conversación sobre el tema y en la sesión coincidieron en que deseaban tomar una decisión que sirviera para proteger a la niña.

Desde una posición distante, con voz de experto se respondieron algunas de sus dudas con respecto a la convivencia como padres con la niña, lo cual les reconfortó pues se dieron cuenta de que aún viviendo en casas separadas podían trabajar para ser buenos padres.

Tania se mostraba sobrecargada pues tiene que distribuir su tiempo en el cuidado de su hija y el trabajo para poder tener dinero para solventar sus gastos y los de la niña. Creía que su esposo no se esforzaba lo suficiente y aún sentía pena y dolor por la separación.

Rafael dijo que a él le preocupaba cómo sería la relación con su hija cuando alguno de los dos (él y su esposa) encontraran una nueva pareja.

El equipo sugirió que la terapia se centrara en los acuerdos que pudieran respecto al cuidado, atención y educación de la niña. Se les propuso tener una sesión con cada uno para posteriormente retomar las sesiones conjuntas.

Sesión 3

A esta sesión asistió solamente Rafael.

Se exploraron sus creencias sobre la separación y dijo que su preocupación principal era su hija. Temía que su suegro la violara como lo hizo con su esposa, ya que Tania tenía que salir a trabajar y dejar a la niña a cargo de los abuelos maternos. Comentó que su suegra estuvo enterada de la violación y que no hizo nada. Esta preocupación fue validada pues tenía que ver con la seguridad e integridad de su hija.

También se preguntó sobre el significado de la separación que su propia familia tenía al respecto. Dijo que sus padres no estaban de acuerdo con la separación, porque la niña se vería muy afectada. Él no coincidía con ellos pues consideraba que su relación de pareja ya no funcionaba. Comentó que antes de esta separación hubo muchas otras separaciones en las que él la buscaba pero que esta vez ya no sentía querer a Tania.

Se le pidió que pensara en propuestas concretas y viables para llegar a acuerdos, como el tiempo para pasar con su hija y de que forma él se comprometía a contribuir al bienestar de la niña.

Sesión 4

Sesión con la señora Tania.

En la sesión se trabajó el tema del abuso sexual que ella sufrió por parte de su padre y lo que estaba haciendo para proteger a su hija de ese riesgo.

Ella narró los hechos que tuvieron lugar a la edad de entre 9 y 10 años y las circunstancias alrededor (cómo la madre lo descubrió, la separación de los padres por ese motivo y el regreso a casa con el padre).

Admitió que le preocupaba su hija pero que no tiene muchas opciones pues era su familia quien le brindaba el apoyo ((Rafael casi no las visitaba y tampoco aportaba dinero), en particular su mamá cuidaba a la niña mientras que salía a trabajar. Dijo que su mamá era muy cuidadosa de la niña y estaba pendiente de ella. Se abordó el tema de la prevención de riesgo y ella mencionó medidas concretas que tomaba para proteger a su hija de ser abusada sexualmente. Se le proporcionaron los datos de una terapeuta especializada en asuntos de abuso sexual con la finalidad de que Tania aclarara sus dudas y recibiera asesoría especializada.

Dijo que le dolía mucho no poder estar pendiente de su hija al cien por ciento, pero que la necesidad económica la obligaba a estar lejos de ella. Comentó que se sentía deprimida y triste; además de que en ocasiones estaba de mal humor y no quería que por eso pudiera llegar a gritar o golpear a la niña, pues a veces no tenía paciencia de jugar con ella. Había subido de peso, pensaba mucho en sus opciones y en general no había contado a nadie sobre sus preocupaciones.

Se indagó sobre las acciones que han tomado ambos respecto al manejo de la separación. Dijo que no había solicitado el divorcio porque su esposo la desalentó con argumentos que la impresionaron (él terminó la licenciatura en Derecho), además de que él no estaba dispuesto a fijar una pensión y ella no podía pagar los gastos del proceso de divorcio.

Se le pidió que tomara las cosas con calma y que se tomara una semana para relajarse un poco, con la finalidad de que se sintiera un poco menos sobrecargada.

Sesión 5

A esta sesión solamente asistió Tania pues Rafael empezó a trabajar en un despacho y por motivos laborales le fue imposible acudir a la cita.

Se indagó sobre la petición que se le hizo de tomar las cosas con calma. Dijo que sí trató de relajarse y contó cómo lo había hecho. Además comentó que ya había conseguido un mejor trabajo de un horario más flexible que le permitía estar más pendiente de su niña. También estuvo investigando sobre los trámites necesarios para retomar sus estudios universitarios.

Refirió estar más tranquila. Se reconocieron las acciones que tomó para tranquilizarse y buscar sus propios espacios.

Sesión 6

Nuevamente asistió sola Tania. Se notó triste y dijo que recientemente se enteró de que efectivamente Rafael tiene otra relación. Ella lo confrontó y él le dijo que seguiría con esa relación.

Tania dijo que derivado de lo anterior decidió buscar asesoría jurídica. Su abogado le aconsejó acudir con alguna autoridad para levantar un acta sobre su situación actual en particular sobre la falta de apoyo económico que recibe de Rafael.

Toda la sesión estuvo llorando y en esta ocasión el trabajo terapéutico se centró en el tema de su dolor por el reciente descubrimiento que hizo de la relación que sostenía su esposo.

También se exploraron sus redes de apoyo y se identificaron las personas más cercanas y en quienes más confía para acercarse en momentos de crisis como los que se encontraba pasando.

Se prescribió no tomar acción por el momento con base en la idea de que es mejor que se desahogara emocionalmente para que estando más tranquila pudiera tomar decisiones con mayor claridad.

Sesión 7

Asistió a la sesión Tania con su hija. Se mostró más tranquila en comparación con la sesión anterior. Dijo que había tomado la resolución de seguir adelante con su vida y hacer lo posible por cuidar y educar bien a su hija.

Se preguntó sobre los avances que hasta el momento había logrado de la terapia y dijo que inicialmente habían acudido para recibir asesoría sobre si lo mejor era que estuvieran juntos como pareja ella y Rafael y que se había dado cuenta de que seguirían siendo padres de Tania aún sin estar juntos.

Ella en particular, estaba tomando medidas para ser una buena madre. Se estaba organizando bien para poder atender su trabajo y estar con su hija, cuidarla y jugar con ella. Según su percepción el objetivo de la terapia estaba cumplido.

Por lo anterior se procedió a dar un cierre del proceso terapéutico destacando sus habilidades y recursos para poder alcanzar los logros obtenidos.

Familia VI

Sede

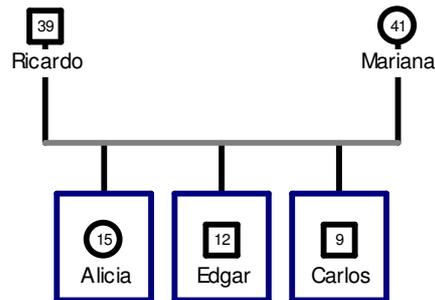
Clínica de Terapia Familiar de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Familia

Familia nuclear en etapa de hijos adolescentes y en edad escolar. Conformada por los padres: Mariana, dedicada al hogar y Ricardo, que trabajaba como gestor. Sus hijos eran Alicia, Edgar y Carlos. Alicia era estudiante de secundaria y tenía un

novio de veintiún años de edad. Edgar también estudiaba secundaria y era rebelde. Carlos era el menor y tenía diagnóstico de dislexia.

Familiograma



Motivo de Consulta

Hijos Rebeldes

Antecedentes de Tratamiento

Ninguno

Modelo principal

Enfoque Estratégico

Temas abordados:

Adolescencia, ciclo vital familiar, límites y reglas, acuerdos en el subsistema parental.

Resumen

Los padres de familia solicitaron la terapia pues deseaban ayuda para manejar la rebeldía de sus hijos. Les preocupaba particularmente el noviazgo que Alicia sostenía con un muchacho de veintiún años de edad. Los hijos no obedecían reglas y los padres sentían que ya se les había salido de control la situación.

Los temas tratados en la terapia fueron la etapa adolescente y las familias con hijos adolescentes; definición de reglas y límites; así como los acuerdos entre los padres.

No se llegó al alta de la familia pues abandonaron la terapia después de la tercera sesión.

Sesión 1

A la sesión asistieron los padres y los hijos mayores de la familia. Se exploró el motivo de consulta que quedó definido como la rebeldía de los hijos. El sr. Ricardo explicó que tal vez esa situación se debía a la dislexia de Carlos, pues por esa situación Mariana había descuidado a los otros hijos y que él mismo también los había descuidado a todos por la carga de trabajo.

Se brindó un espacio amplio para el planteamiento del problema y se exploraron sus puntos de vista al respecto. Mariana y Ricardo dijeron que dejaron que el problema creciera, pues los descuidos de ellos como padres ahora tenían sus consecuencias pues incluso el bajo rendimiento académico de sus hijos ya era preocupante.

Se buscó fijar metas para la terapia. La familia decidió que el establecimiento de reglas era fundamental para mejorar la organización y relación familiar. Se hizo uso de directivas directas para propiciar el dialogo entre los padres y definir estrategias y acuerdos para hacer valer las reglas de casa.

Sesión 2

La familia no asistió a la segunda sesión y se reprogramó la cita. Cuando esta tuvo lugar, solo asistieron el sr. Ricardo y la sra. Mariana. Se abordaron los motivos por los cuales no habían asistido y dijeron que fue porque Carlos tenía que ir a su cita de evaluación y era a la misma hora que la terapia.

La familia expuso una serie de razones por las cuales les resultaba muy complicado asistir a las sesiones.

Se preguntó a la familia sobre el resultado de las directivas y los padres dijeron que estuvieron muy ocupados y los acontecimientos de la vida cotidiana tales como algunas riñas con Alicia que había salido con su novio sin permiso.

Definieron modificaciones concretas en la dinámica de la familia. En la sesión Mariana dijo que decidió que no les lavaría su ropa a sus hijos mayores para que por lo menos tuvieran responsabilidades consigo mismos y el aseo de su ropa y así lo había venido haciendo desde hacía unas dos semanas. A pesar de que le costó trabajo mantenerse firme, lo logró.

Sesión 3

Tampoco asistieron a esta sesión. Cuando se hubiera llevado a cabo la sesión cuarta, vimos a la sra. Mariana esperando a la persona que realizaría la evaluación de Carlos en los cubículos contiguos a la Clínica de Terapia Familiar. Se le invitó a pasar a la Clínica para conversar con ella y aceptó.

La entrevista fue breve y la sra. Mariana dijo que ya no les era posible asistir a la terapia pues sus hijos no deseaban ir, a su esposo lo iban a operar en unos días y ella estaba muy ocupada.

Se realizó un cierre de las sesiones.

3.4. Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica en la intervención de dos casos

En el punto anterior se presentó la integración de los expedientes de seis de los ocho casos atendidos. A continuación se presenta el análisis teórico-metodológico

de la intervención realizada con las otras dos de las familias que fueron atendidas. En la presentación inicial de las familias se emplea el mismo esquema para organizar la información que en los casos de las familias de las que se habló en el apartado anterior. Posteriormente se describen y analizan las crisis por las que atravesaban así como sus procesos resilientes. También se destacan la forma de abordaje y se ofrecen alternativas de intervención con el enfoque de la resiliencia.

3.4.1. Integración de expediente de la Familia A

Sede

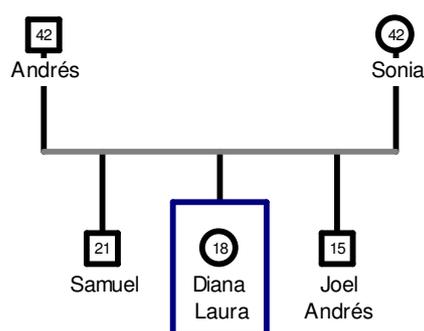
Clínica Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco.

Familia

Se trata de una familia nuclear con hijos en edad adolescente.

El padre se dedica a las ventas y la madre al hogar. La hija es alumna del plantel y es quien solicita la terapia, sus hermanos son estudiantes.

Familiograma



Motivo de Consulta

Diana Laura solicitó la terapia porque reportaba problemas con su padre. Dijo también que durante mucho tiempo su padre la agredía a ella y al resto de la

familia y que esta situación le había lastimado mucho y deseaba la terapia para “sanar por dentro”.

Antecedentes de Tratamiento

Ninguno

Modelo principal

Terapia Breve Centrada en Soluciones

Temas Abordados

Violencia, comunicación, historia familiar, recursos familiares y personales.

Resumen

La terapia tuvo una duración de seis sesiones, con intervalos de dos semanas entre cada una. La paciente no faltó a ninguna de las sesiones, aunque no a todas llegó puntual: A todas acudió sola.

Inicialmente la consultante reportó que tenía problemas con su padre y que estos problemas le causaban sufrimiento y pena emocional. Comentó que no deseaba sentirse así y que quería “sanar por dentro”. Refirió que durante su infancia sufrió maltrato físico y psicológico por parte de su padre. Aclaró que en la actualidad el maltrato ya no existía desde que su hermano mayor y ella crecieron y empezaron a defenderse de las agresiones.

Recalcó que quería mejorar la relación con su papá y la terapia estuvo centrada en ello obteniéndose resultados que fueron satisfactorios para la consultante.

Los temas tratados fueron la violencia intrafamiliar, redes sociales de apoyo, recursos personales y familiares.

Sesión 1

Fue breve debido a que la paciente llegó tarde a la cita. En el tiempo de que se dispuso, amplió los detalles de su motivo de consulta: deseaba perdonar a su papá y tener una mejor convivencia con él. La conversación sostenida fue guiada por medio del uso de preguntas presuposicionales y se consiguió un acoplamiento con el lenguaje que la consultante empleaba, el cual estaba cargado de metáforas.

El mensaje del equipo estuvo orientado a reconocer la decisión de buscar apoyo y su claridad para definir lo que quiere. Además se validó el dolor expresado ante la situación que le afligía.

Sesión 2

Se siguió empleando el lenguaje metafórico de la paciente para el diálogo terapéutico. Se buscó explorar de qué forma lo que ha pasado en la relación con su papá (la violencia) le afecta actualmente en otros contextos y ella comentó que hasta ahora eso no le ha causado problemas en otros lugares o con otras personas.

Siguiendo la línea del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones se plantearon preguntas centradas en la excepción (que recientemente habían ocurrido en más de una ocasión cuando logró evitar confrontaciones con su padre). Las excepciones que fueron marcadas, se pidió una ampliación de la información al respecto y dentro del dialogo de la terapia se atribuyó control.

Para esta sesión, se comenzó a hacer uso de la pregunta de escala en la que manifestó que ya se había deshecho casi del cincuenta por ciento del veneno que había en su corazón.

Además se realizó el planteamiento de preguntas de avance rápido (¿qué será diferente cuando...?, ¿quién será el primero en darse cuenta?, ¿cómo lo notará?)

El equipo envió una felicitación por su fortaleza, decisión, paciencia y estrategia y que sabe cómo parar las tormentas antes de que inicien. Se le felicitó por su actitud con su papá y por establecer conversaciones en paz con su papá, y que todos estos cambios los notaban tanto sus hermanos como su mamá.

Sesión 3

En esta sesión la paciente continuó reportando avances y buenos momentos en la relación con su padre en donde no hubo discusiones ni enfrentamientos. Con la finalidad de anticiparnos a una recaída, se le preguntó sobre qué podría pasar que hiciera que las cosas reincidieran y de qué forma podría evitar que eso ocurra. Se abordó ampliamente este tema y la paciente esbozó algunas alternativas en caso de que fuera necesario. A la vez que mediante el diálogo centrado en soluciones se continuaron marcando, ampliando y atribuyendo control de las estrategias que la consultante había empleado para que las cosas marcharan mejor en casa.

La conversación en la terapia también ocupó un espacio para indagar sobre la vida de su papá, haciendo una recopilación de la información que otras personas saben de él desde su juventud y que a través de la consultante pudimos conocer.

Se realizó la pregunta de escala y afirmó que para esta sesión ya había logrado un 70% de avance.

Con el equipo se diseñó una tarea para preparar un ritual. Se le pidió a la consultante que cortara pedazos pequeños de papel en donde pudiera escribir los agravios que ella considerara había recibido de su padre. Con estos papelitos tenía que envolver pequeñas piedras y posteriormente guardar aquello dentro de un costalito de tela que ella misma elaboró.

Sesión 4

La tarea de los papelitos fue realizada tal como se le indicó y la consultante afirmó que hacerlo había permitido que *sacara parte del veneno que traía dentro*.

Se exploraron otras redes sociales que han sido fuente de apoyo en momentos importantes.

En esta sesión la consultante narró un nuevo episodio en el que su padre tuvo una reacción violenta; ante la cual ella no reaccionó violentándose a su vez. Se exploró sobre cuál había sido el aprendizaje que había extraído de esa experiencia.

Se realizó nuevamente la pregunta de escala y dijo que había conseguido deshacerse del 80% del veneno que había en su corazón.

El equipo reconoció su prudencia para el manejo del episodio violento de su padre y le pidió que continuara llenando su costalito.

