



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA
PRESENTA:
ARGELIA GÓMEZ ÁVILA

DIRECTORA DEL REPORTE:
MTRA. MARÍA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

JURADO DEL EXAMEN DE:
TITULAR REVISORA: MTRA. SUSANA GONZÁLEZ
MONTROYA
TITULAR: MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE
TITULAR: MTRA. LAURA EDNA ARAGON BORJA
SUPLENTE: MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY
SUPLENTE: DRA. MARÍA SUÁREZ CASTILLO

MÉXICO, D. F. 2006



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.

***La finalidad del discurso, no es decir la ultima palabra
sino mantener viva la conversación.***

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

A quien debo mi formación profesional, y grandes enseñanzas de vida..

A mi Padre Pablo Gómez por ser ejemplo de perseverancia

A mi madre Gloria Ávila por ser ejemplo de fortaleza y por su insistencia en mi desarrollo profesional.

A mis sobrinos, Carlos Eduardo y Alejandro, porque representan una generación más de esta familia, llena de confianza y respeto.

A Rosario Espinosa Salcido

Por esas conversaciones que siempre me generan posibilidades y por las múltiples oportunidades que me brindas Gracias por estos 7 años

A Susana González Montoya

Por seguir en mi camino enriquecido mi vida

A todos mis profesores de la maestría

que con sus comentarios aportaron grandes guías a mi vida personal y profesional.

A todos aquellos amigos(as) que participaron en la consolidación de este trabajo.

Gracias

A todas las familias, que han confiado en mi, en estos ocho años.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar.	.6
1.1. Características del campo psicosocial.	6
1.2. Principales problemas que presentan las familias.	12
1.3. Propuestas de intervención sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.	17
2. Caracterización de los escenarios donde se realizó el trabajo clínico.	23
2.1 Descripción de los escenarios.	23
2.2. Análisis sistémico de sedes.	.25
2.2.1. La Clínica de Terapia Familiar Iztacala como sistema.	25
2.2.2 La Clínica del CCH. Azcapotzalco como sistema.	26
2.2.3. Clínica de Medicina familiar (ISSSTE) Tlalnepantla como sistema.	28
2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.	32

II. MARCO TEÓRICO.

2.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la terapia Familiar sistémica y posmoderna.	35
2.2. Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención en terapia familiar y posmoderna.	52
Terapia Estructural.	52
Escuela Estratégica.	59
Modelo de Palo Alto (MRI).	68
La Terapia Breve enfocada en las Soluciones.	78
Escuela de Milán.	88
Los Asociados de Milán (AM).	95
Terapia Narrativa.	101
Terapia Colaborativa.	113
Equipo Reflexivo.	117

2.3. Similitudes y diferencias de los modelos de Intervención	124
III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES.	
1. Habilidades clínicas terapéuticas.	128
1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico por familia.	128
1.2. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica en las familias que recibieron el servicio de Terapia Familiar.	148
1.3. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica con una familia “Los alcances de la Terapia Narrativa en un caso clínico”	161
1.4. Análisis del sistema terapéutico total clínicas.	170
2. Habilidades de Investigación.	178
2.1 Reporte de investigación con metodología cuantitativa y cualitativa.	178
3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención Comunitaria.	180
3.1 Productos tecnológicos.	180
3.2 Desarrollo de programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres) y de formación de terapeutas y de otros profesionales.	187
3.3 Reporte de actividades de difusión: Avances de la investigación y/o práctica clínica en un foro académico.	190
4. Consideraciones éticas que surgieron en la práctica profesional.	192
IV. CONSIDERACIONES FINALES.	203
REFERENCIAS.	207

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1. Análisis del campo psicosocial y su problemática.

1.1 Características del campo psicosocial.

En los albores del siglo XXI, la vida en México se desenvuelve dentro de un contexto social distinto de lo que era nuestro país hace apenas unos cuantos años.

Corona (2002) señala que en la actualidad, la comunicación política ha cobrado una importancia considerable gracias a la introducción de los medios masivos de comunicación, televisión, cine, radio, prensa e Internet, estos espacios públicos son los lugares en donde se hace la política, donde el gobierno y la sociedad logran establecer mecanismos de interlocución. Mediante el análisis y la crítica de lo público, los ciudadanos logran salir de su vida privada y el gobierno atiende la vida social.

Estos medios, como tecnologías transportan códigos fundamentales que moldean la personalidad de los mexicanos. Hernández (2000) señala que las aspiraciones del pueblo, los anhelos del país que queremos ser, y la visión del mundo y de la vida, se construyen lenta, cotidianamente y eficazmente a través del contenido de programación de los medios de comunicación masiva. La proliferación de esta gran infraestructura informativa en el país ha contribuido a modificar substancialmente los hábitos culturales de la vida cotidiana, por ejemplo, al final del siglo XX son los mexicanos los habitantes que más ven televisión en todo el continente americano, con un promedio diario superior a cuatro horas. De aquí, que al final del milenio impera una cultura de televidentes, de lo cual se deriva un peso muy sustantivo de los medios audiovisuales en la formación de gustos, actitudes, opiniones, conductas, mentalidades y visiones de la vida.

Esta asombrosa expansión tecnológica-material de los medios de información ha creado una sociedad mexicana más informada sobre lo que ocurre en nuestro país en el mundo, con sus ventajas y desventajas, nos ha mostrado realidades de varios sectores de la población,

convirtiéndose en una realidad que reconoce la mayoría de la población. Día con día, nos enteramos por los periódicos, la radio y la televisión de homicidios, secuestros, actos vandálicos de extrema violencia, robos de niños cuyo destino tiene que ver con la venta de órganos o con prostitución. Lo más grave del problema, lo constituye el hecho de que quienes perpetran la gran parte de tales ilícitos son jóvenes cuyas edades fluctúan entre los 15 y los 20 años de edad. Cambios como el que México y Brasil pasaron de ser países de tráfico de drogas a países de consumo, son factores que hacen que el entorno social sea difícil y hostil, aunado a otros factores sociales que padece nuestro país, como la desventaja económica, una sociedad cada vez más competitiva, la violencia y criminalidad en las zonas de vivienda, la densidad de población las condiciones de vivienda y la insalubridad entre otros.

Sobre estos factores sociales, se han hecho importantes investigaciones, que nos arrojan los siguientes datos.

Stern y Reartes (2001) señalan sobre la desventaja económica, que en los últimos 20 años, el salario mínimo ha perdido casi el 70% de su poder adquisitivo, por lo que también se ha perdido el sentido original que se tenía como una medida estándar de ingresos necesaria para sostener a una familia promedio de cinco integrantes por encima de la línea de la pobreza. En la actualidad, se requiere más de 5 salarios mínimos para cumplir con este propósito.

Esta situación económica ha provocado que muchas familias estén adoptando formas tendientes a reducir o mitigar el impacto del desempleo y de los bajos salarios. Estas estrategias de adaptación involucran la organización interna del grupo familiar, de hecho se ha incrementado la participación económica de los miembros del hogar, a tal grado que el esquema del jefe como proveedor único, está cediendo terreno frente al reconocimiento cada vez mayor de las actividades desarrolladas por la esposa e hijos, quienes en algunos casos contribuyen de manera importante a la obtención de ingresos para el sostenimiento del hogar.

El hecho de que ahora, la madre tiene que trabajar fuera del hogar, los hijos emplearse por su cuenta aportando más o igual cantidad monetaria que la dada por el padre, ha originado que el estatus de jefe formal indiscutible se altere, puesto que al participar la mujer e hijos en la economía de la familia estos exigen de manera abierta y/o no abierta que se les tome en cuenta respecto a las decisiones de cómo llevar el hogar, dejando en entredicho la supremacía masculina y resquebrajando uno de los pilares de la familia patriarcal.

La crisis es más aguda cuando estas familias se enfrentan con el empleo mal remunerado o el subempleo¹, a ello le sumamos la alta tasa de desempleo² por la que atraviesa nuestro país y que resulta preocupante. Otros hechos que ejemplifican la crisis económica a la que se enfrenta la familia en México, es la alimentación deficiente, por ejemplo, el 60% de los ingresos familiares se destinan a tal fin, asimismo, se está dando un marcado crecimiento del tamaño de la familia, que en nuestros días se considera que es producto de que los jóvenes se casan o cohabitan, pero que no pueden montar su propio hogar debido a la falta de recursos monetarios, y viven con los padres de alguno de los cónyuges, en lo que se estabilizan. Cabe señalar que antes en la familia semiextensa o extensa se hacía normal la presencia de la nueva pareja; ahora resulta difícil para la convivencia, pero necesaria por la restricción económica. Ya que el aumento en el número de miembros que aportan dinero hace que el ingreso familiar sea más llevadero.

Así cada vez más nos enteramos por los medios de comunicación y vemos en nuestra alrededor que hay más familias encabezadas por mujeres que se enfrentan a la manutención de los hijos, además de enfrentarse al reto de incorporarse al ámbito laboral, mujeres sin estudios se enfrentan a una gran desventaja pues el salario solo alcanza para cubrir la manutención de los hijos y lo básico para enviarlos a la escuela.

¹ Frente a la reducción de las oportunidades de empleo asalariado, algunas familias han creado sus propias fuentes de ingresos. Proliferando negocios informales en el pequeño comercio, en los servicios de reparación y en otros servicios, éstos no cuentan con trabajadores asalariados y no tienen local establecido. Sus participantes son en su mayoría adultos, casados y con baja escolaridad, predominan los pertenecientes al sexo femenino (Oliveira, 1995).

² Se calcula que entre el 30 y el 36% de la población económicamente activa de México se encuentra parcial o totalmente desempleada (Leñero, 1995). Según el Censo General de Población y Vivienda 2000 el 5% de la población en nuestro país se encuentra sin empleo (INEGI, 2001).

Respecto a la condición educativa, Brazelton (1991) señala que la situación económica de la familia es uno de los factores que afectan el proceso de enseñanza-aprendizaje, pues si no es suficiente el presupuesto familiar para cubrir las necesidades básicas se provoca un estado emocional que desequilibra a los hijos, y afecta su rendimiento escolar. Asimismo según el autor que ambos padres trabajen dos turnos, va generando un abandono como pareja y a los hijos.

Para otras familias, la escasez de trabajo, la competitividad, y la sobrepoblación los ha orillado a ir a los Estados Unidos de Norteamérica. a perseguir el sueño americano, que muchas veces, han resultado en trágicas muertes, en el mejor de los casos la extradición al país de origen; los que logran pasar e instalarse en un trabajo añoran la familia que dejaron, y en México las mujeres, se conviertan en madre y padre a la vez.

El INEGI (2003c) señala que las corrientes migratorias internas ya no se dirigen a las grandes ciudades sino a aquellas de tamaño medio; predominado los movimientos de carácter urbano-urbano, urbano-metropolitano y metropolitano-urbano, aunque subsisten con menor intensidad las corrientes rural-urbano y de tipo rural-rural. Por otro lado, ha aumentado la emigración a los Estados Unidos de América por lo que el perfil sociodemográfico se ha diversificado

Para De la Torre y Medina (1993) este acelerado proceso de urbanización, que obedece a una intensa corriente migratoria del campo a las ciudades, ha dado origen a un agudo déficit de vivienda, el cual se hace patente en una rápida escalada de precios, particularmente de los terrenos y rentas. Siendo el problema más agudo, en las denominadas “ciudades perdidas” o “cinturones de miseria”, en ellos se concentran habitantes que viven en condiciones deplorables, las casas que habitan carecen de agua entubada, drenaje, ventanas, etc., generalmente constituidas con desperdicios de láminas y cartón, tienen pisos de tierra y cuentan únicamente con letrinas, sin servicios sanitarios. La insalubridad de estas casas propicia que se propaguen fácilmente enfermedades, además de otros efectos completamente negativos, tales como: promiscuidad, prostitución, violencia, lo cual repercute en un deterioro físico y moral de la familia.

De la Torre, y Medina (1991) señalan que por un lado la pobreza y la ignorancia, así como las enfermedades y la insalubridad, son fenómenos estrechamente vinculados en nuestra sociedad, y son elementos que se reflejan en la baja productividad de escuelas y trabajo; las enfermedades y la insalubridad también contribuyen abreviando el horizonte de vida de esta población.

Por otro lado, algunos sectores de la población, se han beneficiado del avance científico y tecnológico de la medicina, de las mejoras en el nivel educativo, etc. En comparación con la gente de hace varios siglos, las generaciones actuales, pueden disfrutar de una vida más larga, debido a esta revolución tecnológica, pues ciertos inventos modernos han cambiado el modo de hacer las cosas y han vuelto más llevaderas muchas tareas trabajosas.

López y Escalante (2001) señalan que los jóvenes indistintamente de ser hombres o mujeres, se están enfrentando en el ámbito laboral por un lado, a una oferta de trabajo limitada y excesivamente competitiva, y por otro lado, a la demanda por parte de las empresas, que establecen entre los requisitos, una mejor preparación, tanto en experiencia, como en el grado académico. Para dichos autores, tales circunstancias influyen para que la etapa de la juventud se prolongue, porque plantea la necesidad de cursar más altos niveles de educación superior, y por tanto, se establece un mayor lapso de tiempo en condiciones de dependencia familiar. Así mismo señalan que este hecho se relaciona con el establecimiento de una relación de pareja formal, la cual está ocurriendo alrededor de los 30 años o más.

Aunque cabe señalar que la incursión de la mujer al mercado laboral, le ha dado más autonomía, independencia económica, libertad sexual. Para Pérez (2004) los varones están enfrentando una confusión, pues socialmente se les exige que sigan siendo jefes de familia, provean, protejan, y también cuestionen su construcción acerca de su masculinidad.

En este campo socioeconómico, parece ser que las relaciones significativas son cada día más difíciles de establecer, tanto en la soltería, como en familias ya formadas, para hombres y mujeres, a ello sumémosle la presencia destructiva de la violencia, que se

manifiesta en la familia, en el trabajo, en la calle, en la escuela, y en sociedad en general; estas situaciones originan un sentimiento de inseguridad, temor a salir a las calles para las labores en el día, y en la noche para ir a divertirse pues, como cita Pérez (2004) la esta situación es alarmante, debido también a la desconfianza que las personas tienen hacia las Instituciones, autoridades, policía, en general. Esta misma desconfianza ha propiciado un ambiente para la expresión y desarrollo de actitudes de ataque y defensa, y no para la convivencia y el crecimiento personal. Aunado a ello, esta la nueva e inquietante cultura “Light” donde todo se usa y se desecha, en donde todo cada vez perdura menos; impidiendo dotar de significado afectivo sólido a las relaciones que establecemos. Para López y Escalante (2001) el vacío existencial se ha convertido en una circunstancia cada vez más general en la existencia de las personas, la suprema deidad al dinero, cuya posesión o carencia delimita y diferencia al que vale del que no, al exitoso del fracasado, dando más valor al tener que al ser. Así la vida familiar se esta caracterizando por una disyuntiva entre los valores tradicionales y los nuevos; estos últimos dan prioridad al individualismo, la competitividad y al poder económico; tales pautas se contraponen a lo que culturalmente se espera de los miembros de nuestra sociedad; sin embargo, son llamativas, ampliamente difundidas y sobrevaloradas por los medios masivos de comunicación. Esta transición ha provocado la descomposición de la antigua estructura comunitaria que en situaciones críticas apoyaba a la familia nuclear a superarlas, en la actualidad las dificultades que afectan a la familia se viven en forma más aislada, porque no hay o existe poca vinculación de ésta con el medio social, es importante mencionar que la misma sociedad ofrece pocas e insuficientes alternativas que mitiguen los efectos de la llamada “crisis” por la que atraviesa el núcleo familiar. Al no darse tal apoyo la familia se enfrenta a una sociedad que le exige adoptar esos estándares de competitividad, pero no le brinda recursos para lograrlo; generando frustraciones que de no ser atendidas traerán como consecuencia trastornos físicos y mentales; así como fracasos en el trabajo, escuela, familia y sociedad por parte de sus miembros (Anderson & Carter, 1996; Leñero, 1995; Solís, 1997).

Estos cambios vertiginosos, han hecho que algunas familias muestren su flexibilidad y capacidad para adaptarse a tales circunstancias .y otras no tan afortunadas, se han volcado a

condiciones vulnerables, fuentes de tensión y desintegración familiar que incluso las ha llevado a detonar, un padecimiento psiquiátrico

En un estudio realizado por El Instituto Politécnico Nacional (IPN) “ La Salud Mental en México. Retos y Perspectivas”, se concluyó que el aumento de los trastornos mentales deriva de los cambios demográficos, sociales y económicos que ha vivido nuestro país en los últimos años. Los jóvenes perciben la falta de oportunidades; además que existe una gran proporción de personas de la tercera edad y este incremento en la expectativa de vida requiere mayores servicios de salud y las constantes crisis económicas han provocado conflictos sociales importantes (Ramírez, 2003).

En México, la Secretaria de Salud (SSA) reporta que una quinta parte de la población padece en el curso de su vida algún trastorno mental: cuatro millones de adultos presentan depresión; medio millón esquizofrenia; un millón epilepsia; y el 10 por ciento de los mayores de 65 años, demencia. Además, el 15 por ciento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en niños indica que cinco millones de menores de edad sufren algún problema mental; de este total, la mitad de la población infantil requiere de una atención especializada e integral. También se deben considerar a los pacientes con problemas de ansiedad, las personas que tienen un déficit en el control de impulsos y las mujeres con problemas en el rubro de la alimentación.

Con una tendencia creciente de estos padecimientos, en los próximos 10 años la demanda de servicios de salud mental constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud.

Este pronóstico alarmante, nos lleva a poner más atención a los problemas socioeconómicos, políticos, culturales, a los diversos problemas que padecen nuestras familias, para así poder a través de nuestra área en salud mental, mitigar estos efectos, actuando desde niveles de prevención primaria a terciaria.

1.2 Principales problemas que presentan las familias.

Entre los principales problemas que actualmente presentan las familias, se encuentran la depresión, los suicidios, las adicciones y la violencia familiar.

García y Balanzario (2003) considera que la depresión es una dolencia común en la actualidad; incluso las personas que no llegan a padecerla a menudo refieren experiencias contempladas como normales, pero que entrañan cambios u oscilaciones del estado de ánimo caracterizados por sentimientos de tristeza, estrés, desaliento, desilusión, etcétera, que son muy similares a las condiciones y las manifestaciones sintomáticas que definen al trastorno depresivo. La depresión no debe su origen a una causa única; es una dolencia que se presenta de manera frecuente como condición comórbida y, por su intensidad, eventualmente llega a constituirse en un síndrome incapacitante que puede impactar seriamente el estado físico y el funcionamiento intelectual-afectivo y social de la persona. La expresión final de la depresión puede ser el suicidio.

Por ello, los intentos de suicidio son llamadas de atención que deben ser atendidas oportunamente y que suelen relacionarse con problemas familiares. El suicidio consumado ya hace referencia a un problema de salud mental que afecta directamente a la familia por la combinación de variables psicosociales, se trata de comportamientos en contra de las creencias y las normas.

La información estadística que el INEGI recabada en materia de suicidios se deriva de los registros de las agencias de los Ministerios Públicos; éstos en cada entidad federativa son transcritos por solicitud del Instituto y la información que resulta se presenta desagregada por intentos de suicidio y suicidios consumados.

En México durante el año 2002 ocurrieron 3464 intentos de suicidio y se consumaron 91.2% de éstos. En los intentos de suicidio fallidos 59.9% son cometidos por mujeres, mientras que en los suicidios consumados representan sólo 17.2% del total. el 51.5 % se concentra en los jóvenes (15 a 29 años) tal comportamiento se aprecia también al analizar

la distribución de estos eventos por sexo (50.9% para los varones y 51.1% para las mujeres). Merece resaltar que el peso de los solteros es levemente mayor en el caso de las mujeres (41.8%) en tanto los hombres solteros un (36.1%) poco menos de tres quintas partes (57.7%) de los suicidas tienen menos de 35 años de edad, de éstos, 16.8% son menores de 20 años.

De manera más específica, son los suicidios de personas casadas o unidas los que más se presentan en comparación con los de los solteros, cuya proporción en el caso de intentos de suicidio es superior. En el caso de los solteros se reportaron más suicidios femeninos (45%).

Siendo las mujeres ahora las que representan los porcentajes más alarmantes en estos problemas y también en el rubro de las adicciones. El Instituto De La Mujer en el Distrito Federal reportó que existen aproximadamente 3 millones 241 mil mujeres consumidoras de alcohol, cigarro, cocaína, marihuana y antidepresivos. (Ramírez, 2003).

De acuerdo con la entrevista realizada a pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil, durante el 2003. la demanda de estos servicios se dio en razón de 6 hombres por cada mujer se concluyó que 45.4% de las mujeres que acuden a tratamiento, lo hacen después de dos años o menos de haber iniciado el consumo, mientras que el 23.9% de los hombres acuden después de cinco años.

El consumo femenino puede definirse como del tipo funcional o social, mientras que el masculino se asocia más al uso funcional y disfuncional.

Las tasas de consumo menor de drogas de uso actual o dentro de los 30 días previos al inicio del tratamiento, se dan entre la población femenina.

La prevalencia del uso de sustancias de tipo médico es relativamente mayor en las mujeres que en los hombres; tanto en los casos de drogas de uso inicial como en la prevalencia del consumo “alguna vez en la vida” (Ramírez, 2003).

Las adicciones, representan uno de los mayores problemas de salud en los adolescentes. Stern y Reartes (2001) señalan un incremento de adicciones en la población adolescente ya que el tabaquismo, el consumo de alcohol y otras drogas aumentan año con año, a la par que disminuye la edad de inicio de consumo, de acuerdo a los resultados de las mediciones realizadas en el Distrito Federal durante los últimos años en estudiantes de enseñanza media y media superior demostrando cómo el consumo de tabaco se ha ido elevando en esta población de 46.5% en 1991 ascendió a 55.4 en 1997. En cuanto a la prevalencia por sexo, en 1997 el consumo de tabaco fue más elevado entre los hombres que entre las mujeres.

Villatoro, Medina-Mora, Rojano, Fleiz, Villa, Jasso, Alcántar, Bermúdez, Castro y Blanco, (2001, citados en Balanzario 2003) señalan que esta presión de la vida moderna, vislumbra un escenario donde la interacción de los menores con sus padres pueden propiciar las oportunidades de usar drogas, situaciones que aunada a un entorno familiar caótico, incrementan la posibilidad de consumo de drogas en la edad temprana.

En México se estimó que el 2% de los residentes urbanos de 18 a 65 años presentó problemas por el uso de drogas, siendo mayor el consumo en la población masculina. Los motivos que se asocian con mayor frecuencia al consumo de drogas son los problemas de tipo psicológico (tristeza, dificultad para concentrarse, ansiedad, irritabilidad, etc.) y en segundo lugar se encuentran los de tipo social (discusiones con la familia o amigos, peleas, haber sido arrestado, problemas en la escuela o trabajo, dificultades económicas, etc.) (INEGI, 2003).

La violencia familiar es otro problema que debilita los valores de la convivencia, propicia la desunión, la falta de respeto entre la pareja y los hijos y una baja autoestima en la víctima y victimario, además que repercute en otros ámbitos de relación como la escuela y el trabajo donde se manifiesta en bajo rendimiento, abandono escolar, y laboralmente con un desempeño insuficiente. Esto no solo representa un obstáculo para el crecimiento de las personas, de la calidad de vida, sino que también constituye un obstáculo para el desarrollo de un país.

Se estima que en México uno de cada tres hogares presenta algún tipo de violencia, además su ocurrencia tiene repercusiones en el desarrollo físico, emocional; así como en las relaciones que los miembros de estas familias establecen con su entorno. Sus secuelas socioeconómicas son incalculables; el Banco Mundial reportó que la violencia es responsable de uno de cada cinco días de vida perdidos por las mujeres en edad reproductiva (INEGI, 2001).

El INEGI reportó que en el período de julio del 2002 a junio del 2003, se ofreció atención a 41990 personas víctimas de violencia familiar, de las cuales 92.4% corresponden a mayores de 18 años de edad.

La red de Unidades de Atención y Prevención de la Violencia Intrafamiliar atendió al 52%; seguida por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, PGJ. SAVDSC con 26.7% de casos atendidos; en tercer lugar el Instituto de la Mujer del Distrito federal, a través de los Centros Integrales de Atención a la mujer (CIAM) recibió 8.8% y, finalmente, la Secretaría de Salud (SSA) 3.4%. De los menores atendidos, 29.3% lo registra el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (.DIF) del D.F. (DIF-D.F.); 17% LOCATEL y con alrededor de 15% el Instituto de la Mujer del D.F. y la P.G.J.D.F

De los generadores de violencia 84% fueron hombres. Entre los generadores de maltrato infantil, el escenario es inverso, ya que la población femenina es la que más frecuentemente maltrata a los niños. (INEGI, 2004)

Estos problemas son más complejos y alarmantes de lo que las estadísticas pueden decir. Constituye una preocupación en aumento, sobre el futuro en el que viven, niños, jóvenes, adultos y adultos mayores, bajo este contexto psicosocial y los problemas que presentan las familias mexicanas, es imprescindible generar esquemas de protección para manejar adecuadamente los sentimientos de angustia y ansiedad propios de la sociedad actual y promover ante todo la salud mental de los individuos y las familias.

1.3 Propuestas de intervención sistémica y/o en la Terapia Familiar para abordar las problemática señalada.

En el apartado anterior, se describieron estadísticamente algunos de los problemas más alarmantes que padecen las familias, el presente apartado describe las propuestas de intervención de la Terapia Familiar Sistémica.

Desde la forma de hacer los diagnósticos, hasta intervenciones muy definidas, la Terapia Familiar sistémica ha hecho contribuciones importantes. Por ejemplo, los familiogramas, que consisten en una representación gráfica de una constelación familiar generacional, y son parte fundamental para el diagnóstico familiar fueron empleados en un estudio sobre el consumo de drogas en 50 niños menores de 12 años solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ). García y Balanzario (2003) encontraron como resultado de la revisión del familiograma, que más de la mitad (57.1%) estaba conformada como familia nuclear. Las familias semiextensa (2%), uniparental materna (20.4%) y uniparental materna extensa (41%), reestructurada (8.2%), reestructurada extensa y reestructurada semiextensa (6.1%), y sólo una familia estaba desintegrada (2%).³

En las familias integradas por padre, madre e hijos resalto la disfuncionalidad, en términos de: falta de comunicación, y trato afectivo, roles no delimitados entre los miembros de la familia, violencia familiar y conflicto en la relación de los cónyuges.

Adicionalmente se registró en algunos pacientes, que el padre tenía dos familias y en ellas su papel era periférico o ausente. Estos datos señalaron que cuando el hijo percibe al padre como ausente, crece la posibilidad del consumo de drogas, de igual forma, los hijos de padres con adición a alguna sustancia, registran niveles más altos de ansiedad y depresión. Otra característica de estas familias, es que ambos padres trabajaban, por lo que los niños

³ Familia nuclear: integrada por padre, madre e hijos; familia extensa, incluye la nuclear, más uno o más familiares que cohabitan en el mismo domicilio; uniparental materna: la madre es el único sostén económico y emocional de los hijos; uniparental materna extensa, se incluyen a la uniparental materna, uno o más parientes; reestructurada, familias conformadas por un padrastro o madrastra; reestructurada extensa, se incluye familiares nucleares o parientes solteros que viven cerca e intercalan en un sistema recíproco de bienes y servicios.

quedaban al cuidado de los abuelos; también se encontraron antecedentes de consumo de drogas o alcohol en algún otro miembro de la familia (principalmente el padre y los hermanos mayores).

Así, el familiograma, nos permite no solo tener una visión sistémica de la familia en cuanto a sus estructuras, sino que además permite inferir algunas hipótesis.

A partir del diagnóstico, se hace necesaria una intervención, al respecto, Ramírez (2001) enumera algunos puntos teóricos que han sido de utilidad en el trabajo con las familias de adictos basados en los modelos sistémicos propiamente el estructural y el estratégico.

- 1) Poner énfasis en la jerarquía
- 2) Descubrir las secuencias relacionales alrededor de cada pauta de comportamiento. (La terapia consistirá en identificar estas pautas por parte del terapeuta y modificar las relaciones cambiando componentes, tiempos de interacción o distancias entre los miembros).
- 3) Identificar organizaciones triádicas como unidad mínima relacional y centrarla en el presente

Otro problema alarmante, como lo señalábamos anteriormente son los intentos de suicidio, en donde, poco más de una cuarta parte de los mismos en el país no tienen causa registrada, lo cual resulta lógico dado lo delicado que puede ser recabar este tipo de información. La causa inferida es el disgusto familiar con 34.2%; le siguen las razones amorosas, con 10.2% y en tercer lugar las enfermedades mentales, que explican 3.9% del total de los intentos de suicidio registrados.

El patrón de distribución porcentual de los intentos de suicidio por causa es muy similar entre sexos; es en el peso específico de cada causa donde se observan algunas diferencias entre hombres y mujeres, por ejemplo, en los disgustos familiares hay una diferencia de 17 puntos porcentuales más en las mujeres; los intentos de suicidio por enfermedad grave e incurable tienen seis punto porcentuales más en el caso de los hombres, y en las mujeres

tres puntos más las causas amorosas.(INEGI;2004) Por lo anterior se puede decir que las mujeres en relación con los hombres intentan suicidarse con mayor frecuencia por disgustos familiares y conflictos amorosos, a diferencia de los hombres que lo hacen más (respecto de las mujeres) por enfermedad grave.

Estos datos permiten a los terapeutas familiares, orientar su terapia al género. De igual forma, la terapia sistémica también ha sido útil en las familias que han vivido la devastadora experiencia de un suicidio, y el apoyo individual y familiar a aquel que ha intentado suicidarse en algún momento de su vida.

Para Steinglass (citado en Vicencio,1991) los problemas de drogadicción, intentos de suicidio y otros como el desarrollo académico deficiente, la desobediencia de los hijos, enfrentamiento de alguna enfermedad o muerte, conflictos con los padres, etc se encuentran estrechamente relacionados con las tareas de definir límites exteriores o interiores ante la familia nuclear y extensa, es decir, establecer los límites que rigen la forma de participación de los miembros entre sí y con las respectivas familias de origen.

Además de definir límites, es importante tomar en cuenta el ciclo vital en que la familia se encuentra y buscar que los miembros respondan a las exigencias del contexto social en el cual se desenvuelven.

El ciclo vital de la familia ofrece un panorama general del desarrollo de las familias, así como de su identidad, es decir, el sistema de creencias, actitudes y atribuciones que la familia comparte respecto a si misma. Este ciclo también da a conocer las tareas que permiten a las familias transitar sin problema a otra etapa. Por ejemplo en la etapa de joven adulto, la clave esta en aceptar la separación con los padres, y las tareas de desarrollo se ubican principalmente en tres:

- a) Diferenciar su self de la familia de origen
- b) Desarrollar relaciones con los pares
- c) Establecerse en el trabajo.

En la etapa de formación de la pareja, la clave es el compromiso con el nuevo sistema, y las tareas de desarrollo se ubican principalmente en dos:

- a) Formación de la pareja y
- b) Redefinición de los límites con las familias extensas y amistades.

En la Etapa de familia con hijos pequeños, la distingue la inclusión de nuevos miembros al sistema, y las tareas de desarrollo son básicamente tres:

- a) Ajuste de la pareja para hacer espacio para los hijos
- b) Hacerse cargo de roles parentales
- c) Lugar para padres y abuelos

Así, en la etapa de familia con hijos adolescentes; la distingue el aumento de los límites que favorezcan la independencia. Y sus tareas de desarrollo son:

- a) Permitir la entrada y salida
- b) Reorientación en la pareja y el trabajo
- c) Preocupación por los padres(abuelos)

La etapa de cuando los hijos se van, la distingue la aceptación de entradas y salidas del sistema, y las tareas de desarrollo pueden ubicarse en cuatro:

- a) Renegociación de la pareja
- b) Desarrollo de la relación entre adultos con los hijos
- c) Inclusión de nietos y consuegros, enfermedades y muerte de los padres

Por ultimo en la etapa de vejez, la distingue la aceptación del cambio en roles generacionales, y sus tareas de desarrollo pueden ubicarse en cuatro.

- a) Mantener los intereses a pesar de la vejez
- b) Desarrollar nuevas opciones
- c) Aportar la sabiduría y experiencia a las generaciones más jóvenes
- d) Enfrentar la muerte del cónyuge, otros familiares y la propia. (Minuchin y Fishman, 1992; Minuchin, 2001; Haley, 1992.)

Estas tareas, resultan una guía para todo terapeuta, que se enfrenta al trabajo con familia. Propiamente los terapeutas familiares abordan a la familia como un grupo de relaciones más que como un grupo de individuos, en ese sentido describen más lo que ocurre entre las personas y no dentro de ellas, haciendo énfasis en cuestiones observables como patrones de interacción familiar, secuencias repetidas, mensajes digitales y analógicos de la comunicación, cercanía o lejanía de los miembros, generalmente trabajan con objetivos que pueden o no ser explícitos y es de corta duración en comparación con otros modelos de abordaje.

Tal es el caso del Modelo de Terapia Breve, que pertenece a los modelos sistémicos, cuyos representantes son Watzlawick, Weakland, Fish (1988) , ellos consideran que en la vida hay dificultades, y que estas se convierten en problemas cuando se les hace frente de manera incorrecta por tres modos.

- 1) Adoptando una solución que equivale a negar el problema: se impone una intervención que no se ha realizado
- 2) Esforzándose en modificar una dificultad que es inalterable o inexistente
- 3) Interviniendo en el nivel equivocado (queriendo un cambio completo de actitud, cuando será suficiente un cambio de conducta).

Así el modelo de Palo Alto, proporciona un método eficaz para abordar estas puntuaciones, recordándonos que las soluciones, lo mismo que los problemas, pueden ser un problema.

Para Duncan y Rock (1995) las tres teorías más relevantes del enfoque sistémico son: la teoría de los sistemas, la teoría de la comunicación humana, y el constructivismo. La primera de ellas ofrece a los terapeutas información acerca de la forma en como interactúa la gente y de cómo se da el cambio en las relaciones, específicamente permite dar conocer a los pacientes, la influencia de ellos en patrones de interacción que considera penosos y que son destructivos para sus relaciones.

La Teoría de la Comunicación Humana. Esta teoría constituye una de las bases más importantes para la comprensión de las acciones de las personas, entender que todo

comportamiento verbal y no verbal es comunicativo; que toda comunicación define, mantiene o cambia la naturaleza de una relación; y que el escuchar es un proceso activo, ofrece vías para cambiar patrones de comunicación negativos, por otros más productivos y satisfactorios.

La última teoría proporciona una descripción desafiante de la manera relativa e idiosincrásica de como los seres humanos le damos sentido a nuestras vidas y a nuestras relaciones. El constructivismo es una teoría acerca de cómo la gente crea el significado en las relaciones; el significado son nuestros pensamientos, sentimientos, percepciones y experiencias, reunidos en un todo organizado, desde este punto de vista, la personas no descubren la realidad, la inventa. La realidad consta de un significado “construido” o creado que a su vez organiza las percepciones y la experiencia. Señalan Duncan y Rock (1995) que esto va más allá de la simple modificación de la conducta, se puede crear un contexto para cambiar la relación, el cual ofrece una oportunidad para generar significados más positivos y, por lo tanto, crear relaciones más satisfactorias.

Estas son algunas bases y aportaciones de algunos de los modelos modernos. Entre los modelos posmodernos encontramos, la narrativa, el equipo reflexivo y la terapia colaborativa.

Boscolo y Bertrando (2001) consideran que la idea central de estos modelos es que los síntomas aparecen cuando las relaciones de una persona consigo misma o con los demás tienen una particular importancia, pierden significado o adquieren significados oscuros o ambiguos. En estos casos los síntomas asumen el sentido de dilemas relacionales, en los que una persona se pregunta ¿cuál es mi lugar en la familia? ¿Qué quieren de mi?, tales dilemas surgen naturalmente en otros contextos como la escuela, el trabajo, el grupo. Un síntoma puede aparecer si en el grupo al que uno pertenece hay secretos o se dan coaliciones de las que se excluye a uno de los miembros, siendo la acción terapéutica tratar de destruir las ambigüedades y los dilemas relacionales, si esto se consigue el sistema se puede liberar de la oscilación y el sistema buscará sus propias soluciones.

El equipo reflexivo ha resultado ser una herramienta eficaz para los consultantes, estos se benefician al escuchar diferentes aportaciones sobre su situación que los trajo a terapia. Los clientes que han escuchado a los equipos reflexivos han señalado que esta modalidad les ayuda a tomar decisiones, les dan sugerencias, ejemplos o respuestas a sus inquietudes, y han sentido una actitud de respeto hacia su historia, problema o filosofía de vida. (Licea, Paquetin, Selicoff, 2002)

Así es como la terapia Familiar sistémica y sus diferentes modelos, ofrecen un buen número de soluciones para los problemas en las relaciones de individuos, parejas, familias, grupos, y constituye una forma distinta de pensar acerca de los problemas, además de que brinda parámetros de desarrollo en las familias, en base a tareas que deben ser cumplidas de una etapa a otra. Además, como lo señala Espinosa (2001) los terapeutas familiares debemos tener también una comprensión sistémica de la realidad social, pues somos parte de un proceso complejo donde los factores individuales, familiares y socioculturales se comportan como sistemas. La comprensión de la familia como sistema social puede centrarnos en un proceso sin ignorar las relaciones esenciales que la une a sistemas mayores o menores, incluyéndose por tanto la cultura como elemento sistémico.

2. Caracterización de las sedes y subsedes donde se realizó el trabajo clínico.

2.1. Descripción de los escenarios.

La Universidad Nacional Autónoma de México, desde hace más de 60 años, posee la oferta de pos-grado más diversa y amplia del país e incluye actualmente 39 programas diferentes de posgrado, entre ellos se encuentra el programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar Sistémica, que se lleva a cabo en dos entidades; en la Facultad de Psicología y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), esta última cuenta con una Clínica de Terapia familiar ubicada dentro del plantel educativo, y ha creado para sus objetivos de supervisión y servicio una sede en el Colegio de Ciencias y Humanidades

plantel Azcapotzalco (CCHA), y otra sede en la Clínica de Medicina Familiar del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) Tlalnepantla.