Sesión 5

En esta sesión, se continuó trabajando con el tema de prevenir la recaída y diseñar un plan de acción en caso de que su papá volviera a actuar violentamente. También se exploraron nuevos eventos en los que la relación con su papá había sido positiva (por ejemplo, ver programas de televisión juntos, no discutir, platicar, etc.) y los otros efectos positivos que esto ha traído en su vida: su papá empezó a acceder a darle permisos para salir.

Se exploró de qué forma esto que ha estado aprendiendo lo había podido aplicar en otros contextos y ofreció ejemplos de cómo en sus relaciones con otras personas ha aplicado lo que ha aprendido y los efectos positivos que ha obtenido.

Se exploró ¿cuánto ha avanzado en su motivo de consulta? y dijo que entre el 70 y el 80%, y deseaba llegar al 95%, dijo que no quería llegar al 100% porque “tener como una marca, o una cicatriz, como que te dice lo que pasó y te recuerda lo que aprendiste, para que no vuelva a ocurrir. Como si fuera un libro de historia”.

El equipo reconoció sus avances y le solicitó que hiciera un escrito en donde ella ofreciera consejo a otras chicas que hubieran pasado por experiencias similares a las suyas.

Se le pidió investigar sobre los servicios que ofrecen algunas instituciones que atienden a familias que viven situaciones de violencia.

Sesión 6

La consultante trajo a la sesión su escrito donde detallaba qué podrían hacer otras chicas que hubieran sufrido violencia en su familia para poder manejar la situación.

Reportó que la relación con su papá estaba mejor y que el veneno de su corazón casi había salido por completo. Hizo la reflexión de que necesitaba tener presente lo que había aprendido de esa experiencia y sobre este tema se extendió la conversación de la sesión ampliando sobre los recursos que había empleado y las estrategias que le habían sido de utilidad.

Se planteó la pregunta de escala en forma de porcentaje de avances logrados y dijo que había alcanzado entre un 70 y 80% y pronosticó que para la sesión posterior tendría un avance hasta llegar al 85 u 87%.

Sesión 7

Se programó un ritual para darle un destino a las piedras que poco a poco había ido llenando con los agravios recibidos. La consultante decidió que esas piedras tendrían que estar “formando parte del paisaje, sin ser carga para nadie” y se comprometió a darles ese destino.

Se hizo una revisión de los logros alcanzados durante la terapia y la consultante coincidió con que era tiempo de dar por finalizado el proceso terapéutico pues había logrado grandes cosas y que ya era capaz de avanzar por sí misma. Se le

pidió que describiera lo que había obtenido de la terapia que hubiera sido útil y así lo hizo.

Nota: Posterior a esta última sesión se le hizo llegar vía mensajería un cuento elaborado expresamente para ella en el que se narraba la historia de una guerrera. El cuento se realizó tomando todos los elementos y metáforas que ella había empleado para darle forma a la historia en la que la protagonista había logrado configurar una relación diferente con su padre y deshacerse del veneno de su corazón y había conquistado las armas que se lo habían permitido. Un par de semanas más tarde se le llamó para saber sobre el cuento y si los cambios se mantenían; comentó que el cuento le había gustado mucho, que lo conservaba y que los cambios logrados se conservaban.

Un par de meses después se volvió a hacer una llamada de seguimiento en la que la paciente comentó que de vez en cuando a su papá “se le iba la onda”, pero que ya no había más enfrentamientos entre ella y él y que su relación iba mejor.

3.4.2. Análisis Teórico Metodológico. Familia A

Las relaciones familiares se caracterizaban por la existencia de alianzas bien definidas en las que los hijos apoyaban y estaban de lado de la mamá, mientras que el padre estaba solo en el otro bando. Aparentemente estos dos bandos existían debido a que al sr. Andrés se le percibía con una imagen tiránica y por la violencia a la que sometía al resto de la familia.

Los primeros momentos de la historia de la vida familiar se caracterizaron por frecuentes episodios de violencia verbal en los que el padre gritaba y ofendía a su esposa y a sus hijos. De acuerdo con la narración de la solicitante de la terapia, en pocas ocasiones su padre los golpeó.

Conforme los hijos crecieron empezaron a defenderse de las agresiones del padre. Samuel a la edad de 18 años empezó a hacer ejercicio para “ponerse fuerte” y defender a su madre y hermanos. Cuando Diana creció, también empezó a defenderse y a “no dejarse” de modo que se enredaba en largas discusiones con su padre de las que ambos salían enojados.

El hecho de que los hijos empezaran a defenderse y poner un alto a las agresiones de su padre, trajo como consecuencia que estas fueran menos frecuentes; sin embargo él seguía siendo muy severo y exigente con sus hijos. Deseaba que tuvieran excelentes calificaciones, que le obedecieran en todo, que acataran sus prohibiciones y que las cosas se hicieran a su modo para que fueran consideradas como bien hechas y él diera su aprobación. La sra. Sonia intervenía en las discusiones cuando su esposo llamaba la atención a los hijos, también intervenía diciéndole a sus hijos que se calmaran y no replicarían más para evitar que la riña creciera y saliera de control.

Al sr. Andrés le habían descubierto recientemente un padecimiento cardíaco que se agudizaba cada que se enojaba y/o discutía cuando algo no salía según sus deseos. Aparentemente esta fue una razón adicional por la cual estaba controlando sus reacciones y trataba de evitar los enojos y discusiones con sus hijos.

Diana definía su relación con su padre como distante, aparentemente el sr. Andrés manifestaba poco interés en platicar con sus hijos y representaba una figura autoritaria en la familia. En contraste, la consultante consideraba que su madre era su principal apoyo en todos los sentidos pues ella la escuchaba cuando quería platicar, la apoyaba con sus estudios e incluso intercedía para que las reacciones de severidad paternas fueran menos intensas.

Samuel procuraba estar poco tiempo en casa y se pasaba el día en el gimnasio, en la escuela y con sus amigos; sin embargo, él se enganchaba poco en las

discusiones con su padre. Por su parte Joel Andrés se mostraba rebelde ante las reglas.

Debido a la historia de agresión en la familia, Diana decidió solicitar apoyo terapéutico para poder “sanar por dentro”. Expresaba sentimientos ambivalentes hacia su padre, por un lado sentía que no lo podía soportar, pues recordaba los momentos de agresión y reaparecía el enojo y el resentimiento; por otro lado deseaba perdonarlo y suponía que por alguna razón su padre había sido así y quería estar en paz con él.

Intervenciones empleadas

Preguntas presuposicionales

Estas fueron intervenciones básicas ya que la terapia se orientó con el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Mediante las preguntas presuposicionales se transmitía la idea de que el cambio buscado ya estaba ocurriendo. El planteamiento de estas preguntas no causaban sorpresa o extrañez a Diana, inmediatamente asumió que ya estaba haciendo algo para poder lograr “sanar su corazón”.

Ante cada excepción hallada, se procedía a marcarla haciéndola evidente e importante. Posteriormente se ampliaba tratando de abarcar sus percepciones ante las excepciones, las percepciones de otros, las ideas y sentimientos relacionados con esos cambios, los recursos que empleó, las reacciones producidas.

Finalmente se atribuyó el control de esos cambios a Diana, de modo que ella pudiera identificar qué es lo que había hecho para lograr las excepciones. Walsh (2004), afirma que una meta terapéutica desde el enfoque de la resiliencia es lograr la agencia personal, como en el caso de la terapia narrativa. Se puede

afirmar que en el proceso terapéutico con Diana, ella logró aumentar su agencia personal.

Pregunta de escala

Estas preguntas fueron empleadas a partir de la segunda sesión para conocer con una referencia numérica el grado de avance percibido por Diana. En esa sesión la consultante dijo que ya había logrado sacar “casi el cincuenta por ciento de veneno”. Para la tercera sesión dijo que su avance había llegado al setenta por ciento y en la cuarta sesión reportó un avance del ochenta por ciento, para la sexta sesión había llegado a su meta que era noventa por ciento.

A partir de la tercera sesión se pretendió definir una meta razonable de eliminación del veneno, sin embargo, Diana se anticipó y dijo que era bueno que no todo el veneno saliera, que hacía falta que quedara una cicatriz que le recordara lo que había vivido y cómo le había hecho para superarlo “como un libro de historia”.

A partir de estas preguntas el dialogo terapéutico invitaba a identificar y recordar los recursos que hasta el momento habían servido para lograr avances.

Validación de los sentimientos

Los sentimientos de ira y tristeza así como el dolor fueron validados desde la primera sesión en la que habló de su situación familiar y la difícil relación con su padre.

En particular, le resultó difícil nombrar la tristeza como una emoción que sentía cuando su papá se ponía violento. Nombró la tristeza hasta la sesión cuarta y este hecho se connotó positivamente diciéndole que “ahora que podía reconocer y hablar de la tristeza era una señal de que su corazón estaba sanando y sacando todo el veneno que llevaba dentro”

Uso de metáforas

El lenguaje de la paciente estaba cargado de metáforas. Con la finalidad de lograr una mejor sintonía se emplearon todas las metáforas que ella usaba y cuando se consideró oportuno se propusieron otras que estaban íntimamente relacionadas con las suyas.

El uso de las metáforas facilitó el diálogo terapéutico y fue de mucha utilidad para dar mayor intensidad a la expresión de emociones y a los descubrimientos positivos que hacía de sí misma y sus recursos.

Preguntas de avance rápido (de proyección al futuro)

Estas preguntas estaban orientadas a que Diana tuviera una imagen de los cambios que ella y los otros iban a notar cuando los cambios ocurrieran. Sirvió mucho hacer estas preguntas pues Diana podía decir quiénes se darían cuenta primero, quiénes después y cómo lo notarían, así como cuáles serían los cambios que ellos podrían percibir y cómo es que ella se daría cuenta que los demás notaban los cambios. El planteamiento de estas preguntas generaba entusiasmo, más aún cuando veía cumplir sus predicciones.

Haciendo su pronóstico, pensaba que quienes se iban a dar cuenta primero eran sus hermanos y su mamá, y que incluso su papá se extrañaría cuando ya no se enganchara en discusiones. En esa visión a futuro se veía más tranquila, escuchando a su papá y luego planteando sus puntos de vista, siendo más tolerante, obedeciendo un poco más y “repelando” menos.

Uso de los elogios

Desde la primera sesión el uso de los elogios fue un recurso terapéutico, de mi propia voz y del equipo. Los elogios se usaron para marcar las excepciones y los recursos que estaban funcionando bien para que pudiera lograr el objetivo que se planteó.

En primer lugar se reconoció su decisión para buscar apoyo, se elogió su paciencia cuando lograba no dejarse atrapar en una discusión, su prudencia, su capacidad de elaborar estrategias para “parar las tormentas” antes de que iniciaran, su capacidad para mantener conversaciones pacíficas con su papá y que estas habilidades las estuviera trasladando a otros contextos (novio, amigos, compañeros de escuela, profesores). Se elogió también el que tuviera claridad en cuanto a que no era posible que ella cambiara a su papá. Igualmente se reconoció su creatividad.

Fue evidente que los elogios que eran enviados por el equipo fueron muy útiles para aumentar la intensidad y la visibilización de las excepciones así como de sus recursos y fortalezas.

Anticipación a la recaída

Por tratarse de una familia con antecedentes de violencia, se procuró hacer especial énfasis en este aspecto. Dentro de la conversación terapéutica se trajo el tema de “qué hacer en caso de..”; estas intervenciones reiteradas permitieron que Diana pusiera atención en ello y elaborara un plan de emergencia.

Se hicieron preguntas para que ella evaluara cuáles serían los factores que podrían propiciar que surgiera una nueva “tormenta” y que planeara qué podría hacer ante tal evento, a quién acudir, qué decir, cómo decir, o no decir.

Contó que le había servido mucho prepararse así porque en una ocasión que “vio venir la tormenta” pudo detenerla a tiempo y que cuando “la tormenta llegó” en otra ocasión, esta terminó pronto y de una forma más tranquila, de hecho ya no eran tormentas eran “simples lloviznas”.

Uso de rituales

La planeación de un ritual de curación facilitó que mediante el uso del código analógico no verbal Diana pudiera ir vaciando su corazón del veneno, a la vez que llenaba un costalito con piedritas envueltas en papeles que detallaban los agravios, las faltas y las agresiones de su padre.

Este ritual tuvo un efecto positivo, Diana solía ir midiendo el avance en la sanación de su corazón así: “ya solo me falta echarle unas poquitas piedritas al costalito”. Al final, ella decidió que el destino de esas piedras era que ocuparan un lugar en un paisaje cualquiera (un jardín cerca de su casa), pues el veneno que salió de su corazón se había convertido en piedra y como piedra ya no intoxicaba a nadie y nadie tenía que cargarlo más.

La recuperación de lo aprendido

Muy en sintonía con el enfoque de la Resiliencia, se estuvo tratando de recuperar el aprendizaje que tenía con cada experiencia exitosa. Se le preguntaba a Diana, ¿cómo le hiciste esta vez para que no respondieras como antes a tu papá?, ¿qué hiciste?, ¿de dónde sacaste la fuerza para lograrlo?, ¿qué de lo que hiciste lo puedes aplicar en otra ocasión?, ¿en qué otro lugar o con qué otras personas puedes usar lo que aprendiste?, ¿cómo lo vas a hacer?

La ampliación de las explicaciones

Con la finalidad de reducir la tensión existente en la relación de Diana con su padre se le pidió a la consultante que investigara sobre la historia de su papá, para conocer sus antecedentes y pudiera comprenderlo desde otro punto de vista sin que ello significara que llegase a justificar su conducta violenta.

Diana investigó con algunas hermanas de su papá y de su mamá, con conocidos de su papá sobre la historia de él y el conocer cómo había sido con esas personas, cómo había sido su infancia, adolescencia y juventud, efectivamente no logró que ella justificara el comportamiento violento de su padre, pero tuvo como efecto que pudiera “entenderlo un poco más y ya no me resultan tan fastidiosas algunas cosas que hace”. Esto le permitió ver otras posibilidades para relacionarse con su papá.

Intervenciones posibles

Desde el enfoque de la Resiliencia, para el proceso terapéutico reportado habría sido de utilidad apelar con mayor intensidad a los recursos interaccionales de la familia en su conjunto, ya que las intervenciones aplicadas dieron un mayor peso a la recuperación de los recursos personales aunque no se dejó de contemplar al espectro familiar con sus posibilidades.

Por otro lado, quedaron sin explorar algunos de los elementos que facilitan la resiliencia familiar, tales como la espiritualidad.

Tipo de crisis y sus manifestaciones

De acuerdo con las clasificaciones de crisis que hemos revisado hasta el momento, podemos ubicar que las tensiones causantes de la crisis eran de tipo habitual, real, específica e intrínseca. Habitual porque aunque la violencia verbal

(insultos, gritos y descalificaciones) habían bajado de intensidad desde antes que diera comienzo la terapia, aún ocurrían episodios violentos; igualmente habitual era el dolor emocional que Diana experimentaba y deseaba superar, en este sentido éste dolor era encubierto, pues no se hablaba abiertamente de él en la familia. Era real, pues había una tirantez palpable en las relaciones de la familia, en particular entre la consultante y su padre. Por otro lado, era una tensión intrínseca pues el origen de la tensión no se encontraba dado por factores externos propiciatorios, al menos no de forma evidente. Aunque, podríamos decir que a un nivel de macrosistema, existe un complejo de sistemas interconectados que incluyen una ideología que determina la cultura y los roles definitorios en el ejercicio de poder y uso de la violencia según patrones de género y que influyen en la forma y dirección del uso de poder (Bronfenbrenner, 1987, Corsi, 2003)

Aunque el motivo de consulta de la consultante no incluía como demanda terapéutica al sistema familiar en su totalidad, las acciones terapéuticas y su análisis lo contemplan de forma integral. Lo que Diana deseaba atender era una crisis emocional personal que le impedía relacionarse de forma cordial con su padre, pues tenía continuamente presentes los antecedentes de maltrato y existían aún esporádicas riñas familiares.

El malestar reportado era de carácter individual y a decir de la consultante se ubicaba en una herida en el corazón que deseaba sanar “sacando el veneno que llevaba dentro”; esto a su vez tenía implicaciones relacionales en la familia y en otros contextos cercanos a ella.

Quizá podemos hablar de que la crisis reportada posee cualidades de una crisis estructural según la clasificación propuesta por Pittman (1991) y esta sería una crisis estructural en tanto que existía una exacerbación de la pauta interna de la relación familiar, aunque aparentemente la pauta mantenida no ejercía bloqueos para el desarrollo evolutivo de la familia, sí mantenía una perpetuación de una

dinámica en la que la resolución familiar de conflictos estaba dada por la imposición autoritaria del padre y la conducta simétrica de la hija.

En cuanto a la clasificación propuesta por O'Hanlon (2005), la crisis podría ubicarse en la categoría de Autogenerada porque la pauta relacional al interior de la familia era lo que contribuía al mantenimiento de la crisis y no había una causalidad exterior.

O'Hanlon (2005),

Procesos resilientes

En cuanto a los proceso resilientes, a continuación se describen los que fueron hallados en la familia siguiendo la clasificación propuesta por Walsh (2004).

Sistemas de Creencias

Los sistemas de creencias familiares son los que permiten dar sentido y coherencia a las situaciones de crisis, además de que permiten o bloquean la ocurrencia de las mismas.