La Clínica de Terapia Familiar Iztacala, se encuentra ubicada dentro del campus en Av. De los Barrios s/n, Colonia Los Reyes Iztacala, perteneciente al municipio de Tlalnepantla. Edo. de Méx, se localiza en el edificio de Endoperiodontología; y cuenta con tres cubículos, básicamente es un espacio de 4x3 mts, dividido en dos partes, por una cámara de Gessel, en la primer área se ubica la familia y el terapeuta, y en la otra el equipo terapéutico y dos supervisoras, cuenta con televisión, vídeo casetera, cámara de video, y teléfono; en otra área de 1mts x 3mts de largo, se acondiciono una sala donde se realiza el análisis de los casos.

El Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco, perteneciente también a la UNAM se encuentra ubicado en Av. Aquiles Serdan 2060. Col. Ex-Hacienda del Rosario, Delegación Azcapotzalco, inicialmente nos ofrecieron un espacio provisional en el área de servicios audiovisuales para las terapias y en el año 2003, se inauguraron las instalaciones formales, en el edificio A tercer piso. Ahora se cuenta con tres áreas, la primera donde permanece el equipo terapéutico, acondicionado este espacio con un televisor y videocasetera, y una cámara de Gessel, una sala donde se brinda la terapia, y un área de 4 mts x 2.5 mts, para juntas y análisis de casos.

La Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla, se encuentra ubicada en calle Xalapa No 68 Fraccionamiento Valle Ceylan, Municipio de Tlanepantla. Edo. de Méx. El espacio de consulta se conforma por un área de 5mts x 2.50mts. en donde se ubica la familia y el terapeuta, de espaldas al paciente se encuentra el equipo terapéutico, y atrás de éste la supervisora, cuenta con televisión, videocassetera, cámara de video, y un pizarrón, en donde la supervisora anota alguna sugerencia de intervención.

2.2 Análisis Sistémico de los escenarios clínicos: Contexto y roles.

Los escenarios en sí mismos constituyen un sistema, dentro de otros sistemas mayores, ya señalábamos que la Clínica de Terapia Familiar, se inserta en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y esta a su vez pertenece a la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad pública más antigua y reconocida en América Latina, y que cumple con múltiples funciones, entre la que destaca, la investigación científica, pues solo en el año 2003, registró el 50% de la Investigación del país, además de que genera extensas publicaciones de interés general para todas las áreas del conocimiento, es formadora de excelentes profesionistas e incansable promotora de eventos culturales, tecnológicos y deportivos. Sobre este contexto el programa de maestría, persigue el mismo espíritu de calidad en la formación de terapeutas, y en la atención de quienes confían en nuestro servicio. Este programa constituye un gran avance, ya que esta formación era impartida únicamente en Instituciones privadas, como el Instituto de la Familia (IFAC), Instituto de Estudios Latinoamericanos de la Familia (ILEF), entre otros, así que, poder acceder a esta formación en una escuela pública y con un alto nivel, pone al alcance la formación como terapeuta familiares a un costo menor al de los Institutos privados, y que a su vez, tal acierto ha generado al menos tres espacios donde las familias pueden recibir este servicio de manera económica.

2.2.1 La Clínica de Terapia Familiar Iztacala como sistema.

Lo señalado anteriormente nos remite a la constante transformación que han tenido las sedes. La Clínica de Terapia Familiar de Iztacala fue el primer escenario clínico en el programa, en sus inicios la atención se realizaba en un salón que se adaptó para el equipo terapéutico y las familias, y aunque la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI) contaba con cámaras de Gessell, estas ya se encontraban asignadas, lo que motivó a buscar un propio espacio, inaugurado en el año 2001 (Perez, 2004).

En mí permanecía en esta sede, las familias eran canalizadas por las trabajadoras sociales de la Escuela Secundaria ‘Libertadores de América’, la Clínica Universitaria De Salud

Integral. CUSI, quienes envían al servicio de Terapia Familiar a pacientes que han terminado una terapia individual, o cuando se considera que es un problema que afecta a toda la familia. Otra fuente de referencia fue el departamento de Evaluación y Diagnóstico de la FESI, quienes proporciona a los usuarios su evaluación diagnóstica y ahí se envían a la Clínica, y por supuesto se otorgo el servicio a la Comunidad Universitaria interesada, pues es de interés para el programa prevenir e intervenir ante las problemáticas que presentan los estudiantes.

La interacción de este sistema, en cuanto a los roles y funciones fue el siguiente:

La captación de pacientes y asignación de familias a cada uno de los terapeutas, fue llevada a cabo por la Dra. Maria Suárez, quien entre sus funciones están las siguientes:

- a) Realizar entrevistas breves con los interesados en el servicio a fin de asignar una cita y asignar un terapeuta.
- b) Informar al terapeuta asignado sobre el caso y asignarle un horario de atención,
- c) Conjuntar un informe de las familias atendidas por semestre.

Las supervisoras son la Mtra. Ofelia Desatnik Michemisky , Dra. Luz de Lourdes Eguiluz Romo, Dra. Xochitl Galicia, Dra. María Suárez, cuyas funciones, son:

- a) Asesorar a los residentes en los casos clínicos
- b) Apoyar a los alumnos en aspectos personales
- c) Orientar a los residentes en dilemas éticos
- d) Promover el trabajo en equipo terapéutico

2.2.2 La Clínica del CCH Azcapotzalco como sistema

Paralelamente, en el año 2001, la responsable del programa de Maestría, Mtra. Ofelia Desatnik realizó un convenio con el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco, para implementar una sede en dicho colegio, para coadyuvar con el departamento de psicopedagogía, en la atención psicoterapéutica de la comunidad universitaria.

El colegio de Ciencias y Humanidades tiene el objetivo general de colaborar al desarrollo de la personalidad de los alumnos, (prácticamente adolescentes en su totalidad) para su inserción satisfactoria en los estudios superiores y en la vida social. Su misión, no se reduce, a la transmisión de conocimientos, sino que atiende a la formación intelectual, ética y consciente, en otras palabras, propone contribuir a la participación reflexiva y consiente de los alumnos en la cultura de nuestro país. (Bazan 1996).

Uno de sus objetivos específicos es disminuir el índice de deserción y el fracaso escolar, por medio de su departamento de Psicopedagogía mismo que se le han conferido la función de “Coadyuvar en la formación integral de los estudiantes del Bachillerato, en aspectos donde ninguna otra instancia interviene en forma directa, como facilitador de las interacciones docente-alumno, alumno-alumno, propiciando mejores condiciones de trabajo en el aula y orientando a los alumnos en la reflexión y el análisis que les permita tomar decisiones libres, consientes y viables respecto al futuro personal, académico y ocupacional”(Gámez,1996, p.36).

Como resultado de un programa llamado “Plan de vida”*aplicado en todos los planteles de CCH, se reportó que en los 26 años de vida del Colegio, de un gran número de jóvenes que han cursado el bachillerato, tan solo un 50% (en promedio) concluyeron sus estudios, encontrando que las posibles causas de la reprobación, la deserción y el bajo aprovechamiento escolar por parte de la Institución fueron una inadecuada organización de programas académicos, el ausentismo de profesores, y la falta de formación pedagógica de éstos. Por parte de los alumnos se encuentra, la falta de organización personal, la carencia de estrategias de estudio, una baja autoestima, insuficientes conocimientos previos, asistencia irregular a clases, y dinámica familiar problemática.

Así, este departamento y el servicio de terapia familiar sistémica se unen para que cada uno desde su competencia, identifique, prevenga y den tratamiento a los problemas emocionales y académicos de los alumnos, incluyendo a la comunidad docente y administrativa.

El Departamento de Psicopedagogía, en donde laboran dos trabajadoras sociales y dos psicólogas, realizan entrevistas a los adolescentes, y elaboran una ficha de datos, que incluye; datos generales, motivo de consulta, la meta de la familia y expectativas sobre la terapia.

Esta ficha es entregada a la Mtra. Carolina Rodríguez, supervisora y docente, para asignarla a un terapeuta. Sus funciones específicas eran:

- a) Asignar un caso clínico a un terapeuta
- b) Conjuntar un informe de las familias atendidas por semestre, mismo que se presentó las autoridades del CCH
- c) Y las mismas enunciadas en la sede anterior.

2.2.3 La Clínica de Medicina Familiar (ISSSTE) Tlalnepantla, como sistema.

Mientras estos dos espacios se estaban consolidando, el servicio de Terapia Sistémica en la Clínica de Medicina Familiar (ISSSTE) Tlalnepantla, ya venía ofreciendo este servicio desde el año 1994 a través de los Diplomado de Terapia Familiar y de Terapia de Pareja a cargo de la División de Educación Continua UNAM. Iztacala y teniendo como responsables a la Mtra. Rosario Espinosa Salcido y a la Mtra Susana González Montoya.

De manera simultánea en tanto se atendía en el CCH en su mayoría adolescentes, en la sede del ISSSTE Tlalnepantla se atendían a personas adultas, parejas y familias. Esto debido a que la sede del CCH, se encuentra bajo un modelo educativo y el ISSSTE se sustenta en un modelo integral de Salud Familiar Preventivo, que establece el cumplimiento de acciones de prevención dirigidas de manera específica a los derechohabientes según sus necesidades.

El enlace para poder hacer del ISSSTE una sede para la residencia fue labor de la Mtra. Maria Rosario Espinosa Salcido y la Mtra. Carmen Susana González Montoya, docentes y supervisoras.

Esta Instancia, abarca una Clínica Preventiva de la Mujer en el primer nivel de atención, como un medio orientado a la educación y promoción de medidas que favorezcan la salud,

al igual que a la detección temprana y oportuna de los padecimientos más frecuentes en este género, con la finalidad de anticipar riesgos, limitar sus consecuencias y mejorar la calidad de vida de los usuarios.

El primer nivel de atención es el sistema de consultas externas atendidas por médicos familiares preparados para detectar y manejar de manera precoz los padecimientos que afectan con mayor frecuencia a los pacientes, según su género y grupo de edad, con lo que se evita saturar los siguientes niveles, reservados para problemas urgentes o complicados, es el médico familiar o general quien atiende a las pacientes de cualquier grupo, con un enfoque definido sobre la problemática y los pasos a seguir, hasta el buen término de su diagnóstico y tratamiento.

Se considera que los médicos del primer nivel pueden ayudar en situaciones que requieran atención psicológica, de violencia intrafamiliar o adicciones, puesto que trabajan de manera coordinada con especialistas de los denominados Círculos de Apoyo para su entrenamiento existen guías médicas y flujogramas establecidos en los tres niveles de atención, y que les permiten la detección y tratamiento temprano.

Para las adolescentes, se tienen dos programas principales. Estos pueden atenderse tanto en la Clínica Preventiva de la Mujer como en la Clínica de la Adolescencia, presente en la mayoría de los hospitales regionales y que también maneja problemas de adicción, alcoholismo y violencia intrafamiliar. (Citado en <http://www.invdes.com.mx/agosto>). En la Clínica de Tlalnepantla se cuenta también con un programa en atención a los adultos en plenitud.

Este servicio de terapia familiar no tiene relación con otros programas establecidos. El consultorio donde se otorga el servicio de Terapia, pertenece al Departamento de Psicología, coordinado por la Psicóloga Araceli Martínez, responsable del área de salud mental, quien a su vez,

a) Entrega a las supervisoras los expedientes de las familias que requieren la atención familiar. b) De ahí se asigna un terapeuta para llevar un proceso terapéutico, participa un

equipo terapéutico, conformado por cuatro terapeutas en formación y la supervisión, proporcionada por la responsable de la sede, en cada sesión se lleva a cabo la revisión de expedientes y observaciones, por supervisoras y supervisados.

La psicóloga Martínez, mantiene una estrecha relación con el área de Trabajo Social. En esta última, se atienden los asuntos relacionados con el servicio, licencias medicas, del derechohabiente, así como lo relacionado con Medicina, Odontología y Enfermería. Además de esto, entre sus funciones, debían organizar platicas y talleres para comunidad interna y externa, esto implico que la psicóloga a cargo, le solicitará a la supervisora y esta a su vez solicita a los residentes que elaboráramos e implementáramos talleres y conferencias para los derechohabientes en la sala de espera de los consultorios médicos o externo, en escuelas y otras instancias.

En general, los integrantes del equipo terapéutico nos adaptamos a las diferentes exigencias de estas etapas de la formación, en el primer semestre, al cuarto semestre; inicialmente como observador, para después ocupar un lugar como de terapeuta; y de terapeuta a coterapeuta; para el trabajo con individuos, a parejas, a familias y a grupos.

Esta adaptación, aseguró la continuidad y el crecimiento psicosocial y que cumplió con la característica de los sistemas abiertos de diferenciación. Es decir, como partes de un sistema potencialmente pudimos asumir múltiples funciones: terapeutas, participamos como equipo, y coterapeutas.

El equipo terapéutico, como sistema vivo, se encontró en diversos grados de dependencia. Los acontecimientos tales, como la deserción de pacientes, alta del paciente, o problemas de tipo físico, psicológico, social o académicos que afectaban a un terapeuta extendían sus efectos de influencia hacia los demás.

Las supervisoras encontraban también diversas formas de relacionarse con él terapeuta o el equipo en su totalidad, estas compensaciones se hacían a favor del desarrollo. Todas las sedes se mantenían en constante transformación de un semestre a otro, había pequeñas

modificaciones (por ejemplo; menor numero de interrupciones al terapeuta)según su avance, hasta algunas modificaciones en la estructura.

El desarrollo de reglas implícitas o explícitas que se desarrollaron y se modificaron a través de los semestres, nos permitió saber a los residentes, lo que estaba permitido en la relación y lo que no, llegamos a una definición estable de la relación entre supervisado-supervisor. Alumno-maestro, de igual manera entre sedes había un acuerdo de realizar una pre-sesión con tales características, un tiempo determinado para la sesión, horarios, actividades complementarias, hasta los puntos a tratar en la post-sesión.

La tensión originada por cambios dentro del grupo (cambio de algún integrante del equipo original) o los cambios externos (como las mudanzas de las instalaciones provisionales a las formales en el CCH), requirieron un proceso de adaptación.

Los motivos de consulta más frecuentes en el CCH, fueron adicciones y fracaso escolar, los pacientes del ISSSTE refirieron síntomas psíquicos asociados a enfermedad física, alteraciones emocionales clasificados como:(sintomatología afectiva y ansiedad) como patología orgánica (confusión, agitación y delirio). Y en la Clínica de Terapia Familiar, los motivos eran variados, pero principalmente se referían a problemas con los hijos.

El factor tiempo y la posición del consultante. El ambiente de clínica de salud, influyó para determinar un modo de actuar, había una mayor formalización de la demanda de interconsulta psicológica, pues pasaba mucho tiempo; de la entrevista con la Psic. Martínez, a que se nos asignara la familia. lo cual daba una impresión de ser un servicio muy solicitado En tanto que en CCH y la Clínica de Terapia Familiar, por pertenecer al ámbito educativo, y no contar con instalaciones más formales, llegó a dar la impresión, de que estábamos haciendo prácticas profesionales y no un trabajo más profesional.

Así, desde el viejo postulado Aristotélico que el todo es más que la suma de sus partes, puede identificarse que más el desempeño en tres sedes constituyen la experiencia de supervisión. Otro sistema en relación fue la unión de los dos equipos terapéuticos, que

finalmente constituíamos un mismo grupo, el total de las familias vistas en un semestre, que finalmente conformaron lo que le llamamos población atendida, la supervisión de cada una de las supervisoras, que en suma constituyen la riqueza de la observación y la retroalimentación de nuestra labor, pero nada de estos elementos puede representar el todo de nuestra experiencia.

2.3 Explicación de trabajo y secuencias de participación en las distintas sedes.

La sesión de terapia se dirigieron con la ayuda del equipo de supervisión y las supervisoras que observaban detrás de un espejo unidireccional (caso de la Clínica de Terapia Familiar Iztacala y CCH Azcapotzalco) o sin este recurso técnico (ISSSTE Tlalnepantla).

El equipo terapéutico se reunía antes de cada sesión (pre-sesión) para dialogar sobre la síntesis de la sesión precedente, o sobre los datos por teléfono con las primeras informaciones de los clientes.

Así como refiere Boscolo y Bertrando (2002) la sesión tenía lugar en el “aquí y en el ahora”; pero, el horizonte temporal del dialogo terapéutico y del que mantenía el equipo era mucho más amplio. La pre-sesión, ofrecía a los terapeutas informaciones acerca del pasado, que podía ser el pasado de la familia en sí o el pasado del sistema terapéutico (es decir las sesiones precedentes), en la pre-sesión el equipo esbozaba las primeras líneas de trabajo. Cuando el terapeuta entraba en la sala de terapia, comenzaba un encuentro de acciones, significados y tiempos.

Durante la sesión generalmente en la primera entrevista se comenzaban haciendo una serie de preguntas interesadas en el presente de los síntomas manifestados y las personas relacionadas con ellos. Poco a poco la atención iba centrándose en el periodo en el que los síntomas fueron detectados y descritos por primera vez, y en las acciones emprendidas, con el fin de modificarlos o hacerlos desaparecer, para pasar después al análisis de las relaciones, de las ideas y de los significados que se había ido formando en el transcurso del tiempo, muy en particular, de las situaciones que habían condicionado las soluciones actuales.

En otra parte de la sesión generalmente se hacían preguntas hipotéticas sobre el futuro, que indirectamente introdujeron nuevas perspectivas y posibles soluciones.

Esta descripción es un esquema general, más no una regla, pues muchas veces en las sesiones, las personas expresaban interés, atención, tristeza, etc., y el terapeuta hacía uso de intervenciones más directivas que iluminaran dichos comportamientos o promovieran nuevas interacciones. Señala Boscolo y Bertrando que ‘Para que en una relación terapéutica y de consulta se cree un clima de confianza y de entendimiento, es esencial que el terapeuta tenga una sensibilidad especial para captar y destacar, en determinados momentos ciertos temas, esto se conoce como *Timing*’(pag.114)

El terapeuta o el equipo estaban autorizados para interrumpir en cualquier momento la conversación entre terapeuta y familia, en el curso de una sesión tenían lugar tres o cuatro interrupciones. (según el estilo de la supervisora). Posteriormente el terapeuta podía salir de la sala de terapia con sus compañeros o solo para establecer un diálogo interno. Normalmente, la salida del terapeuta era para consultar al equipo, para la elaboración del mensaje y el diseño de la tarea, según el caso.

Mientras la familia esperaba; el equipo en la sala de observación intercambiaba comentarios, ideas, emociones, informaciones que daban origen a hipótesis, si estábamos, sustentando la terapia desde la escuela de Milán o si estábamos en el modelo del MRI una tarea, y desde la visión de Modelos Posmodernos, conversábamos en la pertinencia de un equipo reflexivo.

La intervención final era comunicar a la familia, parte de lo discutido con el equipo; este regreso a la sala de terapia, a veces se limitó simplemente a la fijación de la fecha de la siguiente sesión y generalmente se felicitaba por los cambios referidos.

Una vez que la familia abandonaba la sala de terapia, el equipo terapéutico, el terapeuta a cargo y el supervisor, realizan un análisis del caso, y comentaban sobre la participación del terapeuta, errores y aciertos terapéuticos, así como nuevas líneas de trabajo, etc.

Al final de tres familias atendidas en el día de la supervisión, se realizaban las actas de primera entrevista o de seguimiento, según el caso, estas actas exponía, la siguiente información:

Hoja de primera entrevista: datos generales, motivo de consulta hipótesis, familiograma o genograma.

Hoja de seguimiento: datos generales, número de sesión, motivo de consulta (que se iba redefiniendo a través de las sesiones) objetivos a corto, mediano y largo plazo, modelo que sustento la terapia, intervenciones, tarea y mensaje final. Se realizaban contratos aproximadamente de 10 sesiones.

Mi secuencia de participación, fue la siguiente. En el primer semestre estuve en la Clínica de Terapia Familiar Iztacala, en un rol de observador. En segundo semestre, en el papel de terapeuta, estuve en las sedes CCH Azcapotzalco e ISSSTE Tlalnepantla. En tercer semestre, nuevamente regresé a la Clínica de Terapia Familiar Iztacala en rol de terapeuta, y en el ultimo semestre, regresé al CCH Azcapotzalco y al ISSSTE Tlalnepantla como terapeuta y coterapeuta, en el CCH se vivenció una nueva modalidad de terapia: la terapia de red, las familias que participaron en esta terapia eran canalizadas por el departamento de psicopedagogía, se realizaban breves entrevistas telefónicas para conformar un grupo homogéneo, respecto a la edad o la problemática, se realizaban al igual que en los procesos terapéuticos, una pre-sesión, la sesión y la post-sesión.

II. MARCO TEÓRICO

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

Para una mejor comprensión de la intervención clínica realizada expondré en este apartado de manera breve el desarrollo de los modelos sistémicos y sus bases epistemológicas. Para posteriormente, desarrollar a detalle dichos modelos.

Entre los desarrollos en Estados Unidos que propiciaron el surgimiento de una Terapia Familiar se encuentran la unión de cuatro corrientes distintas: la orientación de pareja practicada por psicólogos, clérigos y médicos; la terapia ejercida por psiquiatras; la terapia enfocada a resolver problemas en los niños, y la terapia u orientación sexual. Broderick y Schrader (1981, citado en Phylli, 2001).

Así mismo, en los años 40 se realizaron en New York una serie de conferencias auspiciadas por la Fundación Macy, en las que un grupo selecto de científicos provenientes de las más diversas disciplinas (antropología, matemática, filosofía, fisiología, neurología, psiquiatría, etc.) se reunían a investigar sobre la posibilidad de alcanzar una "ciencia del control". Entre los participantes estaban Gregory Bateson, Margaret Mead, Milton H. Erickson, Norbert Wiener, Kurt Lewin, Heinz Von Foerster, entre otro. Los tópicos tratados en las conferencias fueron la Hipnosis, los Mecanismos Teológicos y la Cibernética. Estas conferencias fueron algo así como el caldo de cultivo de nuevas ideas que con el correr de los años influyeron fuertemente en el desarrollo de muchas disciplinas científicas, especialmente la psicoterapia (Wittezaele y García, 1994).

La terapia familiar empezó a desarrollarse a principios de 1950. La psicología en ese entonces estaba impregnada de las teorías de aprendizaje y los modelos psicoanalíticos; a pesar de sus diferencias, ambos trataban con el sujeto que tenía el problema y las explicaciones que se daban provenían de un modo causal-mecánico. Se trataba de evitar el contacto directo con la familia del paciente, a pesar de que con el tiempo se comprobó su influencia tanto para mejorar como para obstaculizar el tratamiento.

Muestra de ello fue la primera hipótesis de trabajo del proyecto de investigación “la familia como unidad de enfermedad” en donde se trabajaba con pacientes esquizofrénicos y sus padres (con orientación psicoanalítica). Se interpretaba a la esquizofrenia como una entidad psicopatológica que se hallaba dentro del paciente, debido a una importante relación temprana del hijo con la madre, sobre la cual se supondrían más tarde, que los síntomas psicóticos, eran resultado de una vinculación simbiótica irresuelta con la madre. Se pensaba que esta vinculación simbiótica era una detención del proceso de crecimiento psicológico normal, desarrollado entre la madre-hijo que se inicio con la respuesta del niño a la madurez emocional materna. Cuando la hipótesis evito culpar a las madres se hizo posible una nueva flexibilidad teórica y clínica. La hipótesis además postulaba que madre y paciente podían empezar a avanzar hasta una diferenciación mutua si ambos se sometían a terapia individual. Entonces el plan de investigación previó que, en el primer año, madres y pacientes convivieran en una sala psiquiátrica, el trabajo contemplaba la manera en que cada uno se relacionaría con el otro como individuo, no considerando “la unidad emocional” que existía entre la madre y el paciente, misma que resulto ser más intensa de lo previsto, ya que cada uno de ellos podía conocer exactamente los sentimientos, pensamientos y sueños del otro.

Además, las observaciones revelaban que la unidad creada madre-hijo involucraba al padre y a otros miembros de la familia. Así, se considero la psicosis como síntoma de un proceso activo que afectaba a toda la familia. Y con base a ello, se modificó el programa de investigación con el fin de incorporar a nuevas familias en las que los padres, pacientes y hermanos funcionales pudieran convivir en la sala psiquiátrica; se adaptó la psicoterapia a terapia de familia, y se retomó como unidad de tratamiento e investigación.(Bowen, 1978).

La atención a la familia como entidad clínica y como campo fructífero de interés teórico se desarrolla aun más con los siguientes acontecimientos: la fundación en 1945 de la Asociación Americana de Marriage Counselors (Phylli, 2001).

Tres años más tarde, en 1948, Bateson, uno de los investigadores que asistió a las conferencias Macy decide mudarse a San Francisco, e iniciar su primer contacto formal con

la psiquiatría al asociarse a Jurgen Ruesch, con quien publicó el libro " "Comunicación: la matriz social de la psiquiatría". La preocupación de Bateson se centraba en encontrar los fundamentos teóricos para una Teoría Sistémica de la Comunicación. Esta inquietud lo llevó a fundar, en 1952 el "Proyecto Bateson".

Bateson convocó a John Weakland, Jay Haley y William Fry, con asiento en el Hospital de la Administración de Veteranos en Menlo Park, California, e iniciaron trabajar sobre el tema de la comunicación, y en especial sobre las paradojas y sus efectos. Como parte de las actividades del grupo, Weakland y Haley comenzaron en 1953 a viajar periódicamente a Phoenix, Arizona, para entrevistar a Milton H. Ericsson quien era ya un famoso terapeuta de Arizona que trabajaba bajo el nuevo concepto de hipnosis (Hoffman,1987). En 1956 el grupo Erickson, Haley y Weakland (al que ya se había sumado Don Jackson, publicó el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" en la que se formula el concepto de doble vínculo como pauta de comunicación que se encuentra en la génesis de la esquizofrenia. El grupo siguió trabajando hasta 1962, año en que se disolvió (Hoffman, 1998).

Esta investigación dio pie a derivar una enorme cantidad de publicaciones que han tenido una importancia decisiva en la evolución de la psicoterapia sistémica. Bateson, Haley y Weakland que desarrollaron la teoría de la doble ligadura, teoría fundamental en la explicación de las relaciones afectivas desde el modelo sistémico; la publicación en 1962 del primer ejemplar de Family Process en circulación hasta hoy en día y la aparición del libro de Masters y Johnson "La sexualidad humana inadecuada" en 1970, obra que tuvo un impacto trascendente sobre la terapia familiar y de pareja .(Broderick y Schrader1981, citado en Phylli, 2001).

La terapia familiar también tuvo otros padrinos procedentes de diversas corrientes principalmente psicoanalistas, entre los más relevantes están J Bell, N. Ackerman, conocido como el pionero de la terapia familiar, quien en 1955 organizó la primera sesión de diagnóstico familiar en la Asociación Americana de Ortopsiquiatría y en 1957 fundó una Clínica de Salud Mental en Nueva York, la que después se convirtió en el Instituto Ackerman; T.Lidz exploró el rol de los padres en la esquizofrenia, descubriendo que la

mayoría tenían familias inestables; Bowen, elaboro el primer programa para terapeutas familiares y de pareja con su propio modelo basado en los estudios sobre esquizofrenia; Whitaker, conocido como “el más irreverente” por sus técnicas del absurdo, incorpora a la terapia familiar la figura de los abuelos. (Phylli, 2001).

Así, en la década de 1950-1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea anterior Ackerman estudió los problemas de los mineros y sus familias, y como el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar (Ackerman, 1937 citado en Eguiluz, 2001). Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática, en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infarto juveniles en los años treinta y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados.

La línea dominante en esta década era el neopsicoanálisis que ponían énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos, y como la familia intermediaba la interiorización de determinadas orientaciones de valor "patológico" social en sus miembros. Desde esta perspectiva surgieron conceptos como el de la "madre esquizofrenógena" de Fromm-Reichman (1948, citado en Eguiluz, 2001)) o "madre perversa" de Rosen (1953, citado en Eguiluz, 2001)) para explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia. El surgimiento de las terapias familiares se debió en gran parte a la búsqueda de nuevas alternativas más óptimas frente a las terapias existentes poco efectivas o viables en determinados pacientes.

Los años 60, suponen un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la Teoría de la Comunicación Humana. Por un lado el grupo de Palo Alto en los Estados Unidos de Norteamérica a partir del estudio de Gregory Bateson sobre la comunicación entre el esquizofrénico y su familia, generó la teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento limite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirían la línea

comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley,) etc. Otro autor destacado fue Salvador Minuchin que también en Estados Unidos de Norteamérica estudió el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia (Minuchin, 2001) y que le llevó a desarrollar su Escuela Estructural de terapia familiar. Y un tercer grupo que también trabajó en esta época en ese país, pero de manera independiente es el formado por Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker.

En la misma década en Europa aparecieron dos centros geográficos de fuerte influencia. En Inglaterra Laing, que tenía contactos con el grupo americano de Palo Alto, trabajaba con familias de esquizofrénicos. El otro centro, mas influyente a la postre, estaba en Italia. Es el llamado grupo de Milán formado por Mara Selvini-Palazzoli, Luigui Boscolo, Giafranco Cecchin y Guiliana Prata.

En esta década el grupo de Milán y el de Palo Alto eran los más influyentes en la terapia familiar. El primero centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar.

En la década de los 70 se divulga y expande el modelo de terapia familiar sistémico-comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son: la escuela Estructural, la escuela del MRI, la escuela estructural-estratégico, y la escuela de Milán. Los desarrollos actuales de la Terapia sistémica, son el modelo narrativo, el equipo reflexivo, y la terapia colaborativa.

De forma general podemos considerar las terapias familiares como aquellas que se realizan considerando un paciente identificado. Dentro de esta definición las posibilidades son múltiples, pudiendo ir desde la inclusión de familias enteras en la terapia hasta terapias individuales que toman como referencia a la familia. Todas las escuelas derivan de lógicas diferentes con distintas líneas de investigación que conducen a diferentes estrategias, pero puede afirmarse que las orientaciones no son excluyentes en el sentido de que es posible, si el terapeuta lo elige, extraer hipótesis correspondientes a los distintos modelos ya que sólo son enfoques distintos de una realidad familiar polifacética. Las características comunes de

los modelos sistémicos son: Considerar a las personas interactuando en un contexto; la orientación es hacia los síntomas (que mantienen y son mantenidos por el sistema); el énfasis es sobre el presente, aunque se tiene en cuenta el ciclo de la vida familiar, estadio evolutivo, contexto socioeconómico y cultural; la familia o el sujeto pueden cambiar cambiando el contexto, más aún, para que ocurra un cambio individual, el sistema interpersonal en sí mismo debe cambiar; el tratamiento es considerado mirando lo que funciona e incide sobre el cambio de secuencias repetitivas de interacción; se asignan tareas tanto en las sesiones como fuera de estas; son terapias directivas; y en muchas ocasiones con un contrato prefijado de número máximo de entrevistas; en el contrato terapéutico se definen las metas y se establece una forma objetiva para evaluar el curso de la terapia.

Los desarrollos recientes de los modelos sistémicos se centran más en el construccionismo social. Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema (Cecchin, 1987; Anderson, 1988). Se trata en suma de "reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa (Anderson y Goolishian, 1988).

Todas estas aportaciones son consecuencia de un cambio de paradigma, paradigma que ha retomado los conceptos más representativos de la Teoría General de los Sistemas de Von Bertalanffy, esta referida a una concepción de sistema definido por su apertura al intercambio energético con el entorno lo que permitía por diversos caminos alcanzar un estado de equilibrio. Conceptos como sinergia, interrelación, equifinalidad, negantropía, permitieron caracterizar esta primera generación de sistemas abiertos. La propia evolución de la Teoría de Sistemas generó en su interior un proceso de diferenciación bajo una serie de reformulaciones y agregados que permitieron nuevas y más radicales atribuciones a los sistemas. Contribuciones decisivas han sido la cibernética de Norbert Wiener, la Teoría Matemática de Shannon y Weaver, la Teoría de la Comunicación Humana de Bateson y Watzlawick, la Teoría de la Autopoiesis de Humberto Maturana, y la Cibernética de Segundo Orden de Heinz Von Foerster (Jutoran, 1994).

Revisemos las bases epistemológicas de estas teorías.

La Teoría General de Sistemas (TGS) y la Cibernética han ido emergiendo como metodologías de estudio y resolución, dando respuesta a interrogantes acerca de los sistemas complejos.

La TGS estudia la organización interna de los sistemas, sus interrelaciones recíprocas, sus niveles jerárquicos, su capacidad de variación y adaptación, la conservación de su identidad, su autonomía, las relaciones entre sus elementos, las reglas de su organización y crecimiento, las condiciones de su conservación, de sus posibles o probables estados futuros, de su desorganización y destrucción, etc.

La Cibernética se ocupa de las retroalimentaciones, de las regulaciones, de los controles, de las condiciones de estabilidad de los sistemas complejos, y por otra parte, de la naturaleza de la información y de su transmisión.

Todos estos temas tienen en común el tratamiento de relaciones internas y/ o externas, simultáneas y/o secuenciales, entre numerosos elementos y/o grupos de elementos, que no pueden ser desconectados sin destruir la esencia del sistema, es decir, su unidad e identidad. De estas nociones abstractas, pueden extraerse modelos de sistemas reales. El valor de la TGS y la Cibernética, reside en la posibilidad de obtener modelos que exhiben características comunes, aunque referidas a sistemas diferentes.

Resulta oportuno hacer una breve revisión de estas teorías, para adentrarnos a las ideas que constituyen los cimientos del pensamiento sistémico, que desplazo al pensamiento lineal de causa-efecto al nuevo pensamiento de la familia como sistema enfatizando la circularidad.

Hoy en día, desde la perspectiva sistémica, se observan dos grandes epistemologías una inspirada en la Teoría de los sistemas y el construccionismo. Para el caso de la primera epistemología su objeto de conocimiento es percibido como una entidad de relaciones tejidas por la presencia de un proceso de retroalimentación e información (es decir, de influencia mutua y circular entre los individuos). Para la otra epistemología, el objeto es

percibido de igual manera en la primera epistemología ,pero con la fundamental diferencia de que el sujeto es considerado parte del objeto en la medida en que se relaciona con el mismo objeto, podría decirse que en la medida en que el sujeto se hace parte del sistema de relaciones tejidas por el procesos de retroalimentación e información., sus bases son el construccionismo social, donde dicha unidad sujeto-objeto no es percibida tan solo en términos de retroalimentación, sino además, en términos de sistema lingüístico, un marco donde se generan significados lingüísticos.

L *a Teoría General de los Sistemas*

El concepto “sistema” no solo había sido aplicable a la psicoterapia sino a varias disciplinas e incluso a leyes formales. Hoy en día este término sistema ha penetrado en el pensamiento y el habla populares, la definición más general de “sistema” es la que se refiere a la composición ordenada de elementos (materiales o mentales) en un todo unificado. Esta vaga idea, y su posible aplicación a varios campos dio origen a la Sociedad para la Investigación General de Sistemas organizada en 1954 para impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento.

Sus funciones principales fueron:

- 1) Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, y fomentar provechosas transferencias en un campo a otro.
- 2) Estimular el desarrollo de modelos teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos.
- 3) Minimizar la repetición de esfuerzo teórico en diferentes campos; 4) promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas (Bertalanffy,1979).

Entre sus características los sistemas se clasifican en cerrados y abiertos. De los primeros solo se ocupa la física ordinaria de sistemas que se consideran aislados del medio circundante, en un sistema cerrado cierta magnitud de entropía, ocasiona que el proceso se detenga en un estado de equilibrio. Bertalanffy menciona que todo organismo viviente es

ante todo un sistema abierto. Se mantiene su continua incorporación y eliminación de materia, constituyéndose y demoliendo componentes, sin alcanzar, un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose en un estado uniforme que difiere de aquel. Algunas de sus características son:

Sinergia o Totalidad. Refiere a una globalidad que tiene una identidad que va más allá de la pura sumativa de las partes componentes.

Interrrelaciones. Las relaciones entre los elementos de un sistema : las cuales significan la identificación de un intercambio de energía, materia o información

Equifinalidad. Es la capacidad, demostrada por los sistemas, de llegar a un mismo fin a partir de puntos iniciales distintos.

Diferenciación. Según Bertalanffy, originalmente los sistemas están formados por partes que potencialmente pueden asumir múltiples funciones.

Negantropía. Los sistemas físicos tienden a un estado de máxima desorganización, de máxima probabilidad, en el cual desaparece cualquier diferenciación previa, al igualares con sus ambientes.(Bertalanffy,1979)

De acuerdo con Leveton (1987) una familia es un sistema vivo, cuyos miembros interactúan regularmente y en diversos grados de dependencia. Cualquier acontecimiento que afecta a un miembro extiende sus efectos de influencia hacia los demás.

Así mismo, ya aplicados estos conceptos a la terapia familiar, conciben al individuo como parte de un sistema y supone que el cambio en la conducta de un solo miembro de la familia necesariamente tendrá como resultado variaciones, en otras palabras, en la terapia familiar se considera que cualquier intervención (aún cuando el paciente sea un solo individuo) es una intervención en el sistema familiar y por lo tanto, solo ocurrirán cambios en el individuo si el sistema familiar cambia. La comunicación es una vía para analizar e

incluso modificar relaciones, por ello la teoría de la comunicación humana resulto otro pilar en esta nueva forma de mirar a los síntomas.

T*eoría De La Comunicación Humana*

Originalmente la teoría más conocida de la comunicación consideraba que para que la comunicación se diera debían tenerse en cuenta cinco elementos organizados linealmente, fuente de información, transmisor, canal de transmisión, receptor y destino, Bateson y Ruesch en 1951 en el libro “Comunicación , la matriz social de la psiquiatría” proponen que la comunicación es la matriz en la que están enclavadas todas las actividades humanas, estableciendo distintos niveles en la transmisión de la comunicación: verbales lingüísticos y extralingüísticos, no verbales y contextuales y un segundo nivel de abstracción, la metacomunicación, comunicación acerca de la comunicación (Bateson y Ruesch,1984).Este libro es el predecesor, 16 años antes del libro “Pragmática de la Comunicación Humana” de Watzlawick, Beavin y Jackson. En el libro los autores enfocan la conducta humana no desde la inferencia de los procesos mentales, sino desde interacciones patológicas y paradojas siendo el vehículo de estas manifestaciones la comunicación. Desde una perspectiva pragmática (estudia los efectos observados de la comunicación) toda conducta es comunicación y toda comunicación afecta a la conducta. Y que la conducta adquiere diversos significados dependiendo del contexto o del fondo donde se presente, de esta manera se hace evidente que el estudio de la conducta aislada y separada del contexto no proporciona información suficiente para sacar conclusiones aceptables (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1987).