De los elementos propios de los Sistemas de Creencias que fueron encontrados en la familia de Diana fueron los siguientes:

- Convicción de que unidos pueden enfrentar los desafíos. Diana pensaba que las dificultades de la vida por difíciles que fueran podía enfrenarlas gracias al apoyo de su madre y hermanos e incluso sabía que su padre no la dejaría sola a pesar de la relación tensa que mantenía con él.
- Confianza en los demás. En el proceso terapéutico un elemento considerado fue el riesgo de que existieran cambios que modificaran las alianzas que tenían larga historia de haberse consolidado y que dividían a la familia en dos bandos, el de su papá y el del resto de la familia. Diana

siempre tuvo la certeza de que sus hermanos y su madre la apoyarían a generar los cambios que fueran necesarios para que ella pudiera “sanar su corazón” y mejorar la relación con su padre y de hecho así ocurrió. La madre de la consultante apoyó los cambios y se alegró con el cambio en el clima familiar, lo cual reforzó los lazos y aumento el sentido de integridad familiar.

En este sentido, cuando Diana se dio cuenta de que lograba “sacar el veneno que llevaba dentro” y “sanar su corazón” ganó seguridad y se convenció de que otros problemas también eran solubles, que podía contar con su familia, buscar apoyo en instituciones y recuperar el aprendizaje y la experiencia que ya tenía.

- La explicación de la crisis. Esta se refiere a la identificación del origen de la crisis. Diana culpaba a su padre por haber sido tan severo, por mostrar conductas agresivas, por querer tener siempre la razón y por ser distante incluso en los momentos en los que ella quería celebrar sus logros escolares y personales. En el proceso terapéutico se trabajó este elemento para ampliar la visión de la consultante y pudiera percibir otras opciones y posibilidades.

- Redes de apoyo. Diana consideraba que su fuente de apoyo principal estaba con su madre que era quien la escuchaba y apoyaba sus decisiones; por ejemplo, su decisión de acudir a terapia a solicitar atención. Por otro lado, un primo de su padre (el tío Eduardo) era una figura importante para ella pues él estaba pendiente de sus logros académicos y de los de sus hermanos. Solía brindar apoyo emocional a toda la familia debido a que estaba enterado de la situación de violencia. En ocasiones de necesidad, el tío también solventaba algunos gastos. Además, Diana sabía que podía confiar en él “sé que en mi vida hay cosas malas y buenas... mi tío Eduardo es de las cosas buenas”.

- Atribución de logros. Cabría esperarse que de acuerdo con la socialización del género, Diana al ser mujer atribuyera sus logros a factores externos a sí misma y los fracasos sí se los adjudicara; sin embargo no fue así, Diana se mantenía atenta a las cosas que ella hacía y que eran “sus armas” que le ayudaban a “sacar el veneno que llevaba dentro”, pero también reconocía que había personas que le apoyaban para el logro de sus objetivos, por ejemplo su tío Eduardo, su mamá, sus hermanos e incluso la terapia.
- Uso del humor. Este es otro factor que en la literatura se señala como fundamental en los procesos resilientes. El estilo de Diana era poético para describir y narrar lo que ocurría en casa, sus logros y metas; continuamente usaba metáforas, pero también era receptiva a los juegos de palabras usados en la terapia y que eran graciosos y reía de buen grado ante ello.
- Reconocimiento del problema y limitaciones. Diana estaba consciente de que no podía transformar a su papá, sabía que ella podría hacer algunos cambios para sentirse mejor. Sabía también –y deseaba- que el “veneno que llevaba dentro” no saldría completamente porque era normal tener una “cicatriz” que “te recuerde lo que has vivido y lo que aprendiste”.
- Espiritualidad. Este elemento no fue identificado durante la terapia.
- Creatividad y potencial de inventiva. La consultante estuvo dispuesta a probar cosas distintas para relacionarse con su papá, utilizando su ingenio. Por ejemplo, hacer cosas inesperadas como abrazar a su papá lo que no era habitual en la interacción con él y que por otro lado deseaba hacer pero que antes no se había atrevido. Por otro lado, cuando al final del proceso terapéutico se le pidió que reflexionara sobre qué consejos daría a otras chicas que pasaran por lo que ella vivió, decidió hacer un “manual de

emergencia” y antes de ello un poema “Nunca solo” en el que se destaca la ilusión y el optimismo.

Procesos Organizacionales

Estos contemplan la estructura familiar y sus procesos de estabilidad y cambio.

- Flexibilidad. La flexibilidad de la familia parecía estar limitada pues no se admitían cambios en cuanto a la participación de los hijos en un diálogo en el que sus puntos de vista fueran considerados como válidos, además existía resistencia a que los hijos adolescentes participaran en algunas actividades, como ir a fiestas o tomaran decisiones sobre cosas que les concernían a si mismos.

Por ejemplo en cuanto a la toma de decisiones, cuando Diana terminó la secundaria, su padre decidió que ella debería estudiar en una Vocacional. Diana deseaba estudiar en un CCH pero su padre no lo permitió. La consultante estuvo inscrita en una Vocacional durante un año, pero no tuvo los resultados escolares esperados y abandonó la escuela. Ella habló con su mamá para decirle que deseaba estudiar, pero quería estar en un CCH, su madre la apoyó para que pudiera inscribirse. Cuando su padre se enteró se enojó mucho con Diana y la ofendió, pero cuando se dio cuenta de que su hija estaba obteniendo buenos resultados en su nueva escuela, dejó de señalar la salida de la Vocacional como un fracaso, pero no reconoció abiertamente como un acierto el cambio de escuela.

- Estabilidad. La familia contaba con una serie de rutinas que daban sensación de seguridad y continuidad familiar. Por ejemplo, la hora de la comida y cuando se sentaban a ver televisión. Por otro lado, existía una clara definición de los roles de la familia: el padre era quien asumía la responsabilidad del sostenimiento económico y tomaba las decisiones y la

madre se encargaba de las tareas domésticas y asumía las decisiones que su esposo tomaba. Los hijos tenían pocas posibilidades de replica y se les tenía encomendado el obtener buenos resultados académicos y obedecer al padre.

- Intimidad y compromiso. Para Diana la relación cercana dentro de la familia estaba con su mamá y con su hermano menor. Diana creía que le debía mucho a su mamá, en particular que confiara en ella y la apoyara; por ello sentía que no podía fallarle.

Retomando el ejemplo del cambio de escuela, pensaba que si su mamá había confiado en ella para inscribirse en el CCH y que incluso se había rebelado a su papá, entonces ella no podía fallar.

- Recursos sociales. La familia estaba consciente de la necesidad de abrirse a los recursos que pudieran aportarles fuentes externas. Por ejemplo en el caso de la solidaridad mostrada por el tío Eduardo, y también estaba el hecho de que Diana solicitara la terapia.

Procesos de Comunicación

Según Walsh (2004) los elementos de los procesos de comunicación son piezas fundamentales para fortalecer la resiliencia familiar.

- Claridad. En la relación familiar y en particular en la relación entre Diana y su padre, existía poca claridad en los intercambios comunicacionales. La tensión en la relación no se metacomunicaba, no hablaban directa y claramente del dolor y el resentimiento, y sus interacciones eran una serie sucesiva de riñas en las que era como si “una montaña chocara con otra” por motivos tales como discutir para definir quién tenía la razón sobre la heroicidad o culpabilidad de un personaje de un programa de televisión. En

las últimas sesiones de la terapia se identificó que la claridad en la comunicación había alcanzado una mejoría notable. Diana y su padre lograron hablar sin discutir e incluso participar en conversaciones en las que podían exponer puntos de vista en los que no concordaban sin que se desataran más “tormentas”.

- Expresión emocional sincera. En un principio la comunicación emocional sincera estuvo limitada a los intercambios entre Diana y su mamá quien ofrecía respuestas empáticas al dolor y la ira que su hija expresaba. Esta sinceridad en la expresión emocional se amplió de modo que también llegó a incluir de forma más abierta a sus hermanos e incluso a su padre.
- Resolución cooperativa de problemas. El problema reportado por Diana aparentemente era algo que solo le concernía a ella y a cómo se sentía en la relación con su padre. Sin embargo, sus hermanos y su mamá mostraban apertura a escuchar su sentir y apoyaron la decisión de Diana de solicitar apoyo terapéutico para resolver su malestar. Esta decisión fue apoyada por ellos y estuvieron de acuerdo en que era bueno que buscara fuera de la familia lo que necesitaba para que lograra sus metas.

En la terapia no se abordó directamente este tema de forma que se propiciara expresamente un intercambio comunicacional más claro y cercano con su padre. Sin embargo, los cambios generados por la terapia tuvieron un alcance suficiente como para que, aún sin que padre e hija hablaran de la tensión de su relación, sus diálogos tendieron a ser más abiertos y respetuosos ante las diferencias de opinión.

3.4.3. Integración de expediente de la Familia B

Sede

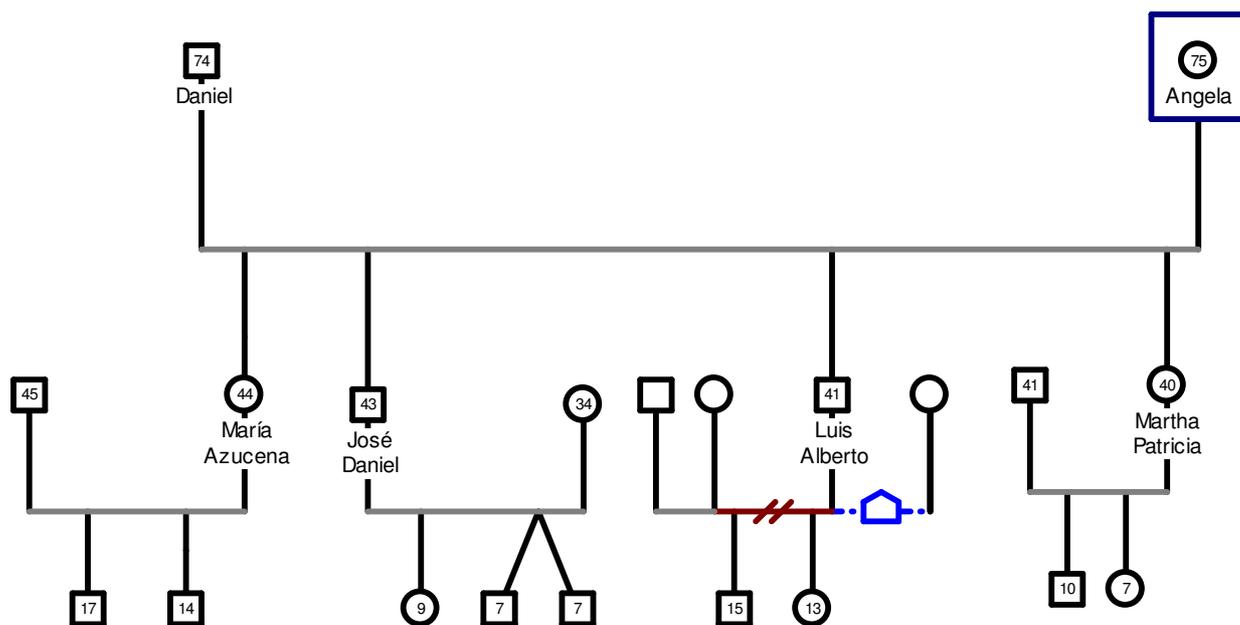
Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE

Familia

Se trata de una familia en etapa de nido vacío.

La sra. Angela es quien solicita la atención para ella misma. Es esposa de Daniel (Ingeniero Civil, jubilado) y madre de cuatro hijos. Ambos seguían casados por 45 años. Ninguno de sus hijos vivía en la casa paterna y todos eran profesionales.

Familiograma



Motivo de Consulta

La sra. Ángela solicitó la terapia por sentir ansiedad.

Antecedentes de Tratamiento

Ninguno

Modelo principal

Terapia Breve Centrada en Soluciones

Temas abordados

Cambios en el ciclo vital, historia personal y familiar, recursos familiares y personales.

Resumen

La sra. Ángela reportó que últimamente se había sentido sin saber qué hacer, aún cuando antes siempre se había considerado metódica. Esto le provoca ansiedad y depresión. Comentó que esto estaba relacionado con que su hijo Luis Alberto se había divorciado y eso le causaba preocupación. Posterior al divorcio él estuvo viviendo en la casa paterna por un tiempo pero que en el momento en el que se dio la terapia ya estaba viviendo con una nueva pareja.

Por otro lado, manifestó preocupación por sus hijas, pues una de ellas padece depresión y la otra epilepsia controlada.

Además, dijo que su esposo había vuelto a trabajar después de que ya era jubilado y ya se habían habituado a realizar actividades juntos. Por otro lado, después de tener a su cargo la coordinación de catequesis de su parroquia por mucho tiempo, había dejado esas funciones y era algo que extrañaba. Dijo sentirse sola.

En términos generales la consultante estaba atravesando por un periodo de cambios en su vida que habían desestabilizado su ritmo diario, por lo que tuvo que adaptarse y reajustar sus actividades a su nueva situación familiar y personal. La terapia estuvo orientada a ello con muy buenos resultados.

Sesión 1

Se dedicó un amplio espacio de la sesión para conocer más sobre las preocupaciones de la consultante y respecto a ello se normalizó la intranquilidad que reportaba pues estaba atravesando por varios cambios y había muchas cosas que “ocupaban su cabeza” en ese momento.

Una vez que se escucharon sus preocupaciones, se procedió a explorar sus recursos mediante preguntas presuposicionales de excepciones; principalmente buscando cambios que ya hubieran ocurrido aún antes de la primera sesión. La paciente narró algunas cosas que ya había estado haciendo como hacer ejercicio, asesorar en la catequesis, inscribirse a un curso de tanatología y ocuparse con más alegría de algunos quehaceres domésticos y que estaban contribuyendo a sentirse mejor.

Con la finalidad de seguir buscando excepciones, se conversó sobre las cualidades que había identificado en sí misma y que le habían ayudado en otras ocasiones a superar las adversidades. La consultante recordó algunas y las comentó. También se indagó sobre figuras a quienes ella admiraba. Mencionó a tres personas importantes de su familia y a través de la conversación, la paciente identificó que algunas de las cualidades que más admiraba de esas personas, ella misma las poseía.

También se inició la exploración de sus redes de apoyo.

Al final de la sesión se procedió a realizar un trabajo de equipo reflexivo que se orientó a marcar las cualidades positivas de la paciente y el equipo se aventuró a expresar que la siguiente sesión Ángela podría sorprendernos con otra cosa que estaría haciendo para sentirse mejor.

Sesión 2

La paciente reportó sentirse mucho mejor. Con la conversación en la sesión se continuó buscando excepciones que fueron marcadas y ampliadas y se atribuyó el control de los logros alcanzados a la sra. Ángela.

Con la finalidad de medir los avances y lo que aún faltaba por hacer se realizó la pregunta de escala en donde 0 es no tener de malestar y 10 es tener un malestar extremo. La consultante dijo que la primera sesión su malestar estaba en 10 y que había logrado que su malestar bajara a 8.

A lo largo de la sesión se tocaron distintos temas y en todos ellos se buscó identificar los recursos y las estrategias que a lo largo de su vida le han sido útiles para hacer frente a las dificultades. Lo anterior, fue marcado y ampliado mediante preguntas presuposicionales que permitieron atribuir el control de estos cambios a la paciente.

La consultante afirmó que su familia notó cambios dramáticos en su estado de ánimo y que esta situación le llenó de alegría y le ayudó a que se sintiera aún mejor.

Sesión 3

En esta sesión se exploraron las excepciones al problema que la consultante había logrado a partir de la sesión previa y enumeró algunas: ya no lloraba cuando estaba sola en su casa, hacía sus quehaceres con alegría, estaba menos preocupada por las decisiones que sus hijos tomaran y su estado de ansiedad prácticamente había desaparecido.

Se retomó la pregunta de escala en donde 10 equivalía al más alto nivel de malestar y 0 era igual a ningún malestar. La consultante dijo que su nivel de malestar se encontraba en 1. Y debido a estos avances en los objetivos de la terapia se decidió dar de alta.

Ella agradeció a todo el equipo por el apoyo que recibió, pues ahora tenía proyectos en su vida; realizaba sus actividades diarias con alegría; había comenzado a acercarse y convivir con la nueva pareja de su hijo y aceptar esta decisión de él.

3.4.4. Análisis Teórico Metodológico. Familia B

Se trata de una familia en etapa de nido vacío. Ángela vivía con su esposo y fue ella quien solicitó la terapia para atender su ansiedad. De acuerdo con la narración de la consultante, la relación con su esposo era muy buena. Este fue un aspecto que destacó en más de una ocasión pues identificaba en su esposo a su mayor fuente de cariño, apoyo, consejo y compañía.

Recientemente la familia y el ritmo de vida de Ángela habían cambiado. Su esposo tenía años de haberse jubilado pero poco antes de que diera inicio la terapia su hijo José Daniel le propuso que trabajara con él en un negocio que estaba emprendiendo. El sr. Daniel era ingeniero civil al igual que su hijo José Daniel. Por otro lado, su hijo Luis Alberto hacía unos meses había dejado la casa paterna luego de vivir con ellos por dos años. Ángela los extrañaba a su esposo y a su hijo, pues parte de sus actividades cotidianas estaban organizadas en función de ellos y las atenciones que podía brindarles.