Sus axiomas son:

1) *Toda conducta es comunicación*, mientras se este vivo, no puede el ser humano dejar de comportarse, por tanto es imposible no comunicarse. Tal axioma también plantea cuatro reacciones que podemos presentar en una interacción; aceptar la comunicación, rechazarla, descalificar (contradicciones, cambio de tema, malentendidos, etc.) o generar un síntoma como comunicación (fingir sordera, etc.)

2) *Hay dos niveles de comunicación*, la comunicación de contenido, que es lo que se dice respecto a algo y la comunicación de relación que no tiene un significado estricto ya que no se basa en lo que se dice de forma textual sino en la manera en como se dice. Los “trastornos” que puede sufrir la comunicación en esta áreas es el desacuerdo, en el cual las posiciones de los hablantes, son uno estar equivocado y otro no. La interacción se enfrenta a la aceptación, rechazo, o a la desconfirmación.

3) *Puntuación de la secuencia de eventos*. La comunicación entre dos individuos se da de manera continua y circular, no se puede saber quien antecede al otro, pero el corte en la respectiva comunicación, puntuará la manera y el contenido del otro. Las discrepancias en cuanto a la puntuación tiene lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los dos comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe. La raíz de estos conflictos se debe a la convicción de que solo hay una realidad.

4) *La existencia de dos niveles de comunicación: el nivel analógico y el digital*. El primero corresponde a un nivel no estructurado (formas no verbales como postular o gesticular) y el segundo es un lenguaje cifrado a través de dígitos con significado (palabras). Los errores que se presentan entre el material analógico y digital son básicamente de “traducción”, es decir, los mensajes analógicos se prestan a interpretaciones digitales muy distintas y a menudo incompatibles.

5) *Hay dos tipos de interacción la simétrica y la complementaria*. La primera se refiere a dos individuos que se relacionan por su igualdad o su semejanza, mientras que la segunda se establece por la diferencia. (Watzlawick y cols. (1987)

Estos axiomas, rebasan por mucho la antigua teoría de la comunicación, amplían el campo de observación a las interacciones y por supuesto a la intervención. Se descubre bajo este modelo, que la comunicación en la familia puede permitir el crecimiento de cada uno de sus miembros o el desarrollo de una patología. La premisa de que la comunicación e interacción son fenómenos estrechamente ligados será la línea básica de las nuevas investigaciones.

C*ibernética De Primer y Segundo Orden*

Cibernética del griego Kybernetikée, es un término que significa el arte de gobernar, en sentido amplio "la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización" (Keeney, 1987, pág.67) se han desarrollado en un nivel de complejidad, una cibernética de primer orden y la cibernética de segundo orden,

Margaret Mead acuñó por primera vez la frase "cibernética de la cibernética" y Von Foerster desarrolló la idea más allá pasando de la cibernética (en la que el observador solo entra en el sistema para estipular su propósito o finalidad) a la cibernética de la cibernética (en la que el observador entra en el sistema afirmando su propio propósito) (Velasco y Cabrera, 2001)

Si un sistema observa separado del universo se dice que esta operando en primer orden pues su actividad en relación con lo observado es solo denotativa, pero si el sistema observa a partir de distinciones este construye un conocimiento referencial pues lo externo esta siendo indicado, operación binaria, para que el sistema se auto reproduzca, auto regenere y mantenga su organización a partir de procesos constantes.

El conocimiento a partir de la construcción paradójica entre sistema y entorno es necesario e imprescindible porque como sistema depende de su continuo y permanentemente exitosa adaptación con el entorno.

La cibernética de segundo orden en cuanto al conocimiento se refiere, a una forma adaptativa de la inteligencia que construye realidades a partir de la observación del observador.

Mc. Culloch (1965, citado en Jutoran, 1994) describe la Cibernética de primer orden como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio. En esta etapa se consideraba que los procesos de corrección de la desviación (Feedback negativo) permitían mantener la organización y que los procesos de ampliación de la desviación llevaban a la desorganización, el caos y la destrucción del

sistema. Por lo tanto, la homeostasis como proceso autocorrectivo era el concepto predominante.

Maruyama (1963, citado en Juturan, 1994) definió esta etapa como “segunda cibernética” él considero que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: morfostasis y morfogénesis. El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de los mecanismos de retroalimentación negativa. El segundo, por el contrario, a la desviación variabilidad del sistema a través de mecanismos de retroalimentación positiva, en esta segunda etapa estos procesos son favorecedores del cambio, adquiriendo un nuevo estatus, pues son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

A Von Foerster se debe la explicación de los procesos cognitivos, el problema de la percepción, del conocimiento de los objetos y la naturaleza del lenguaje, para lo cual incursiona en las matemáticas, la neurofisiología, la computación y la cibernética, reflexionando sobre las nominalizaciones, los silogismos lógicos, las paradojas, la causalidad y las explicaciones, para desarrollar los conceptos de recursividad, autor referencia, auto-organización, complejidad y autonomía de los sistemas vivos.

Foerster Junto con el filósofo Ludwig Wittgenstein el neurofisiólogo Warren McCulloch y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden. Nos introducen en la observación del observador. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación, cibernéticamente hablando, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de segundo orden. (Eguiluz, 2001). La observación debe ser entendida como una operación mediante la cual un sistema es capaz de distinguir e indicar. De esta manera, el sistema opera diferencias bajo la forma distinción / indicación.

Foerster concibe la cognición como un mecanismo de construcción de realidades de segundo orden que permiten la adaptación del agente cognitivo a su entorno. Todo

conocimiento es producto del cálculo recursivo de descripciones sucesivas realizadas por observadores que distinguen e indican. El sistema es un observador que opera distinciones, esto es descripciones, y auto genera su propio ambiente reintroduciendo constantemente las descripciones (observaciones) anteriores.

Velasco y Cabrera (2001) señalan que todo conocimiento implica recursividad pues reintroduce las distinciones previas y autorreferencia, en el sentido de que ningún sistema puede conocer (o mejor dicho, reconocer) nada que no forme ya parte de su propio patrimonio estructural. El sistema observa su entorno, con ello pone una diferencia bajo la forma de una distinción que a la vez produce una indicación, al hacer esto el sistema genera para sí un conocimiento y construye realidades. Foerster define su postura como un constructivismo radical coherente con la epistemología perspectivista de la Teoría General de Sistemas: El conocimiento es una construcción producto de las distinciones operadas por diferentes observadores de segundo orden donde cada construcción lleva la responsabilidad de asumirse limitada por su horizonte de posibilidad y donde la realidad, cualquiera que sea su estatuto ontológico, lleva la función negativa de discriminar aquellas construcciones que se ajustan a ella.

El impacto de la Cibernética de Segundo Orden genera en el campo de la psicoterapia la idea de que el terapeuta forma parte un sistema, que él suponía operaba y no influía, esta idea dio origen a investigaciones sobre el comportamiento neutral o multiparcial del terapeuta, los efectos de las preguntas circulares, el coro griego y el equipo reflexivo y algunos esbozos de investigaciones sobre el comportamiento del terapeuta.

La incorporación de la terapia familiar al posmodernismo requirió el desarrollo de nuevos modelos y lenguajes, para poder abarcar el complejo conjunto co-construyente del proceso terapéutico visto como totalidad, considerando la idea que el conocimiento es un producto social, y la realidad se construye en las interacciones entre los individuos.

Constructivismo

Es la teoría, en la que se integran los aportes de Bateson de la organización circular, que solía comparar con los procesos mentales, la idea de sistemas observantes de Von Foester, el Constructivismo Radical Paul Watzlawick y Von Glasserfeld, Maturana y Varela, la teoría de la autopoiesis, (idea de los sistemas que simplemente se acoplan en lugar de tener un encaje perfecto). (Maldonado, 2000).

La característica fundamental del constructivismo es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención. Desde esta posición se sostiene que no es posible un acceso directo a una realidad independiente del observador y que no es necesario presuponer la existencia independiente de un mundo externo para explicarlo (Bateson, 1979).

A diferencia de la epistemología tradicional cuyo objetivo giraba en torno a “que es lo que conocemos” el constructivismo se basa en una epistemología del observador planteándose ¿cómo es que conocemos?, en este sentido, el conocimiento es un conocimiento del propio conocimiento.

Los constructivistas sostienen que la estructura de nuestro sistema nervioso impide que alguna vez podamos conocer lo que realmente está allá afuera, por tanto se permuta la realidad de un “sistema observado”; la noción de que solo podemos conocer nuestras propias construcciones sobre los otros y sobre el mundo (Von Glassersfeld, 1984, citado en Hoffman, 1989).

Eguiluz (2001) refiere que el constructivismo postula que la relación entre el conocimiento y la realidad no son independiente de la experiencia ni del experimentador, sino que todo conocimiento es una construcción, es decir, un ordenamiento y organización del mundo armado elaborado por nuestra experiencia. Se evidencia así, el circuito entre sujeto que conoce, el objeto conocido y la misma manera en que este conocimiento confluye en el objeto. De tal manera que nuestro conocimiento nunca es una representación del “mundo real”.

Del mismo modo cada familia construye a lo largo de su vida una historia y hace una determinada lectura de su realidad que puede o no concordar con otras posibilidades y otras lecturas hechas de posiciones o puntuaciones diferentes.

La construcción se refiere tanto a su propia historia familiar (mito) como a la lectura del contexto. Por ello, dos familias que transcurren en un acontecimiento similar, en un mismo contexto, harán dos lecturas distintas de él. (Troya y Auron, 1988).

La terapia familiar supone, entre otros objetivos, un cuestionamiento a la realidad construida por la familia, es decir, como la perciben e interpretan sus miembros, lo cual permite que surjan visiones alternativas a esa realidad, donde tiene lugar el proceso narrativo. La crítica literaria y la retórica ofrecieron la noción de la narrativa. Eguiluz (2001) menciona que pensar y hablar en términos narrativos evoca necesariamente un proceso consensual dinámico conjunto de todos los participantes. Esta visión consolidó en el construccionismo social (construir entre todos).

C*onstruccionismo Social*

La aportación del construccionismo social, es entender que las formas en que nosotros narramos nuestras situaciones o nuestro mundo, nada nos dice del mundo real, sino que depende de los acuerdos sociales que se tienen, mismos que son mantenidos constantemente con quienes nos relacionamos, es decir, para que la realidad que yo narro, pueda ser tomada como creíble, se necesitan actores sociales que aprueben la misma como válida. Todo esto nos pone en el conocimiento, de que la forma en que contamos nuestros relatos, está pautada por una cierta lógica. Necesitamos entrar con los demás y que las otras personas nos tomen en serio a partir de nuestra narración (Anderson, 1998).

Gerger (1996) propone cinco supuestos básicos del construccionismo

1) Los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones.

- 2) Los términos y las formas por medio de las que conseguiremos la comprensión del mundo y de nosotros mismos, son artefactos sociales, productos de intercambios situados histórica y culturalmente y que se dan entre personas.
- 3) El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo se sostiene a través del tiempo, no depende de la validez objetiva de la exposición sino de las vicisitudes del proceso social.
- 4) La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación.
- 5) Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural, tal evaluación hace eco de otros en claves culturales.

Estos presupuestos hacen hincapié en las construcciones de realidades y su mantenimiento a través de un proceso social.

Los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas, los conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Además sostienen que todo el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales en el ámbito (Maldonado, 2000).

Estos desarrollos desde la TGS al construccionismo social han dado a la terapia Familiar la posibilidad de desarrollar diversos modelos de intervención clínica.

A continuación se describe con más detalle los principios teóricos-metodológicos de las principales escuelas.

2.2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de Intervención en Terapia Familiar y Posmoderna.

Terapia Estructural

Breve historia del modelo.

En los años 60, al este de la Unión Americana, un psiquiatra infantil de origen argentino, proveniente de una familia de judíos, llamado Salvador Minuchin, escribe sobre sus hallazgos del trabajo psicoterapéutico con grupos de familias de niños delincuentes de las grandes minorías (negros y latinos), enuncia nuevos principios teóricos e innovadoras, técnicas psicológicas basadas en la modificación de las interacciones familiares, poniendo en duda la psicoterapia basada solo en los conflictos intrapsíquicos de los pacientes. Minuchin, llama a su teoría y metodología Terapia Familiar Estructural. (Eguiluz, 2001).

Premisas teóricas.

La terapia familiar Estructural, presta atención a todos los elementos o características de un sistema. Este enfoque considera a la familia como un sistema interaccional en constante transformación y retoma la Teoría General de los Sistemas que entiende a la familia como un sistema viviente.

La familia como sistema vivo, comprende las siguientes características, sus miembros intercambian regularmente y en diversos grados dependencia uno del otro. Cualquier acontecimiento que afecta a un miembro, extiende sus efectos e influencia hacía los demás, La visión sistémica sugiere que todos los demás componentes de la misma se ven afectados y algunos alteran su comportamiento visible, a fin de compensar el trastorno y mantener el equilibrio familiar. (Leveton, 1987).

Partiendo de las afirmaciones de Von Bertalanffy (1971) donde todo organismo es un sistema, o sea un orden dinámico de partes y procesos entre los que se ejercen interacciones recíprocas, del mismo modo en este modelo se considera a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre si que intercambian información con el

exterior. Estas unidades se conocen con el nombre de holones. El termino Holón que significa “todo y parte” .los principales holones que describe Minuchin, son:

- a) Holón individual: en donde se incluye al individuo y a las interacciones que tiene en su contexto, además de sus determinantes culturales e históricas
- b) Holón conyugal: conformado por la pareja
- c) Holón parental, conformado por aquellos que se hacen cargo de la crianza (padres, tíos, etc)
- d) Holón fraterno, compuesto por los hermanos.

De la misma manera postuló que todo grupo social es a su vez un sistema constituido por múltiples microsistemas en interacción dinámica (Andolfi, 1985)

Las características de la familia como sistema, se pueden resumir de la siguiente manera:

La familia como sistema en constante transformación es decir, se adapta a las exigencias de los diversos estadios de desarrollo por los que atraviesa, el logro de la adaptación, asegura la continuidad y crecimiento psicosocial de los miembros. A esto Minuchin, llamo tareas y/o funciones de las etapas del ciclo vital de la familia. Por ejemplo la alimentación de los hijos, la educación, protección, promoción de las reglas de convivencia y funcionamiento familiar, son tareas que les corresponde cubrir al Holón parental. Esta transformación comienza desde el momento en que cada uno de los miembros de la pareja se unen, pues al unirse se genera su historia propia de crecimiento, su propio mapa cognitivo y las expectativas de su rol para la interacción humana, además cada uno asume que ciertos valores son ciertos y ambos paradigmas deben reconciliarse para que la vida en pareja continúen a través del transcurso del ciclo vital de la familia. Este ciclo contempla las siguientes etapas: formación de la pareja, nacimiento del primer hijo, familia con hijos en edad escolar, familia con hijos en etapa adolescente, etapa del nido vacío, o de hijos adultos, enfrentamiento de la vejez, jubilación y muerte.

La familia como sistema activo que se autogobierna. La familia desarrolla reglas implícitas o explícitas que se han desarrollado y modificado en el tiempo a través del ensayo y error, y que permiten a los diversos miembros experimentar lo que está permitido en la relación y lo que no, hasta llegar a una definición estable de la relación (Andolfi, 1985). Las funciones y

la distribución del poder dentro del sistema está mantenidos por las reglas y los límites que existen entre los subsistema y son los que salvaguardarán las funciones de cada integrante, como dice Minuchin (1992) ‘son las reglas que definen quienes participan y de que manera en las tareas’.

La familia como sistema abierto en interacción. La familia se encuentra en estrecho contacto con otros sistemas (escuela, fábrica, barrio, instituto, etc.), esto significa que las relaciones interfamiliares se observan en relación dialéctica con el conjunto de las relaciones sociales, las condicionan y estas a su vez estarán condicionadas por las normas de la sociedad circundante a través de un equilibrio dinámico. Cabe mencionar, que en esta participación es importante la delimitación de áreas de autonomía y la delimitación de un territorio emocional.

Minuchin señala que la familia no se reduce a los aspectos bio-psico-dinámicos de sus miembros, es decir, que el todo es más que la suma de las partes y que las relaciones en el núcleo familiar están dadas por disposiciones. Estas disposiciones son las reglas que gobiernan a la familia, estas promoverán un tipo de relaciones y no van a dar entrada a otras manteniendo el statu quo (equilibrio). Las reglas van a estar marcando quien hace qué, cuándo y cómo.

Conceptualización del síntoma o problema.

Las estructuras funcionales contribuyen a el desarrollo de cada uno de los miembros de la familia, pero un síntoma en alguno de los miembros se desarrolla a partir de estructuras disfuncionales. Al respecto, Minuchin describió las estructuras trianguladas patológicas en su concepto de ‘triada rígida’. Esta expresión hace referencia a las configuraciones relacionales padres-hijos en las cuales el hijo es usado rígidamente para desviar o evitar los conflictos parentales.

Cuando los padres describen una situación en conflicto abierto o encubierto intentan ganar, contra el otro, el cariño o apoyo del hijo. Connota un intenso conflicto de lealtades. Aunque la familia pide terapia para un niño problema esta es una expresión más abierta del

conflicto parental. Uno de los padres se pone del lado del niño contra el otro. Es difícil saber si el niño o el cónyuge excluido es el que tiene más problemas.

Los padres toman al hijo como “chivo expiatorio”. Entonces la conducta del niño se vuelve anómala y los padres se unen para controlarlo. No obstante ambos padres, están en desacuerdo sobre como tratarlo, por lo que su manera es contradictoria. La investigación revela que estas interacciones conforman los mayores desordenes de comportamientos en los niños.

Otra triada es cuando los padres enmascaran sus diferencias tomando como foco un hijo definido como “enfermo” los padres muestran preocupación y sobreprotección. Esto los une y es un rasgo común en las familias en las que la tensión se expresa a través de trastornos psicosomáticos. (Hoffman, 1998).

Todas estas tríadas pueden encontrarse en las familias con hijos que presentan diversos trastornos de conducta. El objetivo de la terapia estructural será modificar la posición del hijo y de los padres y ayudar estos últimos a enfrentarse más directamente a sus problemas.

Con respecto a otros problemas, encontramos a las familias aglutinadas y las familias desligadas. Las primeras son las que mantienen límites muy difusos en el interior de la misma, donde las funciones muchas veces no queda claro quien las cumple, la distribución del poder puede llegar a ser muy homogénea y además donde el estrés producido se difumina por todo el sistema con gran rapidez. Estas familias también pueden presentar inconvenientes a la hora que tienen que permitir el desarrollo de uno de sus miembros. Los miembros son retenidos para mantener la homeostasis del sistema y los límites con el exterior tienden a ser más rígidos.

En el otro extremo se encuentra la familia desligada, aquí los límites internos son rígidos, es decir poco flexibles, los miembros tienen grados de libertad muy altos y el estrés muchas veces se produce en una parte del sistema y no llega a todos los miembros. ‘En estas

familias es posible que los individuos tengan más dificultades de comunicar sus problemas y de pedir ayuda (Minuchin, 1992, pág78)

Características de la terapia.

Considerando estas premisas teóricas y como se desarrollan los problemas en la estructura familiar, la terapia estructural, se caracteriza porque presta atención a todos los elementos que acabamos de describir de un sistema, para conocer más al sistema familias identifica en el los siguientes elementos:

- 1) Los límites, los cuales pueden ser claros, rígidos o difusos.
- 2) La jerarquía la cual la posee aquel integrante de la familia que dirige al resto del grupo.
- 3) Las alianzas definidas como la unión positiva de dos o más personas
- 4) Las coaliciones que se define como la unión de dos o más personas para estar en contra de uno o más de los integrantes de la familia.
- 5) La geografía es el espacio geográfico en sesión o en casa, que define su posición en la familia y;
- 6) El territorio, que hace referencia a las posiciones que toma la familia a nivel emocional, puede ser periférico o central.

Esta terapia se caracteriza por ser una terapia de acción, en su desarrollo no explora e interpretar el pasado, el pasado influyo en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia, por lo que se expresa en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien en el momento. El preámbulo para intervenir son las operaciones de unión y acomodamiento, entendiendo unión, como las acciones del terapeuta para relacionarse con el sistema familiar, y acomodamiento, como aquellas adaptaciones del terapeuta para lograr alianzas, y con ello fundirse estratégicamente con el estilo de la familia.

El papel del terapeuta estructural.

Con un amplio conocimiento de las interacciones familiares, el terapeuta estructural, procede a realizar el diagnóstico, el cual se basa en la exploración de seis áreas: en primer lugar considera las estructura de la familia, sus pautas transaccionales y las alternativas

disponibles, observará con detenimiento las interacciones para ver cuales son las reglas que gobiernan el sistema, en segundo lugar, evaluará la flexibilidad del sistema, su capacidad de reestructuración ver si estas reglas dan lugar a fronteras claras que permitan el desarrollo de las funciones, siendo alianzas y coaliciones flexibles, en tercer lugar dependiendo de las características de las fronteras evaluará si es una familia aglutinada o desligada para saber el grado de resonancia de la familia, es decir la sensibilidad a las acciones individuales de los miembros de ésta, también evaluará el contexto de vida, identificando áreas de apoyo o estrés, que pueden deberse al contacto estresante de un miembro o de toda la familia con fuerzas extrafamiliares, estrés en momentos transicionales (divorcio, problemas de límites, o por problemas de idiosincrasia), posteriormente examinará el estado de desarrollo de la familia, y el cumplimiento o estancamiento de sus funciones. (Minuchin, 2001).

Otra de sus herramientas principales es la elaboración de un mapa familiar, definido como un esquema organizativo, que permite formular hipótesis sobre áreas que funcionan correcta o incorrectamente, y determinar así los objetivos terapéuticos cuyo línea es cambiar el funcionamiento de la estructura.

Técnicas

Las técnicas que tienden a modificar esta situación desfavorable para la familia se enmarcan en tres grandes rubros: cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura, y cuestionamiento de la realidad.

Reencuadre y Cuestionamiento del Síntoma. Tienen la finalidad de convencer a la familia que el mapa de la realidad se puede ampliar o modificar. Las técnicas son: escenificación, enfoque y obtención de intensidad. El terapeuta reorganiza datos, por ejemplo, observa interacciones espontáneas, provoca interacciones y después se usa a si mismo o a la familia para generar interacciones alternativas en la sesión, puede seleccionar un solo tema para impartir un nuevo sentido o reforzar un mensaje terapéutico, a través de repetirlo varias veces de forma distinta en el contenido pero idéntica en el nivel de forma, modificando el tiempo, sea alargando o interrumpiendo una interacción, o cambia la posición geográfica de la familia en la sesión.

Para cuestionar la estructura familiar. Se utilizan las siguientes técnicas: fijación de fronteras, desequilibramiento y la complementariedad. Todas estas apuntan a modificar la participación de los miembros de la familia, a través de distanciar psicológicamente a los miembros, desbaratando coaliciones, ignorando a algún miembro de gran poder, o entrando en coalición, así como cuestionar la idea de control lineal, poniendo en duda la idea, de que un solo miembro de la familia controla el sistema, o cuestionando el modo en que la familia explica sus sucesos.

El cuestionamiento de la realidad, el terapeuta utiliza hechos que la propia familia reconoce como verdaderos, para después estratégicamente edificarles una concepción que no haga necesario el síntoma y una visión de la realidad flexible. Las técnicas para modificar la realidad de la familia se agrupan en la utilización de símbolos universales, verdades familiares, consejo profesional. El terapeuta se apoya en el sentido común, en los valores universales tales como la paz, la lealtad, el amor materno, la unión familiar, etc. o en una determinada manera de obrar, también puede utilizar las mismas creencias de las familias para extender su modalidad de funcionamiento, o presentar una versión diferente de la realidad en base a su experiencia, conocimiento de experto. Por último es fundamental que durante todo este proceso de cambio, el terapeuta identifique y mencione los lados fuertes de la familia, pues estos pueden ampliar el repertorio de conductas de sus miembros y disminuir la resistencia, y también para extender el cambio a través de la internalización de sus recursos para continuar con el cumplimiento de las tareas y funciones de su desarrollo familiar, una vez concluido su contrato terapéutico (Minuchin, 1992).

En suma; es una terapia de acción, donde se busca restablecer las funciones de la familia, le da importancia a otros contextos, y su aplicabilidad es universal, debido a que si la familia cambia, la sociedad cambiará y viceversa.

Escuela Estratégica

Breve historia del modelo.

Mientras Salvador Minuchin, se encontraba desarrollando su teoría y aplicando el modelo estructural en Filadelfia, Jay Haley proveniente del grupo de Palo Alto, en 1967 abandonaba California para ir a conocer el trabajo de Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic para ese entonces, él ya era una figura importante en la investigación de la comunicación. Además de Minuchin, Haley estudió con otros dos pioneros influyentes en la evolución de la Terapia Familiar Gregory Bateson y Milton Erikson, el primero lo invitó a trabajar en el proyecto esquizofrenia y el segundo fue su supervisor desde que se inició como terapeuta.

Premisas teóricas.

Haley examinó los efectos de la táctica de la doble atadura sobre el campo interpersonal de la familia, comenzó con la idea compartida por el grupo de Bateson de que la descalificación de los significados es un rasgo recurrente de la comunicación de una familia con un miembro esquizofrénico. Un mensaje que descalifica se define como una afirmación planteada a un nivel y refutada en otro, para él, la descalificación de los significados es una táctica que una persona puede emplear como una estrategia para impedir que sea controlado su propio comportamiento.

En el marco cibernético Haley observó, que las personas de una familia actúan para controlar la gama de comportamientos entre si, la tragedia de una familia que emplea esta táctica es que la lucha por el predominio existe no solo a nivel de las reglas particulares sino también al meta nivel de ¿quién fijara las reglas?

Así que Haley, retoma la teoría Russelliana de los tipos lógicos, la cual propone que todos los mensajes consisten en:

- 1) Una declaración y;
- 2) Una declaración acerca de tal declaración.

La teoría establece una jerarquía de tipos o niveles de abstracción y prohíbe que se una un nivel superior y un nivel inferior. Por consiguiente no existe una comunicación sencilla, todo mensaje es condicionado por otro mensaje en un nivel superior. Cuando estos dos niveles de mensajes son tratados como uno solo, se tiene una situación contradictoria.

Así Haley argumenta que en la lucha por el dominio en la familia, si se unen las reglas en dos niveles de abstracción a nivel uno, cada quien hace una declaración. Al nivel dos, cada quien intenta definir la relación que actúa como contexto de tal declaración, pero como no se puede tomar ninguna decisión acerca del comportamiento (nivel uno) sin un acuerdo sobre quien ha de decidir que comportamientos se toleraran (nivel dos) hay una constante negativa y confusión casi en todo lo que cualquier miembro de la familia trate de decir o hacer. Esto es una breve ilustración de la teoría del “control” que propone como explicación del constante modo de descalificación observado en familias con un miembro esquizofrénico.

Posteriormente Haley redefine la esquizofrenia como un “conflicto de grupo” y sugiere que esquizofrenia es el nombre de un comportamiento que resulta de mediar en muchos triángulos familiares en pugna, por ejemplo en las familias en que existen profundas diferencias entre los padres, lo que ha menudo significa la necesidad de unidad en las familias produce recompensas para unas comunicaciones ambiguas que mantengan la estabilidad. (Haley, 1989).

Conceptualización del síntoma o problema.

Al hablar de síntomas inicialmente, Haley se enfocó en la díada que era considerada la piedra angular de observación, posteriormente empezó a contemplar más minuciosamente las triadas (o llamadas coaliciones), deduciendo que en las familias con un miembro sintomático, la triada que más a menudo salía a la superficie era una coalición entre dos personas habitualmente de generaciones distintas, a expensas de una tercera, por ejemplo, una madre que le hablara a su hijo de tal forma que desacreditara al padre.

Al analizar las coaliciones encubiertas intergeneracionales, Haley observó que nunca ocurren solas, sino siempre en parejas. En las familias perturbadas una coalición de un padre con un hijo a menudo se enfrentara a una coalición del otro padre con el abuelo, esto le llama “coalición contrarrestante”. La esposa puede unirse con el hijo contra el esposo no porque sea infeliz con el esposo sino porque una buena relación con su esposo tendría un efecto perturbador sobre sus relaciones con los padres de ella, en este sentido Haley considera “que la causa” es una afirmación acerca de regularidades en redes más extendidas.

Analizó las características formales de las alianzas en la familia esquizofrénica, contando el numero de triángulos en una familia extensa de mediano tamaño, donde hay dos padres y dos hijos y cada padre, a su vez tiene dos padres, Notó que cualquier persona de este grupo participa simultáneamente en veintiún triángulos, si todos viven en armonía, no hay dificultad, pero si un niño esta en el nexo de dos grupos que mantiene un conflicto se encontrará en una posición difícil, si su madre y su abuela materna están en conflicto con su padre y con la madre de su padre tendrá que comportarse cuidadosamente ya que si complace a un grupo desagradara al otro a esto él le llamo “triángulo perverso” o la coalición intergeneracional.. Haley define el triángulo perverso como aquel en que la separación entre generaciones queda esbozada en forma encubierta.

Para Haley siempre existe el riesgo de desarrollar estas triangulaciones, en cualquier momento que atraviesa la familia, al igual que Minuchin, Haley considera que la familia pasa por etapas que cambian su composición, por ejemplo, el ciclo será distinto, si es una familia donde los padres se han separado a otra en donde los cónyuges vivan juntos. Haley describe el ciclo familiar desde la elección de la pareja, considerando que en esta elección depende varios factores, tales como que los novios provengan de un mismo status, una situación familiar semejante, etc. Así mismo considera que el galanteo no es un proceso racional, porque algunos jóvenes se unen para huir del hogar, o por otras circunstancias. Para Haley es importante la ceremonia nupcial, pues afirma que marca hitos que separan etapas, este rito modifica en forma impredecible el vínculo entre cónyuges y la relación se vuelve un acto de compromiso que implica como finalidad formar una familia. La pareja

tendrá no sólo ponerse de acuerdo sobre cómo se habrán de relacionar, sino también en cómo encararán los desacuerdos. Muchas de estas decisiones estarán influenciadas por lo que cada miembro de la pareja aprendió de su familia de origen. Señala que una pareja puede haber tenido una convivencia armoniosa antes de tener los hijos, pero estos pueden plantear nuevos problemas y hacer surgir desavenencias, por ejemplo, la esposa o el esposo pueden cambiar de conducta antes o después del parto. La llegada del hijo puede poner de manifiesto la fragilidad del contrato matrimonial, o también revelar su fuerza. En esta etapa ya no hay una diada sino un triángulo, donde surgen nuevos tipos de celos, suele presentarse la situación que un hijo es culpado del mal vínculo con el cónyuge, con lo cual evitan resolver antiguos problemas de relación, con este hijo aparecen alianzas, enfrentamientos, etc., y así cada nacimiento modificará la índole de la situación haciendo surgir cuestiones tanto nuevas como viejas. Así considera que el placer de criar hijos se acompaña de la tensión por la preocupación por educarlos de manera distinta a como fueron educados ellos. El período más común de crisis es cuando los niños comienzan con la escolaridad. El niño suele tener problemas de conducta, en parte por la misma organización familiar y en parte por estar cada vez más fuera de ella. Las disputas intergeneracionales dentro de la familia se evidencian cuando el niño empieza a relacionarse en el mundo externo, derrumbando pautas familiares y a medida que los padres envejecen los hijos van haciéndose cada vez más cargo de ellos mismos. Para Haley, todos estos cambios van implicando profundas modificaciones en la estructura familiar, y paralelamente el vínculo matrimonial es sometido a una constante revisión. Ese vínculo depende de problemas personales de cada uno influyendo también el decaimiento físico y los cambios en la vida laboral y social. Resolver un problema conyugal podrá ser más difícil en los años medios que en los primeros años de casados, pues allí las pautas no están en elaboración sino firmemente establecidas, lo que hace más difícil cambiarlas.

El destete de los padres, ocurre cuando los hijos se van, lo cual genera casi siempre una crisis donde los padres elaboran nuevos modos de relación entre ellos. Cuando hay un solo padre el alejamiento de los hijos suele ser sinónimo de soledad, por lo que deberá buscar nuevos intereses. Al llegar, el retiro de la vida activa y la vejez, jubilarse puede implicar un periodo de armonía en la pareja, pero también puede generarse problemas al encontrarse

ambos frente a frente las 24 horas. En tanto esto pasa, los hijos comienzan a vivir la etapa de la formación de la pareja y por tanto, el ciclo familiar se renueva sin fin. (Haley, 1980)

Por ejemplo, la depresión, se vincula con la condición de un miembro en coalición conflictiva, y también un conflicto de lealtades en distintos niveles de las organizaciones sociales constituyen el origen y el mantenimiento de comportamientos perturbadores.

El síntoma es un tipo de conducta que íntegra una secuencia de actos realizados entre varias personas. Este síntoma es la cristalización de una secuencia que tiene lugar dentro de una organización social.

Características de la terapia.

Este tipo de terapia se concentra, justamente, en esa secuencia reiterada de comportamientos llamada pauta sintomática, o la pauta que conecta. Esta terapia cubre una serie de etapas.

La etapa social, la cual consiste en la presentación de los miembros de la familia y el terapeuta, en ella se promueve que cada miembro de la familia se sienta cómodo y se buscar transmitir la idea de que todos son importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado. En esta etapa el terapeuta observa los comportamientos de la familia, las alianzas y coaliciones así como la forma en que se organizan a partir de cómo se sientan geográficamente.

La siguiente etapa es la del planteamiento del problema, en esta etapa el terapeuta dirige la conversación para obtener la opinión de cada miembro de la familia respecto al problema.

En la etapa de interacción, el terapeuta pide a los miembros de la familia que conversen entre sí, lo que observa y escucha le permite elaborar hipótesis en torno a la función del síntoma y recoger información sobre la secuencia sintomática para establecer cómo están delineadas las jerarquías en la familia.

En la etapa de fijación de meta. Se solicita a la familia que especifique los cambios que desea lograr, estos deben ser claros e identificables cuando se den tanto por la familia como para el terapeuta. Asimismo, la meta debe implicar una definición congruente del poder dentro de la familia que remita la conducta sintomática.

En esta parte de la terapia, el síntoma es definido, en términos operativos con la mayor precisión posible, la terapia se centra en la situación social, más que en la persona.

La definición del problema (síntoma), es realizada por los pacientes bajo la dirección del terapeuta, del mismo modo, los objetivos de los pacientes con respecto a la terapia, la realizan los pacientes bajo los mismos términos operacionales, lo importante del diseño de los objetivos terapéuticos, es que estos tienen que ser planteados de modo que el paciente pueda lograrlos, estableciendo en ellos también, un mínimo esperado (aquello que por pequeño que sea, y con base al reporte de los pacientes, muestre que la terapia va teniendo buenos resultados). Después de haber construido una o más hipótesis respecto a los puntos mencionados (definición del problema y los objetivos de la terapia), se aplican las estrategias para la resolución del problema. Si las estrategias funcionan se observara una clara reducción del síntoma, así como un cambio progresivo en la forma en cómo el paciente se percibe así mismo y a los demás.

El cambio se basa en una estrategia general tendiente a programar un cambio por etapas, tanto con respecto a la conducta sintomática en sí, como a la organización familiar y/o social que constituyen su contexto. Por consiguiente, se pretende alterar la secuencia sintomática introduciendo congruencia en la jerarquía del sistema. En todo momento se trata de evitar confrontaciones con la familia, por lo que la terapia descansa en creativas e ingeniosas estrategias generadas para cada caso concreto, que faciliten un cambio rápido y sólido.

El papel del terapeuta estratégico.

Para Haley conceptualiza, la tarea del terapeuta consiste en romper el ciclo sintomático, bloqueado o alterando una pauta o signos rígidos que acompañan el problema y que

parecen determinar todas las posibilidades de cambio, su meta implícita es lograr que una familia se sienta motivada para el cambio, deberá lograr convencer a los miembros de la familia, de que por su intermedio alcanzarán los objetivos individuales, recíprocos y familiares que ellos desean. El modo en que lo haga dependerá de la naturaleza de la tarea, de la naturaleza de la familia y del tipo de relación establecida con ésta (Madanes, 1989).

Así a diferencia de la escuela estructural, los terapeutas estratégicos no se preocupan por ver a todos los miembros de una familia en la sesión, basta con romper la pauta. Otra diferencia es que mientras los estructurales modifican las pautas en el consultorio los estratégicos se mantienen menos activos, para estos el cambio implica modificar la “realidad percibida” del cliente, de modo que sean posibles varios comportamientos (Hofman, 1998).

Sus tareas debe estructurarse, considerando que entre los miembros de la familia, alguien sea quien la ejecute, alguien que lo ayude, alguien que supervise, alguien que planifique, alguien que compruebe su ejecución, etc. El propósito de involucrar a todos en la tarea es hacer hincapié en la unidad familiar total, salvo en casos especiales en que el terapeuta desee encomendar una tarea a una parte de la familia con abstención de los demás miembros. Así mismo, debe poner cuidado en no perturbar la jerarquía interna de la familia haciendo intervenir, por ejemplo, a niños en tareas de adultos. (Haley, 1984).

El terapeuta además de identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, examina las respuestas que recibe y, por último, evaluar el resultado de la terapia determinando si ha sido eficaz. (Haley, 1980).

Técnicas

Las técnicas de intervención que posibilitan materializar dichas estrategias abarcan desde redefiniciones; connotaciones positivas; metáforas; tareas directas simples y ordalías; tareas paradójicas, basadas en una postura de oposición por parte de los clientes, y simulaciones, en las que se solicita a los integrantes de la familia que finjan o simulen una determinada secuencia sintomática (Ochoa, 1995).

Redefinición o reencuadre es una técnica cognitiva que evita aquellas etiquetas o rotulaciones que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio, pero la familia debe aceptarla antes de que el la revele. Consiste en cambiar la rotulación del problema. Donde el terapeuta redefine la situación en términos positivos en busca de que el paciente identificado (P.I) se descargue un poco y cambie su percepción que tiene de sí mismo y de la problemática. Se puede utilizar en los casos donde el P.I es rotulado con una enfermedad como depresión, esquizofrenia o en casos donde existen triangulaciones en el cual el cliente es el que manifiesta el síntoma y por lo tanto él pueda ver la situación desde un punto diferente.