El resto de los hijos eran casados y vivían cada uno con su cónyuge y sus respectivos hijos. Ángela y su esposo convivían con ellos de vez en cuando y mantenían una buena y cálida relación con ellos. Incluso ella se comunicaba con su hija Martha a través del Messenger.

Ángela consideraba que sus hijos siempre fueron buenos estudiantes y ella y su esposo se sentían orgullosos de ellos, además los describía como responsables, educados, cariñosos y que estaban al pendiente de sus necesidades y su salud.

Como padres habían sido estrictos y exigentes de que ellos tuvieran un comportamiento dentro de las normas morales y tradiciones de la religión católica. Cuando los hijos aún vivían en la casa paterna, las reglas eran estrictas y si las sobrepasaban había consecuencias para castigar las conductas que no aprobaban.

Intervenciones empleadas

Preguntas presuposicionales

Como el proceso terapéutico estuvo fundamentalmente apoyado en el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, las intervenciones de preguntas presuposicionales fueron fundamentales. En ellas se daba por hecho que sus recursos y cualidades estaban rindiendo sus frutos al enfrentar esta crisis que la mantenía ansiosa y sin saber qué hacer. Esta forma de abordaje, permitió que Ángela expresara una actitud más optimista con respecto a su situación y efectivamente pudo dar a conocer las cosas que estaba haciendo y que le estaban siendo de utilidad aún antes de que asistiera a la primera sesión.

A Ángela, le gustaba narrar episodios de su vida en los que había pasado por situaciones difíciles y cómo había hecho para solucionarlas. Esta situación fue aprovechada de modo que esos recursos por ella conocidos, fueran marcados haciéndolos notar como algo excepcional y muy valioso para resolver el problema que ahora tenía. Además esas excepciones que ocurrieron años atrás y las recientes fueron ampliadas para poder conocer la mayor cantidad de detalles y que a su vez generara una agencia personal de los éxitos alcanzados.

Estas preguntas facilitaron que Ángela se diera cuenta de que era una mujer con recursos que tomaba una actitud activa ante las crisis. De entre las cosas que ella hizo para sobreponerse a los cambios en su familia fue el empezar a hacer

ejercicio, acrecentar la cercanía con su esposo y conversar más con él acerca de lo que le preocupaba, inscribirse a un curso de tanatología, continuar participando en la iglesia en la organización de actividades en beneficio de su congregación, continuar manteniendo contacto con sus hijos, y en un principio hacer los quehaceres domésticos aún cuando se sentía triste; posteriormente reporto que estos quehaceres ya los hacía con gusto y alegría y que lo estaba disfrutando mucho.

Normalización

Se normalizó la preocupación por sus hijos y en particular por su hijo Luis Alberto. También se normalizó el estado que reportaba como ansiedad, puesto que los cambios ocurridos en su familia se produjeron muy rápidamente y era lógico que se sintiera así mientras se adaptaba completamente a ellos.

Pregunta de escala

Esta pregunta se planteó en la segunda sesión: “¿cuál es su nivel de malestar ahora en una escala del 0 al 10, en donde 0 es no tener de malestar y 10 es tener un malestar extremo?” en esa ocasión Ángela dijo que antes de acudir a la terapia su nivel de malestar era de 10, pero en esa ocasión ya había bajado hasta llegar al 8. Agregó que ella se sentía mucho mejor y no solo eso, sino que además sus hijos y su esposo lo notaron también y se alegraron mucho por los cambios.

En la tercera y última sesión se volvió a plantear la pregunta de escala respetando el esquema anterior. En esa ocasión Ángela dijo que su nivel de malestar había descendido hasta 1, y que ya podía manejar ese nivel de ansiedad, “mi estado de ánimo está tan bien que las cosas de todos los días, como lavar los trastes, las hago con alegría”.

Indagación sobre sus modelos a seguir

Se buscó indagar sobre figuras importantes en su vida a quienes les admire y de donde se pudieran recuperar recursos que le sirvieran de inspiración para adaptarse a los cambios que en su familia habían ocurrido. Ángela mencionó a su madre, a su padre y a su abuela. Con respecto a su madre, dijo que admiraba la paciencia, la bondad, el gusto por la música. De su padre dijo que le gustaba su inteligencia. De su abuela, la inteligencia. Una vez que ella mencionó aquellas cualidades que admira de las figuras significativas en su vida familiar y de adolescente se investigó (para rescatar como un legado que puede usar como recurso ahora) si identificaba esas características en sí misma. A este respecto refirió algunas anécdotas que muestran claramente que contaba con las cualidades que les admiraba a su papá, su mamá y su abuelita.

Equipo reflexivo

En las tres sesiones se empleó esta intervención y tuvo un efecto poderoso e impactante en la generación de cambios. En la primera sesión, la intervención del equipo se orientó a marcar las cualidades positivas de la Ángela (fortaleza, alegría en la vida, el temple que ha alcanzado en las adversidades lo que la ha llevado a crecer), e incluso el equipo se aventuró a expresar que la siguiente sesión ella llegaría con una sorpresa de más cosas favorables que haría para sentirse mejor.

En la segunda sesión el equipo dijo que les llamaba la atención que *“una persona que ha pasado por tantas experiencias en su vida, experiencias positivas y negativas ahora puede aceptar cosas nuevas, como un reto”*, además de que *“ella ha tomado las decisiones adecuadas para lograr lo que ha querido y ahora esta también haciendo lo que necesita hacer”*. Por otro lado, un miembro del equipo se pregunta *“¿qué verán ahora sus hijos en ella?”*, puesto que tal vez antes la veían como una persona predecible *“¿qué tan sorprendidos podrían estar los hijos?”*. Alguien más, y desde la visión de hijo, comentó que *“se debe sentir un gran amor*

y admiración al ver que los padres tratan de flexibilizarse para aceptar algo que tal vez no les agrade tanto pero que al ver que al hijo le hace feliz deciden tratar de aceptarlo". Por último, el equipo reflexionó sobre el legado que ella ha dejado a sus hijos, lo cual puede ser las herramientas con las que cuentan para la solución de sus propios problemas.

En la tercera sesión el equipo orientó su reflexión a la recopilación de recursos que Ángela había usado para "salir adelante" tan pronto. La paciente dijo que se llevaba todas esas palabras bonitas que escuchó del equipo porque nunca nadie le había dicho algo así, "lo hermoso que dijeron ellos, eso me llevo porque me ayudó mucho".

Intervenciones posibles

Quizá los logros alcanzados pudieron haberse proyectado al futuro para adaptarse a otros cambios inevitables propios del ciclo vital, esto en el sentido de que por razones de su edad, su salud se estaba deteriorando (tenía várices y le estaban causando algunas molestias) y en un tiempo no sería posible que estuviera involucrada en tantas actividades, ni mantendría el mismo ritmo de vida.

Tipo de Crisis y sus manifestaciones

Las tensiones que estuvieron involucradas en la aparición de la crisis que Ángela reportó, podemos encontrar una tensión de tipo manifiesta, ya que toda la familia estaba enterada de que los recientes cambios en la familia iban a modificar la vida cotidiana de la consultante; también era una tensión aislada, pues tuvo que ver con tres eventos muy definidos (el reingreso al mundo laboral de su esposo, el divorcio de su hijo, la partida del mismo hijo para vivir con una nueva pareja); otra cualidad de las tensiones implicadas era su carácter intrínseco, pues el origen de la tensión era propiciada a partir de los cambios que se gestaron en el interior de la familia y exigían su adaptación a tales cambios.

Igual que en el caso anteriormente presentado, el motivo de consulta presentado demandaba el alivio de la tensión que un miembro de la familia vivía más intensamente y fue quien solicitó la terapia. De cualquier forma, en la terapia se contempló al sistema familiar en su totalidad y los cambios que había experimentado a lo largo de su historia.

La crisis reportada parecía localizarse solamente en el sufrimiento y ansiedad que padecía Ángela, quien por un lado no sabía cómo ocupar su tiempo “¿no sé qué hacer?, ¿estará bien lo que hago?” y por otro lado no lograba aceptar que su hijo viviera una vida de un modo que la religión y las tradiciones no consideran aceptable. Sin embargo, cuenta con elementos que la ubican dentro de la categoría de Crisis de Desarrollo, según la clasificación propuesta por Pittman (1991). De este tipo de crisis cumple con los elementos de que es una crisis universal y previsible. Aunque la partida de los hijos sucedió conforme fueron contrayendo matrimonio, el hecho de que Luis Alberto abandonara la casa paterna luego de su separación para irse a vivir con una nueva pareja fue como pasar otra vez por ese momento en el que los hijos se van.

En cuanto a la clasificación propuesta por O'Hanlon (2005), la crisis podría ubicarse en la categoría de Autogenerada porque la pauta relacional al interior de la familia era lo que contribuía al mantenimiento de la crisis y no había una causalidad exterior evidente.

Procesos resilientes

Enseguida se describen los procesos resilientes identificados siguiendo la propuesta de Walsh (2004).

Sistemas de Creencias

Los elementos constitutivos de los Sistemas de Creencias que facilitan los procesos resilientes que fueron identificados en la familia de Ángela son los siguientes:

- Orgullo por pertenecer a su familia. Ángela siempre se mostró orgullosa del apoyo recibido por sus hijos y en particular por su esposo. Confiaba en las capacidades de cada uno y valoraba sus cualidades individuales, así como las virtudes globales de su familia.
- Convicción de que unidos pueden enfrentar los desafíos. Ángela estaba segura de que el apoyo de su esposo era fundamental para que ella pudiera adaptarse a las nuevas circunstancias familiares. Además de que sabía que sus hijos le brindaban el apoyo que ella necesitara.
- Confianza en los demás. Aunque Ángela no estaba de acuerdo con que su hijo Luis Alberto se divorciara y luego fuera a vivir con otra pareja, confiaba en que él había tenido razones valiosas para tomar esa decisión. También confiaba en su familia en caso de que su salud se viera mermada o que necesitara apoyo y aparentemente el resto de la familia compartía esa confianza en los demás miembros.
- Explicación de la crisis. La consultante dijo que se estaba sintiendo mal, ansiosa y esto debido a que ya se había acostumbrado a que su esposo estuviera todo el día en casa con ella, se había acostumbrado también a que su hijo viviera ahí y que sobre todo, le estaba costando mucho trabajo aceptar el divorcio de Luis Alberto, porque de acuerdo con su educación y con los preceptos religiosos esa era una condición inaceptable.

En algún momento llegó a culpar del divorcio de su hijo a la ex esposa de éste pues pensaba que no le había dado la atención que necesitaba y que era una mujer que estaba más centrada en sí misma que en atender a su familia y que debido a eso es que ocurrió la insatisfacción marital y sobrevino el divorcio.

Tanto los aspectos relativos con su vida sin su esposo en casa, con la partida de Luis Alberto, el divorcio de este y su nueva vida de pareja fueron tratados en la terapia y Ángela mostró flexibilidad en su sistema de creencias de modo que pudo aceptar la condición de su hijo, por el amor de madre, por la confianza depositada en él como un hombre maduro y responsable, y porque sabía que ella había dado lo mejor para educar a buenos seres humanos.

- Redes de apoyo. Las redes de apoyo de Ángela las encontraba principalmente dentro de su familia, y además con la gente que conocía en la congregación de su iglesia. Hay que mencionar que durante muchos años Ángela estuvo coordinando las actividades de catequesis de su parroquia y aunque decidió abandonar el cargo, seguía cumpliendo con varias funciones. Gracias a ese trabajo, podía tener cerca personas que se preocupaban por ella y le tendían la mano, así como tomar la decisión de pedir apoyo terapéutico.

- Atribución de logros. A diferencia de lo que ocurría con Diana, Ángela sí solía atribuir los logros alcanzados a los demás. En más de una ocasión dijo que el éxito de su labor como padres tenía que ver sobre todo con la participación de su esposo y en lo bueno que él era. También atribuía sus logros a Dios. Incluso los dramáticos avances que ella mostraba al ir superando rápidamente su ansiedad los atribuía a la terapeuta y al equipo de supervisión. Debido a esto, en la terapia se insistió en dar crédito a sus esfuerzos y capacidades.

- Uso del humor. Ángela hacía uso del humor continuamente. Empleaba refranes y dichos populares para reírse de su situación y de las cosas de la vida, esto propiciaba que fueran percibidos de forma menos angustiante y amenazante los cambios y las dificultades cotidianas.
- Reconocimiento del problema y limitaciones. Al hacer una evaluación de la crisis que enfrentaba, Ángela se daba cuenta de que la magnitud de los cambios no eran un obstáculo que le impidiera disfrutar de la vida. Cuando pudo identificar la naturaleza del problema que enfrentaba, también se dio cuenta de los elementos con los que contaba para hacerles frentes y también aceptó que ella no podía hacer nada para dirigir la conducta de su hijo.
- Valores. Los valores familiares eran más bien tendientes a mantener la continuidad con el pasado, para no desentenderse de obligaciones y responsabilidades. Los valores tan firmes relativos a cómo debía de ser una familia y la no aceptación del divorcio como una posibilidad en la vida, bien pudo ser causa del conflicto que vivía Ángela luego de que su hijo se divorció e inició una nueva relación de pareja.

Sin embargo, esos mismos valores de trabajo, amor, respeto, integración y unión familiar también le habían dado la fortaleza y la convicción para mantener su propia relación con su esposo de forma armónica y educar de la misma manera a sus hijos.

- Espiritualidad. Ángela estaba muy cerca de su fe, aseguraba que era una “consentida de Dios”, porque nunca la había dejado sola y tenía la confianza de que esto que estaba pasando ocurría por una razón, quizá porque Dios quería que aprendiera algo.

Este factor de la espiritualidad dotó de trascendencia al evento crítico por el que estaba pasando y del mismo modo lo hizo más llevadero pues Ángela tenía la certeza de que no estaba sola, de que había un poder superior que velaba por ella y no la dejaría caer. Aparentemente el resto de la familia compartía también esta relación de cercanía con lo espiritual.

- Creatividad y potencial de inventiva. Para cuando Ángela llegó a la primera sesión ya había emprendido acciones para reducir su ansiedad, por ejemplo se había inscrito a clases de aerobics, a un curso de tanatología y en la última sesión habló de los planes que tenía de organizar un concierto en beneficio de su iglesia porque además ella cantaba opera.
- Modelos a seguir. Ángela tenía grandes fuentes de inspiración, ellos eran su madre, su padre y su abuela. Pensaba que el ejemplo de ellos en cómo vivir la vida era un legado que le habían dejado; en ella misma logró identificar algunas de las cualidades que más les admiraba.

Procesos Organizacionales

- Flexibilidad. La familia en general mostraba flexibilidad para adaptarse a los cambios. En la historia de la familia se pudieron apreciar sus capacidades para reorganizarse. Prueba de ello es la rapidez con la que Ángela logró reajustar su vida a la nueva situación de su familia. Además haciéndolo de forma alegre y convencida de que las cosas se estaban reacomodando de forma positiva para todos.
- Estabilidad. Esta estaba dada por la constancia en la definición de reglas, roles y patrones de interacción. Cada miembro de la familia era plenamente consciente de su participación y responsabilidad con los otros. Los padres tenían un papel importante al brindar apoyo y consejo a sus hijos pero sin entrometerse en las decisiones que ellos como adultos tomaban.

- Intimidad y compromiso. Como ya se había señalado antes, Ángela definía la relación con su esposo como la más cercana y significativa. Sabía que podía confiar en él y también en sus hijos para dialogar con ellos en una relación de reciprocidad.
- Recursos sociales. Ángela identificaba a su familia como su fuente de apoyo principal, pero también acudía a otras personas e instituciones. De esa forma fue que empezó a hacer ejercicio, fue al médico y solicitó la terapia.

Procesos de Comunicación

Los procesos de comunicación fueron poco explorados de manera explícita en la terapia, sin embargo el análisis del caso permitió identificarlos y reflexionar sobre ellos:

- Claridad. Se puede presumir que la claridad en los intercambios comunicacionales en la familia era aceptable. Esta suposición se basa en que no fueron identificados malos entendidos y confusiones en la familia y de acuerdo con Walsh, (2004), estos malos entendidos son signo de que la comunicación está siendo poco clara al no haber una concordancia entre el mensaje verbal y no verbal y al no *decir lo que se quiere decir y no querer decir lo que se dice*.
- Expresión emocional sincera. Ante la crisis que se enfrentaba, Ángela refería que en su familia era posible expresar su sentir de forma abierta y sincera. En particular lo hacía con su esposo quien le ofrecía respuestas empáticas y con ello encontraba un respaldo afectivo e intimidad emocional.

- Resolución cooperativa de problemas. En la familia de Ángela la resolución de problemas casi siempre estuvo a cargo de su esposo quien “por su carácter fuerte” parecía ser el mejor capacitado para tomar las decisiones. Esta situación aparentemente no le causaba conflicto a la consultante, por el contrario, le daba seguridad el poder confiar en que su esposo podría resolver los problemas. Es probable que tuvieran un estilo propio de resolución de conflictos que era exitoso y eficaz para ellos; esto lo podemos afirmar debido a que por más de cuatro décadas habían dado solución a las crisis por las que atravesaron y salieron victoriosos de ellas.