Tareas directas son intervenciones conductuales, su objetivo es cambiar la conducta de algún o algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma. Consiste en proponer directamente la realización de otra conducta alternativa. Se utiliza en los casos de personas que están empeñadas en mantener los síntomas, como en conflictos conyugales, violencia intrafamiliar, en triangulaciones etc.

Persuasión es una forma de justificar la tarea o recomendación que hace el terapeuta. Cuanto sea mayor la congruencia entre la creencia o la acción propugnada y la necesidad sentida del persuadido, más alta es la probabilidad de que la persuasión se produzca. Cuando el terapeuta hace una prescripción del síntoma se enfoca en el aporte de los datos más concretos, posibilitando una evaluación más rigurosa y mejorando la eficacia del tratamiento. Se utiliza en todos los casos que se hagan prescripciones, tareas directas o paradójicas, rituales como depresión, fobias, etc.

Ilusión de alternativas es la presentación de dos alternativas, ambas son ilusorias, el P.I siente que tiene la libertad de escoger pero realmente el que está eligiendo es el que plantea las dos alternativas. Esta técnica se utiliza en casos de niños, familias que no quieren realizar ciertas tareas, rituales etc. Ejemplo: ¿Desea usted entrar en trance ahora o después? La resistencia pasa por alto y el sujeto tiene la ilusión de que eligió.

Desplazamiento se trata no del intento de una supresión inmediata, sino de un desplazamiento provisional del síntoma, que proporciona el paciente un primer deslumbramiento de un posible poder sobre el síntoma.

En desplazar un síntoma del PI a su contexto original evitando que la manifestación de este sea generalizable, el desplazamiento se puede hacer de dos formas, uno de espacio y otro de tiempo. Se utiliza en pacientes con somatizaciones, perturbaciones sexuales, relaciones de pareja.

Prescripción de síntomas. Es la ejecución deliberada de comportamientos sintomáticos privando a estos de su espontaneidad aparentemente indomable por tanto se prescribe y no se comparte. Consiste en ponerle al paciente una tarea en donde acentuara la frecuencia, la intensidad del síntoma, las situaciones en que se presenta, para que identifique y recupere el control sobre el síntoma. En las personas en las cuales las soluciones intentadas no fructifican o que sean desde el orden de lo racional.

Tareas paradójicas. Son intervenciones conductuales, donde no se propone una conducta diferente a la sintomática sino que se prescribe la continuidad de esta en tiempo fijado. Y el mandato es más de lo mismo. Pedirle al paciente que tome nota de las circunstancias que rodean su aparición, se supone que cuando el paciente provoca el síntoma lo somete a un control voluntario incrementando la capacidad de hacerlo desaparecer. Se utiliza en casos donde la persona mantiene el síntoma conscientemente, por ejemplo en personas que tengan adicciones, conflictos conyugales, fobias, obsesiones, tics, rendimiento sexual, familias de esquizofrénicos y manifestaciones somáticas.

En las directivas paradójicas, su carácter paradójico radica en que el terapeuta le ha asegurado a la familia que desea que cambie, pero al mismo tiempo le pide que no cambie. Esta técnica se basa en la idea de que ciertas familias acuden en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas; por ende, el terapeuta procurará provocar la resistencia de los miembros de la familia para que puedan cambiar (Haley, 1980).

Metáforas. Se emplean para transmitir un mensaje. Este mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al mismo o ambas cosas, en donde la familia extraiga de la metáfora una consecuencia. Se puede utilizar en casos de conflictos conyugales, triangulación, padres - hijos, obsesiones, etc.

Analogías, parábolas, relatos. Una analogía es una semejanza de una cosa a otra, o se habla de ella como si fuera otra. La parábola son historias que pueden ejemplificar la situación de las personas o transmitir un mensaje y las anécdotas y relatos, todas estas pretenden que las personas no piensen que son las únicas que tienen el problema y presentar una solución. Se usa cuando se desee eludir el hemisferio derecho en personas muy racionales.

Ordalías es una forma en que el terapeuta presiona a sus clientes a cumplir con las tareas, asegurándoles que tiene la fórmula para resolver su problema pero solo lo revelará si se comprometen firmemente a cumplir la prescripción, en caso contrario no podrán continuar con la terapia, requieren una buena alianza terapéutica.

Estas fueron las intervenciones diseñadas por Haley, su modelo ha sido utilizado ampliamente, Haley llegó a ser Director de investigación de la terapia familiar durante diez años, y miembro clínico activo de la Universidad del Departamento de Pennsylvania de Psiquiatría. Fundó el Instituto de la Terapia Familiar con Cloe Madanes que se ha vuelto uno de los Institutos de entrenamiento más importantes y se retiró de la terapia en 1995, actualmente vive en la Jolla, California se dedica a escribir guiones para teatro, también participa como conferencista e imparte talleres para la formación de terapeutas.

Modelo de Palo Alto

Breve historia del modelo.

En 1967, Richard Fisch propuso a Jackson, la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló el Modelo de Palo Alto

conocido también como el modelo de Terapia Breve centrada en los Problemas, generando un cambio radical en la psicoterapia, al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio. Fijando arbitrariamente un límite al número de sesiones. Al mismo tiempo, decidieron atender a todos los consultantes en cámara Gessell¹. A partir de la discusión de los casos clínicos con esta modalidad surgieron los trabajos más importantes del grupo.

Las características del Modelo están condicionadas de alguna manera, tanto por la situación histórica como geográfica. En contraposición, por ejemplo con el modelo estructural, desarrollado en los barrios pobres de New York, donde las familias vivían muchas veces hacinada en una habitación, con recursos intelectuales muy pobres estas condiciones influyen para que el modelo estructural se inclinará inminentemente a lo familiar, con predominio de intervenciones directivas, y puestas en acto durante la sesión. De igual modo, en el caso del modelo de Palo Alto, el hecho de estar su Centro situado cerca del campus de la Universidad de Stanford, le otorgó a este modelo una impronta muy particular; apartándose de la tradición en Terapia Familiar desarrolló una manera de abordar los problemas de los consultantes, sin la necesidad de ver a toda la familia (dado que la mayor parte de la población consultante eran estudiantes universitarios que vivían alejados de su familia), definiendo por lo tanto el sistema a partir de las personas involucradas en el problema presentado.

Premisas teóricas.

Para conformar las bases teóricas de este modelo Watzlawick, Weakland y Fishman estudian, analizan y critican las teorías ya existentes acerca de la persistencia y del cambio, mismas que había y han sido estudiadas de manera independiente, e incluso se les considera opuestas. Estos teóricos se interesaban en responder la interrogante de ¿como persisten los problemas en la situación? Y descubrir ¿que es preciso hacer para cambiar? Para dar respuesta a estas interrogantes hacen uso de dos teorías de la lógica-matemática: la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos.

¹ Un espacio dividido por un espejo, que permite al equipo terapéutico observar a la familia y al terapeuta sin ser vistos. Este hecho hoy parece muy natural, pero en ese tiempo resultaba muy osado.

La teoría de los grupos ofrece una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones y actitudes, que se supone aportan un cambio benéfico no hacen más que poner en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior. Lo que se resume con "és más de lo mismo". Revisemos las propiedades de esta teoría

1ª . Propiedad.

Cada grupo esta compuesto por x número de miembros, que poseen un común denominador y en cuanto el resultado de cualquier combinación (adicción, sustracción) sea un miembro del grupo, es por así decirlo, un estado interno del grupo a otro, lo cual los hace situarse así mismos imposibles fuera del sistema.

2ª . Propiedad

Se pueden combinar a sus miembros, en distinto orden y sin embargo, el resultado de la combinación permanece siendo el mismo, por tanto hay una variación en el proceso pero una invarianza en el resultado.

3ª : propiedad

Un grupo contiene un miembro de identidad tal que su combinación con cualquier otro miembro de este, significa que mantiene la identidad (miembros de identidad 0, 1, silencio, inmovilidad etc.) Llamado por Ashby "función nula" lo esencial es que un miembro puede actuar sin provocar cambio alguno.

4ª . Propiedad.

Cada miembro tiene su reciproco u opuesto de modo tal que la combinación de cualquier miembro con su opuesto de la identidad $5+ (-5) = 0$, esto da una explicación de que cambios particulares no ocasionan diferencias en el grupo, y los cambios nuestras operaciones, lo cual explica la interdependencia entre persistencia y cambio. La limitación de esta teoría es que no proporciona un modelo para aquellos tipos de cambio lógicos.

La teoría de los tipos lógicos, permite apreciar el cambio que se produce en el interior de un conjunto que en si parece invariable. Por el contrario, existen cambios que conciernen al conjunto del sistema, a la norma de su funcionamiento. Para explicar este cambio de estructuras, es necesario recurrir a esta teoría, que toma en cuenta los elementos pero también el conjunto del sistema. La teoría de los tipos lógicos permite tener una doble

mirada y puede, explicar el proceso de trascendencia del marco de referencia de los pacientes. Esta teoría no se ocupa de lo que sucede en el interior de una clase, es decir entre sus miembros, pero nos proporciona una base para considerar la relación existente entre un miembro y la clase. Su axioma: "Cualquier cosa que comprenda o abarque a todos los miembros de una colección, no tienen que ser un miembro de la misma clase "(pág, 98). Este axioma hace la distinción entre miembro y clase y el hecho de que una clase no puede ser un miembro de si misma.

Entonces el cambio constituye un paso de un tipo lógico a otro, se deduce que existen dos tipos diferentes de cambio: uno que tiene lugar dentro de un determinado sistema que en si permanece inmodificado, y otro, cuya aparición cambia el sistema mismo. Retomando estas propiedades, todo grupo son responsables de la creación de la particular interdependencia entre persistencia y cambio dentro del grupo, no son por si mismas miembros del grupo. Las reglas en combinación permiten observar son invariantes al nivel de cambio¹ (es decir al nivel del cambio de un miembro a otro, nivel en el que cuanto más cambian las cosas, más siguen permaneciendo igual), pero que están abiertas al cambio al nivel del cambio ² es decir a cambios en cuanto a las reglas que gobiernan su estructura o su orden interno (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1984) la terapia del MRI considera que los problemas comienzan con motivo de alguna dificultad de la vida cotidiana, pero para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse sólo dos condiciones: 1) que se haga frente de forma equivocada a la dificultad; 2) que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma "solución".

Estas formulaciones ayudan a los terapeutas a conocer si los intentos de las personas para dar solución a sus problemas son cambios de tipo 1, con dicha información, el terapeuta podrá diseñar cambios de tipo 2 (estrategias).

Conceptualización del síntoma o problema.

De acuerdo con este modelo, las personas se enfrentan a dificultades, pero de cualquiera de estas tres formas: a) negando el problema, b) esforzándose en modificar una dificultad que es inalterable o inexistente o c) interviniendo en un nivel equivocado (queriendo un cambio

completo de actitud, cuando sería suficiente un cambio de conducta). las llegan a convertir en problemas.

Esta propuesta definitoria está regulada por una causalidad circular, el síntoma mantiene los intentos de solución a la vez que estos mantienen el síntoma. El tratamiento requiere del paciente y su familia la fijación de una meta a conseguir, y que sea lo más concreta posible.

El síntoma se derivaría de la necesidad de un nuevo tipo de solución (cambio 2) lo que supone una "clase" de soluciones distintas a las ensayadas, la aparición del cambio 2 es considerada corrientemente como algo incontrolable e incluso incomprensible, como un salto cuántico que haga reducir o desaparecer la sintomatología.

Características de la terapia.

Este modelo no considera indispensable la presencia de toda la familia en terapia, pero su abordaje forma parte de esta visión sistémica, considerando que las parejas y las familias pasan por distintas etapas, debido al desarrollo de sus integrantes y también a los cambios o a las pérdidas que la vida impone. En cada una de estas etapas las costumbres deben cambiar y mientras se está produciendo este cambio pueden ocurrir crisis entre ellas: cambios de transición a etapas, cambios de trabajo, de horarios, mudanzas, enfermedades etc., esto muy parecido a lo planteado en la escuela estratégica, pero con la distinción, de que se encuentran atoradas en la solución y no en la triada.

Aquí, se trabaja con el cliente el cual es, el que expresa la mayor preocupación acerca de la conducta, acciones, pensamientos o sentimientos desarrolladas por el o por alguna otra persona de la familia y es quien se haya significativamente comprometido.

Se define al paciente como aquel que refiere tener un problema, y a un cliente como aquel cliente como aquel que considera que otro significativo tiene una conducta inadaptada, en algunas ocasiones paciente y cliente son ser la misma persona.

Este modelo elimina la idea de patología individual, señala que la patología ya no se presenta en el marco individual sino de interacción. Es decir, los problemas se eliminan, si se transforman en patrones de interacción. Su terapia se basa en presente, y se le llama de terapia breve por su tratamiento de 8 a 10 sesiones. Por consiguiente no es una terapia de crecimiento personal, es un modelo de solución de problema. Otra idea fundamental del modelo es que no hay resistencia y que un pequeño cambio produce los grandes cambios.

El papel del terapeuta del MRI.

El terapeuta es un agente activo de cambio, debe lograr una visión de la conducta problemática y de las conductas que sirven para conservarla. El terapeuta debe ser buen vendedor, utilizando todo lo que trae la familia (creencias, posturas, ideas, tradiciones, etc.) y utilizarlas en su beneficio para crear el cambio.

La terapia inicia, una vez, que el terapeuta ha recaudado los datos de la entrevista telefónica, y cuenta con las herramientas necesarias para mantener su capacidad de maniobra, deberá tener una idea sobre las creencias y valores del cliente. En las primeras sesiones se enfrenta a la tarea de recoger la adecuada información sobre los factores considerados esenciales para cada caso como son: naturaleza de la enfermedad, como se esta afrontando el problema, objetivos mínimos del cliente, etc. Por información adecuada se entiende como aquella que es clara, explícita y que se manifiesta en términos de conducta, es decir que hacen y dicen los individuos concretos cuando se da el problema y cuando se intenta afrontarlo, esta ayuda a realizar las intervenciones.

Watzlawick, Weakland y Fish (1984) produjeron una guía muy útil para reunir información acerca de la familia, a través de preguntas transaccionales y sistémicas que se formulan a los clientes o familias con respecto al problema y a las soluciones intentadas por la familia.

Bergan (1991) menciona que estas preguntas le ayudan al terapeuta a obtener una imagen de la percepción que los miembros de la familia tienen en ese momento acerca de la forma en que están organizados alrededor del problema las conductas, las interacciones, y/o la comunicación implicada en el mismo, además de cuando ocurre, en donde, con qué

frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuando es problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, etc. El grupo de Palo Alto afirma que la manera en que la familia se organiza alrededor del problema y de sus intentos de solución, son una metáfora de la manera en que la familia se organiza en general.

Además menciona que mientras mayor sea la similitud entre el lenguaje empleado en la tarea y del cliente, más probabilidad habrá que cumpla con la prescripción y mientras más cumpla esto, hay más posibilidades que el sistema cambie. Las metas de terapia se definen en relación a cambios concretos que se desean lograr, comenzando con cambios pequeños en los subsistemas los cuales acarrearán grandes y notorios cambios que repercuten en todo el sistema. Precisemos estas etapas

- a) Definición del problema. Este modelo no concede mucha importancia a la historia de los problemas, la indagación está enfocada a la dolencia o las dolencias principales de quienes buscan ayuda, en términos de conducta "¿Quién está haciendo esto (lo que representa un problema)?, ¿Para quién y cómo constituye tal conducta un problema?, ¿Qué esperan ustedes que pueda ayudarles?, ¿De quién fue la idea de venir hoy? ¿Qué es lo que hace? o ¿Dice? , ¿Cómo explica Usted esto?, ¿Qué hacen los otros?, todas estas interrogantes ayudan a la definición del problema.
- b) Identificar el Intento de solución. Sugiere indagar qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas aquellas personas íntimamente relacionadas con él. (Amigos, compañeros de trabajo, profesionales, etc.) y centrarse en conductas reales ¿Qué es lo que las personas hacen y dicen en sus intentos de evitar que se plantee el problema, o de hacerle frente cuando se presenta? ¿Qué ha hecho Usted? ¿Qué han hecho los otros?, ¿Qué de todo esto le ha funcionado?
- c) Meta mínima. En esta etapa se esclarecen los objetivos mínimos hacia la meta. Explorará sentimientos, acciones y pensamientos nuevos. Las metas deben ser pequeñas, conspicuas para el cliente, descritas en términos conductuales específicos y concretos, asequibles desde una perspectiva realista, se perciben como una empresa difícil que

requiere un trabajo arduo, se describen como el comienzo de algo NO como el fin de algo. (De Shazer ,1994).

La filosofía central del modelo

1. Si no esta roto, no lo arregle: todo aquello por lo que el paciente/cliente no se queje, no nos concierne.
2. Una vez que sepa que funciona bien, haga más de lo mismo. Las excepciones notables dentro de la queja, la intervención siguientes es "haga mas de lo mismo"
3. Si no funciona bien, no lo repita. Haga otra cosa. Si al menos los pacientes y el terapeuta saben que algo funciona mal, evítelo a toda costa.

Teniendo clara la filosofía del modelo, y la definición del problema en términos concretos, se hace necesaria una investigación clara de las soluciones hasta ahora intentadas por el cliente, prosigue una definición del cambio concreto a realizar, la formación puesta en marcha de un plan para producir dicho cambio (Watzawick, Weakland y Fish, 1984).

Técnicas.

Existen dos categorías de intervenciones. Las principales y las generales. las primeras se utilizan después de haber recogido los datos mencionados anteriormente y tienen como objetivo dar un giro a los intentos de solución y las segundas pueden utilizarse en cualquier momento del tratamiento y son bastante amplias para usarse en una gama de problemas, En ocasiones son suficientes para solucionar por si mismas el problema del cliente. (Watzlawick y cols, 1984).

Intervenciones principales Categorización de los intentos que perpetúan los problemas:

1. *Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.* En este categoría, la dolencia es relativa al mismo paciente, ejemplos : problemas de funcionamiento corporal o rendimiento físico, rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso, apatía sexual, funcionamiento intestinal (estreñimiento y diarrea), función urinaria(urgencia, frecuencia imposibilidad de orinar),Temores y tics, espasmos musculares, problemas de apetito, tartamudeo, dolor dificultades respiratorias insomnios,

sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones y convulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.

Intervenciones: Renunciar a los intentos de auto coacción y dejar de esforzarse, ordalías, prescripción del fracaso, prescripción del síntoma, redefinición del síntoma, rituales.

2.-*Intento de dominar un acontecimiento temido, aplazándolo* Hace referencia a estados de terror o de ansiedad: fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento: hablar en público, miedo a los exámenes, etc.

Intervenciones: Directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exige una ausencia de dominio o un dominio incompleto.

3.-*Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Incluyen todos los conflictos en las relaciones interpersonales centrados en temas que requieren una mutua colaboración: riñas conyugales, padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada.

Intervenciones: Hacer que el cliente se coloque en una actitud de inferioridad, en una postura de debilidad para lo cual el terapeuta reestructurará la situación para que al mismo tiempo el cliente se sienta en una posición de autoridad; el terapeuta debe procurar una buena formulación de la tarea.