Desde el punto de vista de la resiliencia es más adecuado abrir un espacio en el que las voces de todos puedan ser escuchadas y tomadas en cuenta. Desde el momento en que la crisis es definida hasta que las alternativas de solución son propuestas y se toman decisiones con base en ellas. De este modo, las responsabilidades y compromisos quedan compartidos entre todos los implicados y el mérito de los logros también.

3.5. Consideraciones finales sobre Crisis, Resiliencia y Terapia Familiar

La resiliencia no es una *cualidad* exclusiva solo de algunos individuos privilegiados, ni un fenómeno inusual y extraordinario. El análisis de los casos antes presentados parece mostrar evidencia que concuerda con la bibliografía sobre resiliencia de que los procesos resilientes son susceptibles de ser desarrollados y que forman parte de los procesos adaptativos normales del ser humano para hacer frente a las crisis y salir fortalecido de ellas.

En los casos analizados (Familia A y Familia B), encontramos que poseían cualidades resilientes que fueron de utilidad para dar solución a las crisis que enfrentaban. En cuanto a los sistemas de creencias, los factores comunes fueron el orgullo familiar y el reconocimiento de las potencialidades propias y del resto de los miembros. Esta característica fue identificada también en la Familia II, en

donde cada uno de sus integrantes reconocía virtudes en los demás y exaltaban las cosas positivas que lograban en el trabajo y convivencia conjunta.

Otras cualidades resilientes compartidas por la Familia A y la Familia B, propias de los sistemas de creencias fueron la confianza en los demás miembros de la familia como factores fundamentales para brindar apoyo y estímulo para lograr sus objetivos. Además, en ambas familias se identificó que existían redes de apoyo y la capacidad para hacerse de recursos que pudieran serles de utilidad y un ejemplo de ello es su iniciativa para buscar la atención terapéutica. Por otro lado, en las dos familias analizadas se encontraron manifestaciones de creatividad, potencial de inventiva y humor; por ejemplo, Diana Laura hizo uso de su ingenio para probar formas distintas de relacionarse con su padre mientras que Ángela, aún antes de haber iniciado la terapia, ya había tomado acción para reducir su nivel de ansiedad.

En lo que respecta a los procesos organizacionales de ambas familias analizadas, como puntos en común se pudo identificar la flexibilidad y la estabilidad. En cuanto a la flexibilidad, esta fue más evidente en la organización de la Familia B desde el inicio de la terapia, sin embargo, en la Familia A, la flexibilidad se convirtió en una característica que comenzó a madurar a lo largo de la terapia a partir de que Diana Laura introdujo un cambio en la relación con su padre que propició actitudes distintas y amplió la posibilidad de que la organización pudiera modificarse. En relación con la estabilidad, esta fue identificada en ambas familias al haber constancia en la definición de reglas, roles y patrones de interacción al interior de la familia.

Otro factor propio de los procesos organizacionales identificado tanto en las dos familias analizadas como en el resto de las familias atendidas fue el de los recursos sociales. Todas las familias, ante las crisis que enfrentaban, acudían a otras personas que pudieran brindar apoyo, así como a los recursos institucionales a su alcance.

Los procesos comunicacionales resilientes se caracterizan principalmente por la claridad en la expresión de los mensajes emitidos, así como por una expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de los problemas. La Familia B, se caracterizó por la ausencia de conflictos y malos entendidos derivados de los intercambios comunicacionales. En el caso de la Familia A, esto no fue identificado al comienzo de la terapia en la relación con todos los miembros de la familia pues solamente la comunicación con su mamá y sus hermanos parecía contar con esta cualidad, sin embargo, la claridad poco a poco fue convirtiéndose en un elemento característico en el dialogo con su padre también.

La comunicación emocional sincera fue una cualidad identificada en la Familia B de forma clara desde la primera sesión, que aunada con el estilo propio de la familia para la resolución de los problemas dieron respaldo y seguridad a Ángela quien sentía que podía hablar abiertamente con su familia sobre cómo se estaba sintiendo y sabía que en ellos encontraba una respuesta empática, de solidaridad, apoyo y consejo. En el caso de la Familia A, con la terapia Diana vio ampliado el alcance de la comunicación emocional sincera, hasta abarcar también la relación con su padre. En cuanto a la resolución cooperativa de problemas, esta fue evidente en tanto que desde el principio tuvo el apoyo de su mamá y hermanos para que pudiera construir una relación distinta con su papá. Tanto su mamá como sus hermanos respetaron su decisión de hacer algo e incluso reconocieron la opción de la terapia como un medio realista para que alcanzara sus objetivos.

En el resto de las familias atendidas, también se pudieron encontrar algunos factores resilientes, sin embargo, es probable que la visibilización clara de tales factores se haya visto favorecida en los casos en los cuales se empleo el Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones. Me parece que la visión de este modelo sistémico con el enfoque de la resiliencia se complementan en tanto que ambos están orientados a la búsqueda y desarrollo de los recursos y las posibilidades. En los casos analizados, el modelo empleado favoreció el fortalecimiento de las resiliencias familiares en momentos críticos de sus vidas.

Creo que el enfoque de la resiliencia logra potenciar sus efectos en beneficio de los consultantes con una aproximación Sistémica en el quehacer terapéutico, ya que por una parte, el enfoque de la esiliencia busca reconocer y potenciar los recursos de las familias y la Terapia Familiar Sistémica ofrece herramientas conceptuales orientadas a los puntos fuertes., y me parece que los enfoques posmodernos de la terapia son aun mas afines, ya que su meta explicita es construir soluciones con base en los recursos que los consultantes tienen en su narración, en sus relaciones y competencias.

Una postura resiliente a través de la terapia con enfoque sistémico esta orientada en las potencialidades de los consultantes, de modo que las intervenciones buscan alentar la colaboración familiar, favoreciendo el desarrollo de nuevas potencialidades, el apoyo y colaboración, además de la fortalecer la integridad y unidad de la familia.

Acorde con la epistemología sistémica, podemos decir que la resiliencia no es construida por el individuo en aislado. La resiliencia se construye en la relación con otros. Es en una relación de mutua estima, respeto, confianza y donde prevalezca una sensación de pertenencia que sea permeable, en donde se pueden construir las bases de los procesos resilientes.

De este modo, podemos entender que la resiliencia es un fenómeno multifacético que contempla los recursos personales en interacción con los recursos familiares y sociales en su expresión más amplia. La aptitud resiliente puede ser contemplada principalmente, no a pesar de las crisis, sino como consecuencia de ellas. Esto quiere decir que una persona resiliente hará uso de sus recursos ante las crisis y éstas favorecerán el desarrollo de otros recursos que le permitan preservar la integridad en la adversidad, reaccionar positivamente, crecer, madurar e incrementar sus posibilidades de resolver favorablemente las crisis en el futuro.

Algunas veces, cuando se escucha hablar sobre resiliencia, pareciera que una actitud resiliente ante la adversidad implica negar el dolor derivado de las experiencias difíciles en la vida. Sin embargo, no es así. La resiliencia implica una actitud positiva ante la adversidad sin perder noción sobre el dolor, el riesgo y la crisis. Quizá un ejemplo claro de ello, lo encontramos en el análisis de la Familia A; recordemos que Diana Laura no ignoraba el dolor que sentía por la situación violenta que había vivido en casa, pero mantenía una actitud positiva y pensaba que era posible construir una forma distinta de vincularse con su papá.

Para favorecer los procesos resilientes de la familia conviene que en la terapia comencemos por crear un contexto en el que los consultantes puedan sentirse seguros para expresarse libremente, además de adoptar una posición respetuosa ante la narración de las crisis y el dolor derivado de ellas. También es importante estar continuamente atentos ante los elementos resilientes de la familia ya que, como la resiliencia es un proceso, todas las familias tienen posibilidades de desarrollarla y la terapia es un contexto que puede servir para favorecerla. En este sentido, podemos decir que es necesario que el terapeuta crea en las capacidades de la familia y a la vez aliente la colaboración entre sus miembros para que puedan forjarse y fortalecerse sus competencias en las crisis presentes y futuras.

Merece la pena insistir en el futuro cuando se habla de resiliencia, pues esta va más allá de dar solución a las crisis presentes, sino que sus alcances pueden preverse como una preparación para que la familia enfrente desafíos futuros. Cuando una familia logra vencer la adversidad, su sentido de orgullo y seguridad en que juntos pueden salir victoriosos ante las dificultades aumenta la posibilidad de salir victoriosos en posteriores retos de la vida.

Lo anterior no quiere decir que la resolución de problemas en un momento dado evite el surgimiento de nuevas crisis o sea un predictor definitivo para el éxito en futuros desafíos, pero sí hace posible que las fortalezas familiares e individuales estén más preparadas para hacer frente a las adversidades. Recordemos que la

resiliencia es un proceso y no un producto terminado. La resiliencia se construye continuamente en las relaciones con los otros y requiere de una renovación permanente, ya que el entorno psicosocial parece estar colocando repetidamente a las familias en situaciones de crisis, a la vez que estas enfrentan crisis propias de su ciclo vital. En ambos casos es indispensable que las familias se adapten de forma positiva al entorno en el que se encuentran y una alternativa en la terapia, es apelar a sus recursos resilientes.

3.6. Análisis del Sistema Terapéutico Total

La modalidad de trabajo en las diferentes sedes fue el trabajo en equipo. Es decir, que había un terapeuta principal que era quien mantenía un contacto más directo con la familia, y un equipo conformado por una supervisora (en algunas ocasiones eran dos supervisoras) y el grupo de terapeutas en formación. El terapeuta, supervisión, equipo de terapeutas y la familia conforman el Sistema Terapéutico Total.

Para nuestra formación, la supervisión integraba la observación y análisis de la familia, del terapeuta, del equipo y de la misma supervisión. En este contexto se facilitaba la retroalimentación y el acompañamiento al terapeuta para perfeccionar sus intervenciones y participación con la familia.

En el primer semestre formé parte del equipo de observadores. Las sedes en las que participé como observadora fueron el Colegio de Ciencias y Humanidades Plantel Azcapotzalco y en la Clínica de Medicina Familiar Tlalnepantla del ISSSTE. En ambas sedes, los observadores teníamos el rol de estar atentos a las intervenciones del terapeuta principal, las reacciones de la familia ante las intervenciones, y las discusiones que el equipo de terapeutas sostenía para proponer alternativas.

Al final de cada sesión se nos pedían comentarios que retroalimentaran el trabajo del terapeuta principal. Básicamente nuestros comentarios como observadores eran para marcar las intervenciones, actitudes o destrezas del terapeuta que a nuestro parecer habían provocado respuestas favorables en las familias.

En particular en el CCH nos pedían que expresáramos nuestras conjeturas e hipótesis a cerca de lo que había ocurrido durante las sesiones. Mientras que en el ISSSTE nos pedían que empezáramos a ensayar nuestros análisis con base en el contenido teórico revisado hasta ese momento, es decir, que se esperaba que con base en el Modelo de Terapia Estructural, pudiéramos hacer aportaciones sobre lo que habíamos observado de la familia.

Debido a las características físicas de los distintos escenarios, la forma de trabajo fue distinta también. En el ISSSTE teníamos mayor posibilidad de ver de cerca las actitudes y el acompañamiento no verbal de los mensajes verbales que emitía el terapeuta principal. Sin embargo, como la familia consultante daba la espalda al equipo de terapeutas y al grupo de observadores, las reacciones de la familia eran captadas más bien por el monitor, su respuesta verbal, las inflexiones y el tono de la voz o cuando la postura corporal hacía cambios muy notables.

En cambio en el CCH la cámara de Gessel permitía observar tanto las reacciones del terapeuta como las de la familia durante la sesión, pero la implicación en el clima se mantenía mayor a distancia.

En el CCH, cuando formábamos parte del equipo de observadores, la supervisión estuvo a cargo de la Mtra. Carolina Rodríguez González y los motivos de consulta que se atendieron fueron: bajo aprovechamiento escolar, falta de comunicación y posible consumo de marihuana, aislamiento, depresión y falta de comunicación con los padres. En la sede del ISSSTE, las supervisoras fueron la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Susana González Montoya, los motivos de

consulta fueron depresión, problemas de pareja, rebeldía de un hijo adolescente y miedo a la oscuridad.

En el segundo semestre no hubo un equipo de observadores y tanto mis compañeros y yo comenzamos a participar como terapeutas principales; esto ocurrió en la Clínica de Terapia Familiar de la FES-Iztacala. La primera sesión dando terapia me sentí muy nerviosa y preocupada por la mirada de la supervisora. En general, la idea de la supervisión en un primer momento me impresionó y me resultaba intimidante. Además, sabía que mi equipo tenía altas expectativas sobre mi desempeño, pues sabían que antes de haber ingresado a la Maestría, ya tenía experiencia brindando terapia.

En este estado de tensión, pude intervenir poco en la sesión, lo cual me lo hizo notar la supervisora de una forma directa y sin señalar algún aspecto en el que hubiera acertado. Esta situación me desmoralizó y en las sesiones subsecuentes mi ansiedad se mantuvo muy alta; incluso en las sesiones en las que atendía a una familia distinta y era otra la supervisora que además se mostró abierta a las propuestas del equipo y buscaba rescatar los recursos personales y las incipientes habilidades terapéuticas que podían tener resultados exitosos con las familias.

Las observaciones directas de la primer supervisora, si bien me preocuparon y causaron ansiedad, también me llevaron a hacer una autoevaluación de mi desempeño y pude reconocer que la supervisora tenía razón. Que había aspectos de mi práctica terapéutica que sería mejor modificar. El aceptar esto facilitó mi proceso de intentar otras cosas en la terapia. Este efecto fue más evidente durante el tercer semestre en el que nuevamente hubo un equipo de observadores, esta vez los compañeros que acababan de ingresar a la maestría participaban con nosotros aportando ideas y principalmente resaltando los aspectos positivos de nuestras intervenciones y aquellos rasgos distintivos de nuestro estilo que para entonces ya comenzábamos a definir.

El tener en cuenta al Sistema Terapéutico Total facilita el tener una mirada distinta y más amplia que resulta muy útil. El ver a mis compañeros como terapeutas principales fue muy enriquecedor pues por un lado observaba a cierta distancia la sesión y también me daba cuenta que eran buenos modelos de características e intervenciones que me gustaría recuperar para mi propia práctica. Por otro lado, las discusiones con el equipo eran muy ricas en cuanto a la generación de ideas, esto abría grandes opciones, aunque algunas veces la existencia de tantas opciones nos paralizaba pues todas parecían igualmente correctas y congruentes con el enfoque sistémico. Este era uno de los momentos en los que la supervisora nos apoyaba para clarificar nuestras ideas y tomar decisiones.

El tercer semestre en el ISSSTE, como terapeuta principal (atendiendo a dos familias) y en el CCH atendiendo a una familia, fue quizá el más significativo en mi formación como terapeuta. Luego de haber pasado la impresión de haber dado terapia por primera vez con un equipo y una supervisora, me sentía un poco más relajada y segura, también porque mi forma de pensar los problemas de la familia eran más cercanos a la epistemología de la Terapia Familiar Sistémica. Además, en ese semestre, las supervisoras estuvieron muy atentas a la persona del terapeuta, a la forma en que nos implicábamos en las sesiones; por otro lado, la retroalimentación recibida por ellas estuvo orientada fundamentalmente a reforzar aquellos aspectos que a la vez que nos funcionaban mejor iban más acorde con nuestro estilo personal, sin poses o representaciones de lo que un terapeuta “debe ser”. Creo que en ese semestre mis compañeros y yo ganamos en autenticidad explotando nuestros propios recursos.

También y gracias a las familias, a mi equipo de supervisión, grupo de observadores y supervisoras, pude descubrir gratamente algunas cualidades que puedo explotar en mi ejercicio como terapeuta. Esas cualidades son la empatía y posibilidad de mantener distintas posiciones terapéuticas (cercana, intermedia y distante) el uso del humor (incluso del sarcasmo) para propiciar el cambio, el uso de metáforas y mi facilidad para acoplarme a la modalidad de comunicación de los

consultantes y para la reetiquetación, mi facilidad para el uso y elaboración de recursos literarios para la terapia. También descubrí que puedo ser creativa, improvisar y dejar de ajustarme al esquema que diseñé para la sesión cuando las familias llegan con la sorpresa de que traen un plan distinto.

Ya con una formación teórica un poco más amplia todos nos sentíamos más confiados en nuestro ejercicio como terapeutas principales. En ambas sedes el modelo empleado fue el de Terapia Breve Centrada en Soluciones, que por cierto, fue el modelo con el que me sentí más cómoda y fluí más fácilmente con las familias en el diálogo terapéutico.

Por otro lado, en el tercer semestre el equipo de supervisión ya estaba bien integrado y afianzado. Conocíamos mejor las fortalezas de cada uno y también los aspectos en los que debíamos cuidarnos y poner más atención. Para ese momento, comencé a incorporar a mi diálogo interno las voces de mis compañeros, lo cual fue muy importante y actualmente en mi práctica privada es muy útil.

En el cuarto semestre volvimos a la sede de la Clínica de Terapia Familiar en la FES. En este semestre la supervisión estuvo a cargo de la Dra. María Suárez y las Dras. Iris Xochitl Galicia Moyeda y Luz de Lourdes Eguiluz. La experiencia en este semestre fue positiva; el equipo de terapeutas en formación ya estaba más consolidado y contábamos con más elementos para enriquecer nuestras discusiones sobre las familias y los caminos que considerábamos mejores para que logaran sus objetivos. Todos habíamos ganado en confianza en nuestros recursos además de conocimiento propio (de debilidades y fortalezas) y del resto del equipo.

Además conocimos otros estilos de supervisión. Uno de ellos más abierto a las propuestas y a escuchar tanto al equipo como al terapeuta principal en sus reflexiones e ideas. El otro, más orientado a llevar el control de lo que ocurría

durante y después de las sesiones. Estas experiencias con distintos estilos de supervisión nos enriquecieron personal y profesionalmente. En particular conmigo ocurrió así puesto que me permitió conocer otras formas de entender la supervisión y creo que pude adaptarme positivamente a cada una de ellas logrando sacar lo mejor de mí, de las familias y de la orientación de las supervisoras.

En suma, la función del sistema terapéutico total es guiar y analizar el proceso de la terapia, en el que todos son considerados participantes activos (Desatnik, Franklin, Rubli, 2002)

3.7. Habilidades de Investigación

La Residencia en Terapia Familiar que forma parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología que ofrece la Universidad Nacional Autónoma de México, persigue una formación integral para sus egresados, y parte de las habilidades y competencias que se desarrollan durante los estudios de posgrado, se realiza investigación relativa a temas propios de la disciplina.

A continuación se reporta una síntesis de las investigaciones cuantitativa y cualitativa llevadas a cabo.

3.7.1. Reporte de la investigación cuantitativa

Título de la investigación

“Problemas familiares en adolescentes con conducta disruptiva en el ámbito familiar”

Autoras

Laura Susana Núñez, Isabel Pérez y Alejandra Pilloni

Objetivo

Comparar las puntuaciones de adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva en un instrumento que mide problemas familiares.

Metodología

Fue un estudio descriptivo de corte transversal, cuya población estuvo conformada por alumnos de secundaria de 12 a 15 años con conducta disruptiva y no disruptiva de la Escuela Secundaria General “Doctor Eduardo Liceaga” del municipio de Teoloyucan en el Estado de México.

La variable de conducta disruptiva fue operacionalizada con base en el número de reportes de conducta de los estudiantes en el ciclo escolar en curso.

A los alumnos seleccionados se les aplicó el cuestionario de *Problemas Familiares*, en escala tipo Likert de Magdalene Espinosa y Gómez, publicado en la obra de Velasco y Luna, (2006), que consta de 122 reactivos.

Para el análisis de los datos e identificar las diferencias entre grupos por factor evaluado, se utilizó el paquete SPSS (Statistical Package for) y la prueba T de Student.

Resultados

Los resultados arrojados a partir del análisis de los datos y la prueba T de Student de comparación de grupos, indican que en términos generales la tendencia de respuesta de los participantes fue evaluar favorablemente a su familia en todos los factores que comprende el instrumento utilizado.

No se encontraron diferencias significativas en siete de los ocho factores evaluados; salvo por el factor de farmacodependencia en la familia en donde se hallaron puntajes bajos en ambos grupos, pero las puntuaciones son ligeramente superiores en el grupo de conducta disruptiva, que tuvo una media de 8.75) que

en el grupo de conducta no disruptiva que tuvo una media de 7.57, encontrándose un $\alpha=0.001$.

Conclusiones

Con base en los resultados obtenidos en esta investigación, se puede afirmar que no existen diferencias significativas entre los grupos comparados en los puntajes de los factores del Cuestionario de Problemas Familiares. Según la literatura que guió la hipótesis de este trabajo cabría esperar un mayor puntaje en el instrumento en los alumnos con conducta disruptiva, en comparación con quienes no la presentan. Sin embargo, el único factor en el que se encontraron diferencias significativas fue el que mide Farmacodependencia, que es un problema social que atañe a distintos sectores de la sociedad interesados en favorecer la salud de la población, y que suele estar relacionado con conflictos familiares, comisión de delitos, y otros riesgos sociales y de salud mental.

3.7.2. Reporte de la investigación cualitativa

Título de la investigación

“Estudio de caso: una adolescente con conducta disruptiva”

Autoras

Laura Susana Núñez, Isabel Pérez y Alejandra Pilloni

Objetivo

Conocer cómo se articula el significado de la conducta disruptiva de una adolescente en relación con la dimensión, escolar, familiar, de pares e individual.

Metodología

Se realizó un estudio cualitativo de estudio de caso de tipo instrumental, porque se buscó comprender el fenómeno de la conducta disruptiva a través de un caso particular.

El muestreo empleado para esta investigación fue de conveniencia, debido a que cuando se requirió a las autoridades escolares, en donde se llevó a cabo el estudio, una entrevista con algún alumno con conducta disruptiva, no fue posible hacer una elección por parte del equipo de investigación y las autoridades escolares la hicieron, por considerar el caso como pertinente en función de los horarios, de las actividades escolares, número de reportes, la apreciación de la orientadora escolar y de la disposición de algún adolescente para participar en el estudio.

Para este estudio se utilizó un diseño proyectado, puesto que se partió de los resultados de una investigación cuantitativa sobre los problemas familiares en relación con la conducta disruptiva. Esta información generó las preguntas que llevaron a comprender el significado que tiene para la participante su conducta y permitió definir las dimensiones relevantes para el objetivo del estudio, que a su vez sirvieron de guía para la realización de la entrevista y el análisis de resultados.

La entrevista utilizada fue semiestructurada, basada en un guión, ya que se preparó una lista de temas a tratar y el entrevistador tuvo la libertad para ordenar y formular las preguntas a lo largo del encuentro. Las dimensiones que se consideraron fueron cinco: Datos demográficos de la familia, dimensión escolar, dimensión familiar, dimensión de los pares e individual.

Resultados

El tratamiento de los datos derivados de la entrevista se realizó mediante el programa ATLAS-Ti. En términos generales se encontró que la conducta disruptiva de la adolescente entrevistada le significa por un lado, consecuencias negativas, pero por otro lado son una fuente de gratificación afectiva y de atención en sus relaciones sociales y familiares.

Se encontró que en el contexto escolar la entrevistada cuenta con la atención de sus compañeros y profesores, quienes suelen tener reacciones de comprensión, solidaridad, y apoyo cuando es reprendida por su conducta disruptiva y esta misma conducta favorece la alianza de otros compañeros que también presentan el mismo tipo de conducta en la escuela.

Del mismo modo, en el ámbito familiar, la adolescente cuenta con la atención de sus padres y hermanos. Siendo que su comportamiento y las llamadas de atención de la escuela se volvieron centrales en la vida de la familia.

Conclusiones

La conclusión a la que nos llevó este trabajo es que una revisión a mayor profundidad de la realidad familiar de la informante permitió vincular ésta con la conducta manifiesta en el ámbito escolar. Incluso, ella misma atribuyó como causa de su conducta disruptiva, una situación de infidelidad de su padre que estaba resultando muy perturbador para toda la familia.

Del mismo modo, esta investigación permitió tener en cuenta de la riqueza de información que se puede obtener a través de la metodología cualitativa para el análisis de la entrevista, ya que ésta exige de una organización y sistematización por códigos y familias que permiten encontrar significados del discurso que no se aprecian a simple vista.

Análisis de los resultados de ambas investigaciones

En los estudios cuantitativo y cualitativo no se consideraron los mismos ejes de análisis, sin embargo, ambos coinciden en que se abordó la dimensión familiar. Al igual que en los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa, la informante del estudio cualitativo tiene una percepción positiva de su familia, ya que según refirió, los miembros de ésta, la apoyan y la aconsejan.

En coincidencia con los resultados del estudio cuantitativo, la informante considera que la comunicación e integración de su familia es buena. Esta misma percepción es compartida por los adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva, quienes obtuvieron un alto puntaje en el factor de comunicación e integración familiar del instrumento utilizado en la investigación cuantitativa.

Tanto en la investigación cuantitativa como en la cualitativa, se encontró que los adolescentes evalúan que la interacción en su familia es positiva y no perciben que exista un conflicto familiar. Sin embargo, en el estudio cualitativo, la informante comentó que un conflicto que existió en su familia fue la infidelidad de su padre hacia su madre hace aproximadamente cuatro años y que este evento le lastima.

En el estudio cuantitativo las puntuaciones obtenidas en el factor que mide conflicto familiar no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de conducta disruptiva y no disruptiva, no obstante, en la investigación cualitativa se observó que para la informante sí tiene un peso determinante el conflicto vivido en casa, ya que a esto le atribuía la conducta disruptiva que presentaba en la escuela.

Por otro lado, tanto los adolescentes que participaron en el estudio cuantitativo como la informante de la investigación cualitativa, consideran que en su familia no existe agresión familiar y que existen acuerdos entre el padre y la madre para dar permisos. Asimismo, la informante narró episodios en los que sus padres en apariencia llegan a acuerdos en un nivel de contenido, pero en un nivel de relación existe descalificación entre ambos, lo cual no es percibido como tal.

En ambas investigaciones se encontró que no existe influencia del alcohol y la conducta alcohólica en la familia. De hecho, en la investigación cualitativa este tema fue descartado por la informante como área de conflicto. En cuanto a la farmacodependencia en la familia, sí se hallaron diferencias significativas en los

dos grupos comparados en el estudio cuantitativo, pero en el estudio cualitativo, también fue un tema descartado por la informante como motivo de conflicto en su familia.

3.8. Habilidades de Enseñanza Difusión del conocimiento

La formación en la Residencia, posibilitó la generación de materiales y atención a la comunidad. Ese trabajo realizado es el que a continuación se reporta.

3.8.1. Atención y Prevención Comunitaria

Durante la Residencia, se ofreció atención comunitaria en la modalidad de pláticas y en el desarrollo de un taller de Escuela para Padres:

- 1) Sesión grupal sobre “Farmacodependencia” en la Escuela Secundaria Federal Doctor Eduardo Liceaga en el Estado de México.

La temática de la plática fue elegida por los intereses de la audiencia a la que fue dirigida. La orientadora escolar tuvo una reunión con los padres de familia de los estudiantes con mayor índice de reprobación o mayor número de reportes y les preguntó sobre lo que les interesaría saber.

Cabe mencionar que la escuela en la que se impartió la plática fue la misma en donde se realizaron las investigaciones cualitativas y cuantitativas; y que en la primera investigación el tema de la farmacodependencia fue identificado por los estudiantes con conducta disruptiva como una situación que causa conflicto familiar.

La plática se llevó a cabo en las instalaciones de la escuela en la sala de profesores y asistieron 58 padres de familia, algunos de ellos acompañados por sus hijos adolescentes. Se brindó información sobre las consecuencias del uso de

drogas en la salud física, así como algunos efectos que se relacionan con cambios en la dinámica familiar. Además se habló de algunos signos que sugieren que una persona mantiene un consumo de drogas. Finalmente se respondieron las preguntas que los asistentes plantearon y se ofreció un directorio de instituciones en donde podrían acudir para recibir más información y atención.

2) Sesión grupal sobre “Hábitos de Estudio” en la Escuela Secundaria Federal Doctor Eduardo Liceaga en el Estado de México.

La temática de la plática fue elegida por la orientadora escolar con la finalidad de que los estudiantes con alto índice de reprobación pudieran contar con herramientas y estrategias de estudio que pudieran aplicar para mejorar su rendimiento académico.

Se impartió la misma plática a tres grupos de alumnos de los tres grados del turno matutino. Cada grupo estaba integrado por un promedio de treinta adolescentes.

En la plática se revisaron algunas de las dificultades más comunes para lograr realizar las tareas escolares, estudiar y retener lo aprendido y con base en ello se ofrecieron estrategias sencillas y generales que pudieran adaptar a su situación. Se abordaron temas como la organización y planificación de actividades; y las condiciones físicas, ambientales y personales para el estudio. El abordaje de los distintos temas se realizó mediante un lenguaje accesible y se emplearon ejemplos que ilustraran lo expresado. Además durante la sesión se realizaron un par de actividades grupales que estaban orientadas a ejercitar y reflexionar sobre los hábitos de estudio.

Todos los grupos se caracterizaron por mostrarse poco interesados en los momentos en que la exposición era prolongada, pero su participación se incrementaba durante las actividades grupales. Al final de las sesiones, varios estudiantes de cada uno de los grupos se acercaron para hacer preguntas

específicas sobre su situación y se procuró que sus dudas fueran aclaradas.

3) Se impartió la segunda sesión (“El ciclo vital de la familia”) del Taller de Escuela para Padres en el Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco.

Este taller se llevó a cabo para atender la solicitud de las autoridades educativas del CCH Azcapotzalco, quienes estaban interesados en hacer algo por la situación de los estudiantes que presentaban un mayor índice de reprobación y/o riesgo de deserción académica. Para ello, se propuso un proyecto de taller dirigido a los padres de familia, en donde desde una visión sistémica se pudiera generar un espacio para ampliar su comprensión del desarrollo de sus hijos así como de los problemas que estos enfrentan dentro y fuera del ámbito escolar y doméstico. Otro de los objetivos fue alertar a los padres de familia sobre la detección de situaciones de riesgo, así como identificar sus recursos y redes de apoyo personal y profesional.

Para la sesión “El ciclo vital de la familia” se propiciaron actividades de análisis y debate, así como la discusión del tema mediante el uso de cuentos ilustrativos. Además se realizó análisis de las situaciones específicas que los padres de familia plantearon durante las sesiones.

Los asistentes a la sesión se mostraron participativos e interesados en los temas y actividades desarrolladas, plantearon dudas y colaboraron entre sí para sugerir alternativas y nuevas visiones de su situación.

De la participación en las actividades de intervención comunitaria se cuenta con constancia de la que se anexa fotocopia al presente reporte.

3.8.2. Elaboración y presentación de productos tecnológicos para la formación de terapeutas.

Durante la Residencia se elaboraron cuatro videos didácticos de algunos de los modelos terapéuticos. A continuación se describen las principales características de cada uno.

- Video didáctico del Modelo de Terapia Estructural. En este material se describen las principales ideas rectoras del modelo, y se ilustran sus intervenciones que se agrupan en tres técnicas que pretenden cuestionar el síntoma, la estructura y la realidad familiar.
- Video didáctico del Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas. Se presenta una revisión de los antecedentes históricos del modelo, así como un resumen de sus ideas fundamentales; además, mediante la presentación de casos se ilustran las principales intervenciones.
- Video didáctico del Modelo Estratégico de Jay Haley. Se ofrece una revisión de los antecedentes del modelo, y además se presentan ejemplos del uso de las técnicas tales como la entrevista inicial en sus diferentes etapas, así como el uso de las directivas y las ordalías.
- Video didáctico del Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. En él se hace una breve revisión de los antecedentes del modelo, y se presentan a sus principales representantes. También se repasan los supuestos que orientan el quehacer del terapeuta Centrado en Soluciones, y se muestra e ilustra el uso de las técnicas.

Además de los videos, se realizaron manuales sobre los modelos:

- Manual del Modelo de Terapia Estructural. La elaboración de este material tuvo por objetivo diseñar una guía de consulta rápida y de fácil comprensión para la aplicación de las técnicas del Modelo Estructural. En él se encuentran las técnicas explicadas y su ejemplificación con algunos casos, pero además, se puede hallar información importante sobre las metas particulares de cada técnica, las ventajas que ofrece, y los riesgos de su uso, así como llamadas de atención sobre la persona del terapeuta. También se expone una breve introducción al modelo estructural que, sin pretender ser exhaustiva, busca contextualizar el uso de las técnicas dentro de un marco teórico sistémico que da razón de ser a las distintas intervenciones, para después pasar a describir las distintas posiciones desde las cuales el terapeuta puede lograr introducirse a la familia para establecer un sistema de coparticipación con ella. Finalmente y a manera de conclusión, se presenta una reflexión sobre el uso de las técnicas de este modelo.

- Modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas. Este trabajo es una guía de consulta accesible para la aplicación de las técnicas del modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas. En él se encuentran las intervenciones explicadas y su ejemplificación con algunos casos, pero además se puede hallar información sobre el mismo modelo, es decir, que se presenta una revisión breve y organizada de la técnica apoyada en la teoría que la sustenta. En primer lugar, hay una sencilla introducción al modelo de Terapia Breve Centrado en Problemas que, sin pretender ser exhaustiva, busca contextualizar su origen, así como los principios que lo respaldan y que dan razón de ser a las distintas intervenciones. También se incluyen los apartados correspondientes a la distinción entre cliente y paciente, así como el que se refiere a la postura del cliente además de otro elemento importante que es un recurso del que puede hacer uso el terapeuta y es su capacidad de maniobra. En segundo lugar, se presenta la forma en la que el modelo suele hacer la evaluación de los problemas y de

cómo estos son mantenidos por los consultantes. Después se abordan las intervenciones propiamente dichas que habrán de ser aplicadas una vez que el problema ha sido definido y se ha explorado la forma en la que el cliente mantiene su problema. Se presentan las intervenciones principales y posteriormente las intervenciones generales. Posteriormente se habla acerca del final del tratamiento y de las condiciones necesarias para ello. Finalmente y a manera de conclusión, se presenta una reflexión sobre el uso de las técnicas de este modelo.

- Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones. Este manual tuvo por objetivo exponer de manera concreta las principales técnicas y principios del Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones. En primer lugar, este manual presenta brevemente una semblanza histórica del modelo, así como sus principales predecesores y exponentes más importantes. Posteriormente se encuentran cada una de las premisas y supuestos básicos. Se hallan expuestos también, las orientaciones necesarias para la negociación en la terapia, estos puntos son de particular importancia puesto que guían el trabajo del terapeuta. Enseguida, se presentan resumidamente cada una de las técnicas, su uso y aplicación; además de que se muestran algunos ejemplos de intervenciones o preguntas que el terapeuta puede plantear al cliente con la finalidad de guiar a este hacia la solución de la queja que presenta. Posteriormente se presenta la propuesta de O'Hanlon H., y Weinter-Davis M., de los componentes de la primera entrevista, así como un ejemplo en donde se pueden apreciar los distintos momentos de este primer encuentro entre el terapeuta y el cliente. Después se exponen algunas ideas relativas a la definición de los objetivos en la terapia, los cuales se establecen de forma conjunta entre el terapeuta y el cliente. Por último se enumeran algunas intervenciones o presuposiciones que no sólo no son útiles en la terapia sino que podrían traer consecuencias distintas a la búsqueda de soluciones para el cliente y deben de evitarse.

3.8.3. Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación de trabajos realizados

- Curso-Taller “Soluciones en terapia Breve con Parejas” impartido por el Centro de Crecimiento Personal y Familiar, S.C. Instituto Milton H. Erickson de Monterrey los días 30 y 31 de agosto de 2006 con una duración de 15 horas.

La asistencia a este curso taller, fue de utilidad para conocer estrategias útiles para trabajar en terapia de pareja, principalmente bajo el modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones.

- 25 aniversario, X Congreso Nacional, 1er. Iberoamericano “Ciencia, Arte y Espiritualidad” que se llevó a cabo del 23 al 26 de noviembre del 2006 en Acapulco, Guerrero.

Este evento me brindó la oportunidad de aprender sobre los trabajos clínicos y de investigación que se realizan en la terapia, pero que además hacen reflexión sobre cómo es que el trabajo terapéutico se encuentra íntimamente relacionado con la ciencia, el arte y la espiritualidad.

- “Diplomado en Terapia Breve”, impartido por el Centro de Solución de Problemas y el Mental Research Institute. El diplomado inició en el mes de abril y concluyó el mes de noviembre de 2007 y tuvo una duración de 84 horas.

Estos estudios sirvieron como formación complementaria en la que se profundizaron aspectos del modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones, principalmente mediante juego de roles, además de la discusión y asesoría de casos difíciles.

- Conferencia-Taller “Mitos hacia el Amor” impartido por la Dra. Lourdes Fernandez Rius, de la Universidad de la Habana, Cuba. Mismo que se llevó a cabo el 24 de mayo de 2007, en instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con una duración de 3 horas.

La asistencia a este evento, trajo mi interés para prestar mayor atención a las premisas que subyacen algunos conflictos en las relaciones de pareja que llegan a solicitar terapia y que tienen que ver con un “saber” no cuestionado sobre *cómo es* el amor.

- II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio “El Suicidio acaba con más que una vida” que se llevó a cabo los días 22 y 23 de noviembre de 2007, en Morelia, Michoacán.

En este evento pude conocer las tendencias de suicidio en el país, así como obtener mayor información sobre las situaciones relacionadas con este fenómeno cada vez más frecuente. Por otro lado, me permitió saber sobre las diferentes aproximaciones y modalidades de terapia que se emplean para trabajar en estos casos y los resultados obtenidos con ellas.

- Asistí y participé como ponente en el VII Congreso al encuentro de la psicología mexicana. IV Congreso Latinoamericano de Alternativas en Psicología que se llevó a cabo del 7 al 10 de marzo de 2007, en Morelia, Michoacán.

En la asistencia a las diferentes ponencias, pude estar en contacto con otros profesionistas interesados en la terapia familiar y conocer el trabajo que realizan.

En este evento también expuse dos trabajos. Uno de ellos se titula “Reflexiones sobre las familias de los terapeutas”, trabajo en el que se

describen y reflexiona sobre características en común en diez familias de terapeutas en formación. Esta ponencia fue coordinada por la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido, en un trabajo conjunto con Violeta Adlai Hernández Martínez y fue el resultado de una investigación que se llevó a cabo mediante la realización de una entrevista semiestructurada a compañeros de la residencia, con base en la elaboración de su genograma.

En ese mismo Congreso, se expuso el trabajo titulado “Las familias de adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva”, en modalidad de cartel. Este trabajo se realizó con base en los datos obtenidos en la investigación cuantitativa que se desarrolló en el primer semestre de la residencia y el reporte que se expuso en el congreso estuvo asesorado por la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido. El trabajo presentado hace una descripción de las características distintivas de las familias de dos grupos de adolescentes estudiantes de secundaria: adolescentes que presentan conductas disruptivas en la escuela y adolescentes que no presentan tales conductas. El estudio comparativo no reporta diferencias significativas entre ambos grupos, salvo por factor de farmacodependencia que es hallado con puntuaciones ligeramente superiores para el grupo de estudiantes con conducta disruptiva.

- Participé como ponente en el XXVI Coloquio de Investigación, que se llevó a cabo del 28 al 30 de agosto de 2007 en las instalaciones de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. El trabajo presentado se tituló “Áreas de Conflicto Familiar en Adolescentes”, este trabajo fue realizado por María Rosario Espinosa Salcido, Laura Susana Núñez Becerra, Alejandra Pilloni Martínez e Isabel Pérez Vargas. La asesoría estuvo a cargo de la Maestra María Rosario Espinosa Salcido y fue producto del trabajo realizado en el proyecto de investigación en el que colaboré: “Problemas y Recursos en Familias Mexicanas. Una visión desde la juventud”. En este trabajo de tipo cuantitativo, se describen las áreas de conflicto familiar que los

adolescentes perciben y se hace una reflexión sobre la relevancia de realizar un estudio de este tipo, así como las posibles líneas de intervención por parte de los terapeutas.

En el anexo I se encuentran copias de las constancias.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

Aunque mi ejercicio profesional previo al ingreso al programa ya estaba orientado al área clínica, la experiencia de cursar el programa amplió mi comprensión de los problemas de las personas y me dotó de herramientas importantes para contribuir en la solución de aquellos relativos a la salud mental.

El enfoque sistémico me aportó otra visión de la configuración de las relaciones humanas, el surgimiento, mantenimiento y solución de los problemas.

4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional

Como profesionales de la salud que ejerce su actividad con y para las personas, estamos sujetos a las normas explícitas e implícitas que regulan nuestro quehacer en bien de quienes solicitan nuestros servicios.

Uno de los aspectos fundamentales a tener en cuenta es que quien ofrezca la atención terapéutica cuente con una formación profesional que lo respalde. Es decir que contemos con competencias profesionales, adecuadas y actualizadas que permitan resolver los casos de nuestra competencia y no otros. Por ejemplo, una de las familias consultantes solicitó atención terapéutica para su hija a causa de las dificultades de asimilación de los procesos matemáticos, sin embargo, se determinó que los alcances de la terapia familiar no podían ofrecer una respuesta favorable a su necesidad, fue necesario hacer una canalización con el profesionalista más adecuado para ello.

Por otro lado, el terapeuta está obligado a informar a los consultantes sobre los alcances y limitaciones del trabajo de modo que no se generen expectativas irreales sobre los resultados que la terapia puede ofrecer. En este sentido, se hizo

énfasis con las familias en definir qué aspectos de su demanda inicial eran susceptibles de cambios a través de la terapia y qué no.

Además como terapeutas tenemos que respetar los lineamientos del contexto institucional en el cual se ejerce nuestra práctica. Esto contempla las normativas internas, la fijación de tarifas, así como límites y plazos. En el caso del ISSSTE, la regulación de estos aspectos estaba a cargo de la responsable del área de psicología la Lic. Reina Araceli Martínez, aunque nosotros también participábamos informando a las familias sobre los procedimientos para la obtención de justificantes en caso de que así lo solicitaran. En la Clínica Terapia Familiar de Iztacala, estábamos más involucrados en esa parte de la organización, siendo que incluso éramos responsables del archivo de pagos de los usuarios.

El secreto profesional y la confidencialidad son otros de los factores constitutivos de la ética profesional que los terapeutas debemos observar; mismo que fue cumplido a cabalidad con cada uno de los consultantes. Las sesiones grabadas nunca fueron exhibidas para otros fines que no fueran los del análisis y diseño de propuestas de intervención, además tampoco se pusieron al alcance de personas que no formaran parte del sistema terapéutico total. Incluso en una ocasión, una de las familias inicialmente había decidido que las sesiones no fueran video grabadas, aunque enseguida cambió de parecer. La grabación de la sesión se inició hasta que dieron su consentimiento expreso y este fue firmado en una hoja diseñada para tal fin.

De hecho, en la hoja de consentimiento de la filmación, se precisa claramente cuáles serán los usos y finalidades de grabar las sesiones, así como todas las condiciones en las que trabajamos: la participación del equipo y la supervisión y el espejo unidireccional.

Debido a que los terapeutas somos personas que trabajamos con personas, nuestra propia subjetividad queda expuesta en la relación terapéutica. Por ello,

debemos estar atentos a las posibles interferencias dadas por nuestros problemas personales que puedan afectar negativamente a la familia consultante, desviarla de su objetivo, o no contribuir en la solución pretendida por ellos.

La presencia y guía de la supervisión fue un elemento muy importante para que pudiéramos trabajar con la persona del terapeuta e identificar aquellos factores personales que podrían interferir en los procesos terapéuticos.

Finalmente sobre las implicaciones éticas del trabajo terapéutico, quisiera añadir que es indispensable que tengamos consciencia del alcance de nuestro trabajo y que una vez identificadas las limitaciones hagamos una reflexión sobre cuáles son los factores que constriñen nuestras posibilidades en la atención que brindamos a las personas, para de este modo, tomar las medidas pertinentes y resarcir esas faltas, puesto que la naturaleza de nuestra labor implica trabajar con gente que acude a nosotros y nos permite entrar en su vida. Como profesionistas no podemos darnos el lujo de ser irrespetuosos con nuestros consultantes y su historia, y tampoco podemos conformarnos o caer en la comodidad de pretender saber cuando los resultados pueden indicarnos que es necesario buscar otras alternativas que ofrezcan efectos más positivos y de mayor alcance.

4.2. Habilidades Clínicas Terapéuticas

La formación en la Maestría en Psicología, en la Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México, es integral en tanto que incorpora sólidas bases epistemológicas y teóricas, así como la práctica clínica supervisada.

El enfoque sistémico analiza e interviene en función del contexto y de las relaciones, a la vez que los procesos terapéuticos dentro de este marco se caracterizan por cubrir una amplia variedad de crisis y problemas de los individuos, las parejas y las familias y de ofrecer resultados en pocas sesiones.

La visión integrativa del enfoque sistémico amplía la visión del terapeuta dejando de lado las explicaciones causales deterministas. Más bien se centra en la interacción de los individuos en sus contextos cercanos y más amplios.

Las habilidades clínicas terapéuticas desarrolladas fueron:

- La capacidad de integrar los elementos teóricos con las necesidades planteadas por la situación terapéutica.
- Habilidad para la identificación de problemas en el área de salud mental, en los individuos, las parejas y las familias.
- Capacidad de observación y participación activa en el Sistema Terapéutico Total.
- Habilidad para la realización de entrevistas sistémicas.
- Formular hipótesis que orienten el trabajo terapéutico
- Definir motivos y objetivos terapéuticos de forma colaborativa con los consultantes.
- Manejo de distintas posiciones terapéuticas.
- Evaluar los problemas y sus intentos de solución.
- Identificar crisis familiares
- Definir recursos y posibilidades de las familias
- Innovar en las intervenciones terapéuticas
- Diseñar y aplicar las diferentes técnicas y herramientas que ofrecen los modelos de Terapia Familiar.

Además de las habilidades clínicas, la Residencia posibilitó el desarrollo de otras competencias:

- Habilidades para el diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación relativos al campo de la Terapia Familiar
- Difusión del conocimiento

- Elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria
- Habilidades para el diseño de intervención de problemas psicosociales en el entorno familiar y comunitario
- Aplicación de programas de intervención en coordinación con los distintos actores implicados
- El desarrollo de valores y actitudes comprometidos con el entorno social y los consultantes que solicitan el servicio de Terapia Familiar
- Actitud de respeto, confidencialidad y compromiso en el trabajo profesional
- Actitudes críticas con el propio trabajo en un afán de mejora continua del servicio ofrecido
- Apego a las normas éticas

4.3. Incidencia en el campo psicosocial

Ante la diversidad de problemas existentes en las familias, derivados de causas económicas, políticas, sociales e ideológicas, la participación de profesionistas capacitados para coadyuvar en su solución es un recurso fundamental que requiere nuestra sociedad.

Quizá la crisis financiera internacional ha sido un factor que ha propiciado que las familias tiendan a reorganizarse por el impacto que la economía mundial tiene en sus vidas. Aunado a ello se encuentra la historia que cada familia carga en su memoria, las condiciones geográficas, las necesidades interaccionales, la cultura y el propio desarrollo en el ciclo vital, ponen en alto riesgo a las familias de enfrentarse con crisis que deben ser enfrentadas; y para ello es necesario que las familias fortalezcan sus procesos resilientes.

Por un lado las instituciones públicas tienen el compromiso de brindar atención de calidad a las demandas de las familias, y por otro también se requiere existan las adecuaciones macroeconómicas necesarias. Por supuesto, esto último no es competencia de los terapeutas, pero eso no quiere decir que no tengamos la

obligación de estar informados sobre la situación que impera en nuestro país, pues las decisiones que se tomen en las altas esferas de poder tocarán de alguna forma a las familias con las que tengamos contacto en consulta y de hecho repercutirá en la naturaleza de los problemas, principales o colaterales al problema de naturaleza psicológico que planteen.

Además, los mismos cambios propios de los sistemas, van marcando y definiendo crisis y recursos que son dos cuestiones elementales en nuestra profesión. Son las crisis las que llevan a que las familias abran un espacio para que otros (un terapeuta) entre en su sistema y colabore con ellos. Y sus recursos son las herramientas más valiosas con las que contamos para lograr una terapia exitosa. No podemos construir soluciones de la nada, tenemos que creer que las familias cuentan con sus propias fortalezas y trabajar con ello.

Las familias por causas intrínsecas y extrínsecas enfrentan crisis con una cierta continuidad que representan una oportunidad para experimentar otras maneras de relación y de vivir. Evidentemente las familias “ya no son como antes”, ya no podemos hablar de *la familia* como si en un molde bastante estrecho pudieran caber todas las formas de familia que existen. En ese sentido el término de familia ha crecido y se encuentra en crisis, al menos en el uso popular. Como terapeutas nos enfrentamos a cada vez más modalidades de familias en un entorno social cada vez más complejo. Como terapeutas debemos apelar a nuestros propios procesos resilientes para poder hacer abordajes efectivos, creativos y eficaces acorde con las necesidades de nuestros consultantes.

Tampoco es sencillo querer hacer caber en categorías rígidas las quejas de los consultantes para determinar si es uno u otro tipo de crisis. Si partimos del hecho de que las familias son distintas, cada una cuenta con particularidades que definen crisis únicas. En ese sentido las propuestas conceptuales y teóricas tendrán que ser guías que amplíen nuestra visión y no cadenas que nos aten y cieguen ante la vastedad de posibilidades que nuestro campo disciplinar ofrece, así como

nuestras propias potencialidades y principalmente las de las familias.

4.4. Reflexión y análisis de la experiencia

La experiencia dentro del programa, fue altamente significativa. Siguiendo mi propio proceso y desarrollo como terapeuta en formación, pude notar cambios en mi forma de contemplar las problemáticas de las familias, ahora desde una visión integradora y relacional. Esto fue lo que me permitió centrar mi atención en los recursos más que en los déficits y si bien son las interacciones, el lenguaje y los intercambios sociales los que favorecen el surgimiento y mantenimiento de los problemas es también ahí en donde se pueden encontrar las principales fuentes de solución.

Por supuesto, el cursar el programa también me llevó a realizar una reflexión en retrospectiva de lo que había sido mi trabajo en el área clínica. El estar en contacto con una epistemología que desconocía puso en entredicho algunas de las verdades de la psicología tradicional en las que había basado mi trabajo previo. En un principio fue desconcertante y me fue difícil asimilar otra visión de los problemas humanos, sin embargo, gracias a que existe una estrecha vinculación entre lo teórico y la puesta en práctica de las habilidades terapéuticas, pude constatar la eficacia del enfoque sistémico.

Considero, que mi formación dio un gran salto hacia adelante. Por un lado ahora cuento con referentes teóricos sólidos que guían mi quehacer terapéutico y por otro lado pude pulir algunas habilidades, darme cuenta de cuáles son para sacarles el mayor provecho. Y también, me doy cuenta de que mi formación no termina con el programa. El Programa de Maestría y Doctorado y en particular la Residencia en Terapia familiar me dejó claro que no hay terapeutas que puedan decir que lo saben todo, el conocimiento en nuestra disciplina es muy amplio y difícilmente podemos abarcarlo todo, pero tenemos que esforzarnos por actualizarnos en cuanto al surgimiento de nuevas propuestas. Nuestro entorno

psicosocial está cambiando, las crisis de las familias son más complejas, entonces nuestro conocimiento y formación debe actualizarse a la par de esa realidad.

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

El trabajo terapéutico nos involucrara como personas en un contacto humano cercano con el dolor y el sufrimiento de otros. El enfoque sistémico nos enseña que la terapia no es un procedimiento de afectación unidireccional. Es un intercambio en donde el terapeuta posee el conocimiento del cómo facilitar los procesos que lleven a la familia al logro de sus expectativas, y la familias tiene un saber en el qué. La terapia no existe si no se conjugan estos dos elementos.

Cuando las familias acuden a solicitar terapia, es posible que su historia en algún momento dado se conecte con la historia del terapeuta, moviendo en él emociones e ideas que pueden facilitar o entorpecer el proceso terapéutico. El programa me brindó la posibilidad de conocer cuáles son los temas en los que personalmente tengo que trabajar. No se trata de hacer del terapeuta un instrumento aséptico en el contacto con la familia, sino un colaborador consciente de sus propias flaquezas, dolores emocionales y fortalezas.

Finalmente, diré que la idea de sistema y sistemas interconectados fue significativa para mi forma de entender los alcances y compromisos que tenemos como terapeutas. Me llevó a pensar que considerar los aspectos macrosociales, macroeconómicos y políticos cobra pertinencia desde esta visión. Creo que el programa me hizo consciente de la existencia de distintas realidades de las familias al percatarme de su complejidad interna y en sus vinculaciones con *ese* también complejo mundo exterior. La terapia familiar no es el remedio a todos los males, pero es uno de los recursos resilientes con los que cuenta la sociedad y que ha probado ser efectivo para enfrentar algunas de las crisis más serias que viven las familias en el terreno de la salud mental.

ANEXO

México, D. F., Agosto 31 del 2006

A quien corresponda:

Por la presente hacemos constar que:

Alejandra Pilloni Martínez

asistió y participó en el Curso-Taller **SOLUCIONES EN TERAPIA
BREVE CON PAREJAS.**

Dicho curso se impartió los días 30 y 31 de Agosto del 2006, con
duración de 15 horas.

Se extiende la presente para los fines que el interesado estime
convenientes.



LIC. RUPERTO CHARLES TORRES, M. Ps.
Director/Instructor

Atentamente



DR. JAIME MONTALVO REYNA
Coordinador



Asociación Mexicana
de Terapia Familiar, A.C.

Se otorga la presente

CONSTANCIA

a

Alejandra Piloni Martínez

Por su ASISTENCIA al

25 Aniversario, X Congreso Nacional, 1er. Iberoamericano

“Ciencia, Arte y Espiritualidad”,

realizado del 23 al 26 de noviembre del 2006 en
Acapulco, Guerrero. México

Dra. Emma Espejel Aco
Coordinadora de la Comisión Científica

Dr. Francisco R. Avilés-Gutiérrez
Presidente 2005-2006



Centro de Solución de Problemas y el Mental Research Institute



Otorga el presente diploma a:

Alejandra Pilloni Martínez

Por haber cursado el:

“Diplomado en Terapia Breve”

Con una duración de 84 hrs.

México, D.F. Abril a Noviembre, 2007

Bárbara Anger-Díaz Ph. D.
M. R. I.

Katharina Anger, Ph. D.
M. R. I.

Karin Schlanger, M.P.T.
M. R. I.

Mtra. R. Patricia Cadena
CAIPSI



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
JEFATURA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA**



OTORGA LA PRESENTE

CONSTANCIA

A: ALEJANDRA PILLONI MARTÍNEZ

Por su asistencia a la Conferencia –Taller **"MITOS HACIA EL AMOR"**, impartido por la Dra. Lourdes Fernández Rius, de la Universidad de la Habana, Cuba, se llevo a cabo el 24 de mayo del 2007, en las Instalaciones de FES-IZTACALA, con horario de 17:00 a 20:00 horas.

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"
Los Reyes Iztacala, 24 de Mayo 2007.


Mtro. José R. Velasco García
Jefe de la Carrera

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FES-IZTACALA



JEFATURA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA

SECRETARÍA DE SALUD DE MICHOACÁN
ASOCIACIÓN MEXICANA DE SUICIDOLOGÍA A.C.

Otorgan la presente **CONSTANCIA** a

ALEJANDRA PILLONI MARTINEZ

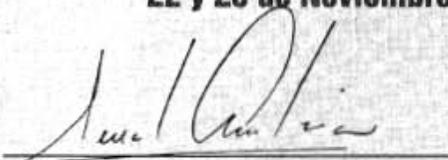
por su participación como

ASISTENTE AL FORO

En el II Foro Nacional sobre Prevención del Suicidio

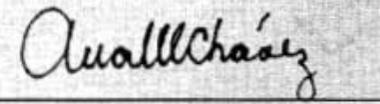
"El Suicidio acaba con más que una vida"

22 y 23 de Noviembre de 2007 Morelia, Michoacán

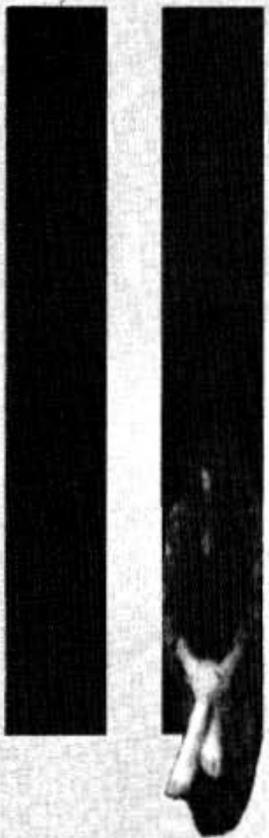


Dra. María Eugenia Austria Palacios
Secretaría de Salud en Michoacán

10 HRS.



Dra. Ana María Chávez Hernández
Presidenta de la
Asociación Mexicana de Suicidología A.C.





Constancia

a: **Alejandra Pilloni Martínez**

por su asistencia al

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana
**IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ALTERNATIVAS EN PSICOLOGÍA**

realizado del 7 al 10 de marzo de 2007

Morelia, Michoacán, México

Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña
Presidente del Congreso



Reconocimiento

a: **Alejandra Piloni Martínez**

por su participación con la ponencia

Las familias de adolescentes con conducta disruptiva y no disruptiva

dentro del programa académico del

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana

**IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ALTERNATIVAS EN PSICOLOGÍA**

realizado del 7 al 10 de marzo de 2007

Morelia, Michoacán, México

Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña
Presidente del Congreso





Reconocimiento

a: **Alejandra Piloni Martínez**

por su participación con la ponencia

Reflexiones sobre las familias de los terapeutas

dentro del programa académico del

VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana

**IV CONGRESO LATINOAMERICANO
DE ALTERNATIVAS EN PSICOLOGÍA**

realizado del 7 al 10 de marzo de 2007

Morelia, Michoacán, México

Mtra. Ma. Refugio Ríos Saldaña
Presidente del Congreso



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

XXVI COLOQUIO DE INVESTIGACIÓN

El Comité Organizador otorga la presente constancia a:

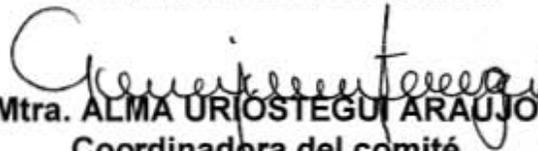
**MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO, LAURA SUSANA NÚÑEZ BECERRA,
ALEJANDRA PILLONI MARTÍNEZ, ISABEL PÉREZ VARGAS**

Por su participación como Autores del Cartel:

ÁREAS DE CONFLICTO FAMILIAR EN ADOLESCENTES

en este **evento**, celebrado del 28 al 30 de Agosto del 2007

"POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU"


Mtra. ALMA URIOSTEGUI ARAUJO
Coordinadora del comité



BIBLIOGRAFIA

1. Andersen (2001) Ver y oír, ser visto y ser oído en (201-224) Friedman S. El nuevo lenguaje del cambio. Barcelona. Gedisa
2. Andersen T., (1984) Procesos de reflexión: actos informativos y formativos (pp. 39-69) en Friedman, S. (Comp.) Terapia familiar con equipo de reflexión. Argentina. Amorrortu.
3. Anderson H., (1999) Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Buenos Aires: Amorrortu
4. Andolfi M., Angelo C., Menghi P., y Nicolo-Corigliano A.M. (1995) Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional. Buenos Aires. Amorrortu.
5. Berger P., Luckmann T.,(2006) La construcción social de la realidad. Buenos Aires. Amorrortu editores
6. Bertrando P. y Toffanetti D. (2004). Historia de la terapia familiar. Los personajes y las ideas. Barcelona: Editorial Paidós
7. Bronfenbrenner U. (1987), La ecología del desarrollo humano, España: Paidós
8. Corsi, J. (Comp.), (2003), Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares. Argentina. Paidós.
9. De Shazer S., (1986), Claves para la solución en terapia breve. Barcelona: Editorial Paidós.
10. De Shazer S., (1987), Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico. Barcelona: Editorial Paidós.
11. Desatnik O., Flankin A., y Rubli D., (2002) Visiones, re-visiones y supervisión del proceso de supervisión. Supervisores y supervisados: una experiencia institucional. Psicoterapia y familia Volúmen 15 No 1, pags. 47-56
12. Desatnik, O. (2004) El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz L. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 49-79). México. Pax México
13. Eguiluz R. L. (2006), La teoría sistémica. Alternativa para investigar el

- sistema familiar. México. Universidad Nacional Autónoma de México.
14. Eguiluz, Comp. (2004) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax
 15. Espinosa, M. R. (2004) El modelo en terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En Eguiluz L. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 116-138). México. Pax México
 16. Espinosa, M. R. y González, S. (1998) Terapia familiar sistémica: definición y alcances en salud mental. En Murueta, M. y Cols. (Comps.) *Psicología de la Familia* (pp. 138-157). México. UNAM-AMAPSI
 17. Espinosa, R. (1992), El ciclo vital en familias mexicanas: características culturales y estructura familiar. Universidad de las Américas, A.C. Tesis Maestría (inédita)
 18. Fisch, R.; Weakland, J., y Segal (1985) *La táctica del cambio*. Barcelona: Herder
 19. Galicia, I. X. (2004) *Terapia estratégica*. En Eguiluz L. *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 81-113). México. Pax México
 20. García Bedoy Humberto (1992) Neoliberalismo en México. Características, límites y consecuencias, *Sene contextos y Análisis*, 2, Centro de Reflexión Tecnológica, ITESO: México
 21. Gergen, K. (1996) Aspectos del constructivismo radical. En Pakman M. (Comp.) *Construcciones de la experiencia humana Vol. I* Barcelona: Gedisa
 22. Gergen, K. (2006) *Construir la realidad*. Barcelona Paidós
 23. Gergen, K. (2006) *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona. Paidós
 24. Henderson, E. (2001) Nuevas tendencias en resiliencia (pp. 19-30) en Melillo A. y Suárez E. (Comps.) *Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires. Paidós
 25. Imber-Black E., Roberts J. y Whiting R. (2006) *Rituales terapéuticos y ritos en la familia*. Barcelona. Gedisa.
 26. INEGI (2006). *II Censo de Población y Vivienda 2005. Resultados Definitivos*, [fecha de acceso 24 de Septiembre de 2008]. URL disponible en: www.inegi.org.mx.

27. Infante, F., (2001) La resiliencia como un proceso: una revisión de la literatura reciente (pp. 31-53) en Melillo A. y Suárez E. (Comps.) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires. Paidós
28. Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Seguridad, A.C. (2008). Encuesta Internacional sobre Criminalidad y Violencia [fecha de acceso 20 de Octubre de 2008]. URL disponible en: www.icesi.org.mx/.
29. Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Seguridad, A.C. (2008). El costo de la violencia. [fecha de acceso 20 de Octubre de 2008]. URL disponible en:
www.icesi.org.mx/publicaciones/articulos/2008Costo_de_la_Violencia.asp.
30. Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Seguridad, A.C. (2008). Secuestros en México. [fecha de acceso 20 de Octubre de 2008]. URL disponible en:
www.icesi.org.mx/publicaciones/articulos/2008/secuestro_en_mexico.asp
31. Jiménez, R. (2008, Octubre 12). Sufren “estrés cibernético” un millón de mexicanos [Versión electrónica]. El Universal. [fecha de acceso 17 de Octubre, 2008]. URL disponible en:
<http://www.eluniversal.com.mx/notas/546239.html>
32. Lipchik E., (2004), Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica. Buenos Aires: Editorial Amorrortu
33. Melillo A., Estamatti M., y Cuestas A. (2001) Algunos fundamentos psicológicos del concepto de resiliencia (pp. 83-102) en Melillo A. y Suárez E. (Comps.) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires. Paidós
34. Minuchin S., (1989), Familias y Terapia Familiar. México: Editorial Gedisa.
35. Minuchin S., y Fishman H. (1984), Técnicas de Terapia Familiar. México: Paidós.
36. O’Hanlon B., (2005), Crecer a partir de las Crisis. Como convertir una situación difícil o traumática en una oportunidad de cambio personal. México: Paidós.

37. O'Hanlon B., Weiner-Davis M., (1990), En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona: Editorial Paidós.
38. Ochoa de Alda I., (1995) Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Herder
39. Ochoa, A.I. (1995) Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona: Herder
40. Paes de Barros R., Ferreira F., Molinas J. R., y Saavedra J. (2008). Midiendo la Desigualdad de Oportunidades en América Latina y el Caribe. [Versión electrónica]. Washington: Banco Mundial, [fecha de acceso 14 de Octubre de 2008]. URL disponible en: (<http://go.worldbank.org/PKW39EAEX0>)
41. Payne Martin, (2002), Terapia Narrativa. Una introducción para profesionales. España. Paidós.
42. Penn P., (1982) Interrogatorio Circular: Family Process. Volumen 21, Número 3 septiembre 1982
43. Pereira Roberto (2007), Resiliencia individual, familiar y social. Interpsiquis. [fecha de acceso 04 de Enero de 2009]. URL disponible en: <http://www.psiqatria.com/articulos/tratamientos/28923/>
44. Pittman, F. (1990), Momentos decisivos. Tratamiento de familias en situaciones de crisis. Barcelona, Paidós
45. Presidencia de la República (2007). Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 [fecha de acceso 23 de Septiembre de 2008]. URL disponible en: <http://pnd.presidencia.gob.mx/>
46. Ravazzolla M. C., (2001) Resiliencias familiares (pp. 103-122) en Melillo A. y Suárez E. (Comps.) Resiliencia. Descubriendo las propias fortalezas. Buenos Aires. Paidós
47. Saavedra E, (2007) Superando las adversidades del entorno en Ramírez M. y Cortés E., (Coord.) Psicología, Salud & Educación. Avances y perspectivas en América Latina. VIII Congreso al encuentro de la psicología mexicana. IV Congreso Latinoamericano de alternativas en psicología,

- celebrados en la ciudad de Morelia, Mich., México, en marzo de 2007
México. Editorial: Amapsi.
48. Salomon B. Seguro Popular (2008). [fecha de acceso 24 de Septiembre de 2008]. URL disponible en:
 49. Secretaría de Educación Pública (SEP), datos publicados en Presidencia de la República. *Segundo Informe de Gobierno, 2008. Anexo Estadístico*, [fecha de acceso 24 de Septiembre de 2008]. URL disponible en: www.presidencia.gob.mx.
 50. Selekman M., (1996), Abrir caminos para el cambio. Soluciones de terapia breve para adolescentes con problemas. Barcelona: Editorial Gedisa.
 51. Selvini M., Boscolo L., Cecchin G. y Prata G., (1980) Family Process, volumen 19, número 1, marzo de 1980. Artículo: Hipotetizando, circularidad, neutralidad: tres guías para la conducción de una sesión.
 52. Velasco, C.M. y Luna, P.M. (2006) Instrumentos de evaluación en terapia familiar y de pareja. México: Pax
 53. Walsh F. (1998), Strengthening Family Resilience. New York. The Guilford Press.
 54. Walsh F. (2004) Resiliencia Familiar. Estrategias para su fortalecimiento. Buenos Aires: Amorrortu editores. Título del libro: Psicología Salud & Educación. Avances y perspectivas en América Latina
 55. Watzlawick P., Bavelas J., Jackson D. (1981) Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder
 56. Watzlawick, P.; Wakland, P. y Fisch, R. (1994) Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder
 57. White M., (2004) Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona. Gedisa
 58. White M., y Epston D., (1993) Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona. Paidós.
 59. White, M. (2002) Reescribir la vida. Entrevistas y ensayos. Barcelona. Gedisa