4. *Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.* Lo que constituye una sencilla petición de sumisión a la cual podría responderse mediante una simple manifestación de rechazo o de aceptación se transforma en un intercambio generador de problemas, a la petición indirectas se le contesta con un rechazo indirecto y cada persona trata de convencer a la otra de que expresarse de modo directo es inútil.

La intervención consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud la formule de modo arbitrario, el terapeuta tiene que influir sobre el cliente con objeto de llevar esta variación.

5.-*Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.* Juego del acusador y el defensor: se encuentran acusaciones de infidelidad, dificultades en las relaciones laborales

Intervenciones: esta intervención recibe el nombre de interferencia, y con ella se reduce el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales al no haber modo de saber si realmente se está refiriendo a los hechos en cuestión, ejemplo: "Tienes razón no soy divertido". Estructura la tarea de modo que sea imposible discriminar si se ha hecho o no, ejemplo: un adolescente indigno de confianza, se le pide que haga algo que sus padres aprobarían sin decirle a ellos en que consiste.

Intervenciones Generales:

No apresurarse. Se aplica para pacientes que argumentan la necesidad de ver cambios rápidos. Donde resulta fundamental, no aceptar por sentirse presionado, porque se pierde capacidad de maniobra. Por ejemplo, puede sugerírsele que "necesitamos averiguar paso a paso el porcentaje del cambio óptimo "noción que no tiene que coincidir con el máximo", "los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren demasiado pronto.

Los peligros de una mejoría. Se aplica a determinadas clases de resistencia del paciente, se expone algún posible inconveniente para el cliente o para alguien allegado a él, de la mejoría.

Un cambio de dirección. Implica un cambio de postura, de directriz o de estrategia que hace el terapeuta cuando comprende que a pesar de sus sugerencias no está avanzando el cliente hacia la solución del problema. Se sugiere que en respuesta a una queja del cliente el terapeuta adopte una posición de simulada inferioridad y agradece al paciente que le haga abandonar esa línea de trabajo y lo conduzca a una más adecuada.

Como empeorar el problema. Hace que el paciente/cliente se vuelva más consciente de lo que sucedería si continuase realizando sus acciones anteriores, y subraya cómo el paciente

desempeña un papel activo en la persistencia del problema, puede preguntarse ¿sabe como lograr que el problema empeore? esto resulta útil en dos casos: al principio de la terapia con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia o cerca ya del final para reforzar el proceso obtenido.

Sus técnicas han resultado eficaces, en el tratamiento de los problemas señalados. Sin embargo esta escuela encuentra también sus limitaciones, no ofrece suficiente apoyo a los pacientes que deben reaprender a enfrentarse a las realidades de la vida cotidiana.

L La Terapia Breve Centrada en las Soluciones

Breve historia del modelo.

El crecimiento de la Terapia Familiar, estaba produciendo varios desarrollos, la mencionada creación del Centro de Terapia Breve en el Instituto Mental de Palo Alto, California en 1968, en 1974, la publicación del artículo "Brief therapy: focused problem resolution" de Weakland, Fisch, Watzlawick y Boelin, en 1974 se funda el Centro para el estudio de la Familia de Milán y De Shazer en 1972 sin conocer el grupo de Palo Alto desarrollaba una terapia en la que no fuera necesario un conocimiento detallado de la queja, gran parte de su trabajo en terapia breve fue un desarrollo de las ideas de Milton Erikson y es en 1978 que decide fundar el Centro de Terapia Familiar Breve con Insoo Berg, Elam Nunmally, Eve Lipchild y Alex Molnar, quienes trabajaban detrás del espejo creando mapas sobre las quejas. Las quejas eran definidas como construcciones intrincadas que abarcan conductas (partes y secuencias) el contexto de dichas conductas, los significados asignados a aquellas conductas en esos contextos, las metas (específicas y generales), los intentos propios y de terceros para resolver el problema.

Muchos de los principios del modelo de terapia breve del MRI pueden considerarse precursores de la terapia orientada hacia las soluciones. El Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) en Milwaukee, tuvo una evolución desde el enfoque de resolución de problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones y como funcionaban. El equipo dejó de centrarse

en la identificación de patrones de interacciones torno a la queja para interrumpir la secuencia problema para dedicarse a identificar lo que funcionaba a fin de identificar estas secuencias de solución (De Shazer, 1982). El modelo de terapia desarrollado en el BFTC se denomina Terapia Breve Centrada en las Soluciones.

Después de los favorables resultados obtenidos con la Terapia Breve Centrada en los Problemas, y conservando la óptica interaccional. Harry Stack Sullivan, utiliza técnicas de hipnosis y de variación de la secuencia disfuncional y sobre todo con la productiva visión de un futuro sin problemas, con ello, la terapia evoluciona del “aquí y el ahora” hacia una orientación hacia el futuro a la que no le interesa como surgieron los problemas, ni como se mantienen sino que se ocupa de cómo se resolverán la TBCS no utiliza la técnica de hipnosis, ni es sugestiva, en el sentido de que el conductor indica al consultante lo que le va a ir mejor.

Premisas teóricas.

La TBCS parte del Constructivismo, según el cual la realidad sólo se conoce cuando uno se tropieza con ella, el resto son construcciones de la realidad. la idea básica, de que no hay una realidad única, sino hay varias realidades. Inicialmente podríamos considerar que este modelo se conforma de base sistémica, y en su desarrollo, podemos decir que se encuentra en una transición a la posmodernidad

Algunos de sus seguidores son: Inssoo Kim Berg, William O’Hanlon, Weiner-Davis, Matthew Selekman.

Los supuestos que retoma, es la idea del adecuado manejo del lenguaje ya sea metafórico, y/o directo, su teoría del cambio, que hace referencia a que un cambio pequeño genera otros cambios, se interesa más las soluciones que funcionan y no tanto la naturaleza del problema, al moverse en el tiempo en un futuro sin problemas, declaman que todos las personas tienen recursos y por lo tanto no hay resistencia.(en:www/terapiadesoluciones).

Erikson subrayaba la importancia de la observación minuciosa y de la ausencia de toda clasificación del paciente, formula siempre un objetivo concreto en un futuro próximo enfocado al cambio por medio de experiencias graduales que esta orientada hacia un fin, es tal vez la característica mas importante de su vida y de su obra. Asimismo que las personas poseían una reserva de sabiduría aprendida y olvidada pero siempre disponible (Minuchin y Fishman, 1981).

La postura filosófica de la TBCS incluye entre sus premisas la idea de que los clientes que acuden a terapia disponen de los recursos necesarios para resolver sus problemas, la noción de que el cambio es constante e inevitable, y la idea de que para encontrar una solución no hace falta conocer el problema que se pretende solucionar. Se trata de un enfoque no -normativo, que trata de abordar cada persona, familia o pareja desde su unicidad, sin imponer criterios externos de normalidad o corrección. Además, evita la patologización de las personas y relaciones, y se centra en sus posibilidades y no en su posible déficit o limitaciones. (O'Hanlon y Davis, 1990)

Conceptualización del síntoma o problema.

Concibe el sufrimiento psíquico como algo generado por una deformada construcción de la realidad. Basta cambiar la misma, para que uno tenga una mejor percepción de sí mismo. Quien se consideraba inepto o incapaz, descubre aptitudes y habilidades y esto le hace pasar de considerarse un fracasado a un ser exitoso. El límite del ser humano son sus percepciones.

Características de la terapia.

La TBCS insiste en la idea de la simplicidad, que se refleja en que la teorización e hipotetización se mantiene bajo mínimos, y en la conocida fórmula:

"si funciona, hazlo más; si no funciona, haz algo diferente".

En el desarrollo de la terapia, siempre el lenguaje se centra en las soluciones, es un lenguaje orientado hacia las posibilidades y hacia el futuro, que busca crear descripciones concretas, específicas, interaccionales y en positivo de las metas y aspiraciones de los clientes.

Además, se promueve constantemente la cooperación con el cliente, al que se trata de ayudar a asumir una posición de control del proceso de cambio.

Básicamente, las sesiones de TBCS son conversaciones en las que se trata de hablar acerca de lo que los clientes ya hacen bien respecto de sus problemas (excepciones) y cómo pueden hacer para aplicar estas ideas y conseguir alcanzar nuevas metas en el futuro (objetivos). Su principio de pasos pequeños se refiere a que estos producen grandes efectos. Partiendo de esta premisa es importante que paciente y terapeuta establezcan unos objetivos (pasos) bien definidos, de esta forma, ambos sabrán cuándo puede terminar la terapia. La TBCS se basa en el supuesto de que el cambio forma parte de la vida hasta tal punto que los clientes no pueden dejar de cambiar. Por tanto a veces la terapia consiste en identificar los cambios que se están produciendo naturalmente y utilizarlos para llegar a una solución. Tras unos 45 minutos de entrevista, la terapeuta se reúne con su equipo (o, en ausencia de éste, simplemente se toma una pausa), tras lo cual se transmite a la familia un mensaje final que habitualmente incluye elogios (remarcar lo que los clientes están ya haciendo bien) y una o varias sugerencias o tareas.

Esta terapia no impone ningún patrón de funcionalidad o normalidad, sino que trabaja en colaboración con los clientes para ayudarles a conseguir sus objetivos. Cuando un cliente da su punto de vista no se cataloga como "correcto o erróneo", se admite que la percepción de cada persona representa una forma válida, pero susceptible de modificar. Por eso, no se utilizan etiquetas diagnósticas que estigmaticen y limiten más a los clientes.

Selekmán, (1996) propone otra serie de supuestos:

- > La resistencia no es un concepto útil.
- > Las excepciones constituyen una alternativa mucho más útil.
- > La cooperación es inevitable (Cualquier cosa que el cliente traiga a terapia se puede utilizar como elemento de cooperación. Las conductas negativas pueden ser connotadas o reformuladas como intentos de solución y sobretodo las excepciones).

Otra premisa es que el problema es del cliente y continua siendo suyo mientras dura el proceso de consulta, el cliente conoce bien el contexto en el que se encuentra, sus peculiaridades, sus recursos y lo que podrá o no ir bien, la idea básica es que el cliente adquiera la capacidad de solucionar los problemas, de modo que pueda seguir resolviéndolos después de que la consulta haya terminado.

Este modelo rechaza la idea del normativismo. No se adopta un modelo de normalidad y se intenta respetar al máximo la indiosicracia de los clientes. Aunque la duración del tratamiento es variable la TBCS generalmente, es inferior a 10 sesiones, habitualmente una media de 5 a 6 sesiones de forma presencial.

El papel del terapeuta centrado en soluciones.

Es hablar un lenguaje de soluciones, que le permitan crear un contexto en el que el cambio sea inevitable. El terapeuta procura estar de acuerdo con sus clientes y escucha con atención su lenguaje, prestando especial importancia a sus objetivos en la terapia. Esta posición del terapeuta incluye también un esfuerzo constante por mantenerse "por detrás" de sus interlocutores, por escucharles con atención y por evitar empujarles en una u otra dirección. El terapeuta nunca instruye a sus clientes o les dice qué deben hacer, sino que intenta ayudarles a dilucidar qué hacer y cómo hacer para conseguirlo. (Beyebach 1998).

El papel del terapeuta, no es asumir la posición de experto, educar a la familia o a la persona, o corregir defectos. Su tarea más bien es movilizar sus recursos, ayudando a la familia a que se ayude a si misma y hacerlo además en el menor tiempo posible. La forma de movilizar estos recursos es a través de la conversación, se habla más de practicas o incluso de "temas de conversación" que de técnicas, referirse a temas no implica prefijar contenidos como la infancia del cliente, la familia de origen, sino más bien hablar de cierta forma sobre un determinado tipo de contenidos (por ejemplo, lo que funciona, o sobre lo que los clientes quieren conseguir.). Estas prácticas suponen habitualmente que el terapeuta utilice una determinada modalidad de preguntas, y que oriente la interacción de forma que se pueda generar un lenguaje centrado en soluciones, estas preguntas, prescripciones, tareas se denominan tareas de formula.

El terapeuta trabaja en primer lugar en las soluciones ayudando a los clientes a identificar lo que se quiere conseguir (pregunta del milagro) marcando y ampliando las ocasiones en que los clientes lo consiguen (trabajo con excepciones) y fomentando que los clientes asuman el control y la responsabilidad por los cambios conseguidos. Así, la terapia se convierte en un conjunto de conversaciones en las que se habla de lo que ha ido bien de lo que esta yendo bien o de lo que puede llegar a mejorar.

Técnicas.

Existen en su gama de intervenciones, preguntas interventivas y técnicas.

Las preguntas iniciales son preguntas conocidas como preguntas presuposicionales, como las siguientes: Entre la primera llamada y la primera sesión se nota que las cosas parecen ya diferente ¿qué haz observado en tu situación?

Incluyendo la perspectiva de otros en el logro del cliente ¿Quién más advirtió que...? ¿Cómo puedes saber que se dio cuenta, que hizo, qué dijo?

De diferencias cuando no está el problema ¿Qué es diferente en las ocasiones en que...?.

Para evocar recursos. ¿Haz tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo la resolviste entonces? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso vuelva a suceder?

Para generar foco en la solución. ¿De qué manera el que... (Ocurre la excepción) hace que las cosas vayan mejor?.

Para cualquier “cualquier acción positiva” cuando logra cambios o habla de excepciones ¿De que manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado la semana pasada, hace un mes, cuando llegaste a terapia, etc.?

Del futuro sin problemas. ¿Cómo será diferente tu vida una vez que resuelto el problema?

Para identificar recursos en otras esferas de su vida. ¿Qué haces para divertirte?

La pregunta del milagro. Se emplea para construir con los clientes lo que se denominan “objetivos útiles” o “objetivos bien formados”, es decir, objetivos relevantes para los clientes, estos deben ser pequeños, concretos, expresados en positivo, interaccionales y alcanzables.

Se introduce la pregunta de milagro diciéndole al cliente que se tiene una rara y quizás difícil cuestión para preguntar, una que necesita algo de imaginación:

“suponga...después de que nosotros terminamos aquí, usted va esta noche a casa, mira televisión, hace sus quehaceres usuales, etc., y entonces se acuesta a dormir...y mientras usted esta durmiendo, un milagro pasa y el problema que lo trajo aquí se resuelve, simplemente así. Por lo tanto usted no puede saber que ha pasado. Una vez que usted se despierte por la mañana, ¿cómo hará usted para descubrir que este milagro le ha pasado a usted?”

Después de cada respuesta del cliente, pregunta ¿Qué más?, ¿Y luego?

Al explorar lo más posible, se pregunta ¿qué de esto ya esta ocurriendo?, o se prescribe la tarea, mañana harás como si el milagro haya ocurrido. La idea, o conducta que refieran ya constituye una excepción.

Steve de Shazer define como “excepciones” aquellas ocasiones en las que, en contra de lo esperado, no se da la conducta–problema, equivale aquellas conductas, percepciones, ideas y sentimientos que contrarrestan con la queja y tienen la potencialidad de llevar a una solución si son adecuadamente ampliadas.

Se distinguen cinco pasos en el trabajo con excepciones:

Elicitar. Los propios clientes informan espontáneamente de las cosas que han ido bien o que han mejorado. El terapeuta debe retomar el tema... después “Marcar” la excepción, es decir, hacer que esta cobre importancia a los ojos del cliente y que supongan una “diferencia que marque una diferencia” Una vez que se ha identificado una excepción y se ha señalado como tal, interesa hacerla más amplia. La idea es que los clientes hablen de estas excepciones el mayor tiempo posible y que den lujo de detalles, por ejemplo. ¿Qué

paso para que decidieran volver a hablarse? 'El ultimo paso consiste simplemente en preguntar qué más excepciones ha habido, que más cosas han ido bien, una vez elicitada la siguiente excepción, se vuelve a marcar, ampliar, atribuir control, etc. Identificar los patrones de la solución o excepción y hacer que ellos hagan más de estos patrones en lugar de aquellos que no funcionan .Luego ,buscar en otros escenarios patrones funcionales en las áreas de trabajo, amigos, etc., retomando las habilidades y creatividad que ellos usan en esos escenarios y ampliarlas para cambiar el patrón. Pregunta cuando no parece haber excepciones. ¿Cómo le ha hecho para no empeorar? (O'Hanlon, Davis, 1990).

De Shazer y su equipo propusieron utilizar una modalidad de las preguntas de escala llamadas las "escalas de avance" como una forma de poder trabajar en aquellos casos en los que la queja y los objetivos eran excesivamente vagos para obtener descripciones conductuales de los mismos. Privado de otros puntos de referencia, el terapeuta podía gracias al uso de escalas, tener una idea clara de si el tratamiento estaba o no avanzado en la dirección correcta? (O'hanlon, Davis, 1990)

"Vamos a ver, en una escala de 1 a 10, en la que 1 es el momento en el que los problemas que le han traído aquí han estado peor y 10 es el momento en que están del todo solucionados en esta escala de 1 a 10. ¿En que punto se pondría usted esta semana? posteriormente centrarse en averiguar que fue diferente ese día (en comparación con los otros) y que hizo el cliente distinto ¿Cómo consigue pasar del 2 al 6?, ¿En qué consiste mantener un nivel 5?, averiguar que puntuación indicaría un nivel satisfactorio etc. Esta técnica resulta útil y a los clientes les resulta relativamente fácil manejarse en términos numéricos, por lo que se puede usar el lenguaje de las cifras para referirse a todo tipo de situaciones.

Pero si aun con estas intervenciones, no se presentan avances o los pacientes continúan hablando del problema, es importante cambiar el tema de conversación hacia el patrón del problema. Existen intervenciones para reducir el área problema, Estas son intervenciones mínimas sobre el patrón de queja, prescribiendo alguna pequeña modificación en su frecuencia, duración, modalidad, lugar, etc.; inicialmente es conveniente examinar que

conductas de los clientes contribuyen a mantener el problema y a diseñar una intervención que bloquee estos intentos ineficaces y contraproducentes de la solución. (O'Hanlon-Davis, 1990).

Si el área problema disminuye, la intervención siguiente será ampliar el área de los recursos utilizando algunas de las intervenciones mencionadas (ampliar excepciones, preguntas hipotéticas, escalas o pregunta del milagro).

Al final de la terapia se hacen las preguntas de escala para ir a un futuro sin problemas, esto le ayuda a las personas a clarificar como llegar al futuro sin problemas y al terapeuta detectar como la gente cambia, o escalas de confianza.

‘En una escala de 1 a 10, en la que 10 sería que tiene n toda la confianza del mundo en que se mantendrán este nivel de 8.5 y 1 que no tiene confianza de mantenerlo ¿En qué punto se pondría?’

Hoy en día se incluyen otras estrategias que corresponden al desarrollo posterior de este modelo. Ahora conocido como enfoque centrado en posibilidades y útiles en otros modelos.

Estas estrategias son:

La redefinición. El terapeuta no se limita a poner en duda los significados que el cliente atribuye a una determinada situación (de- construcción), sino que directamente propone otro encuadre alternativo. Por ejemplo, pregunta por los beneficios que para la familia suponen las obsesiones del padre, o definen la aparente debilidad de la hija deprimida como una forma sutil pero poderosa de provocación.

Preguntas conversacionales. Son útiles sobretodo con familias muy pesimistas al cambio y que han pasado por diversos tratamientos sin mejoría. Se les pide que detallen por qué creen que esas intervenciones no funcionaron y que ellos mismos aporten nuevas sugerencias.

Terapia con equipo. El primer supuesto de esta terapia es que la gente, cuando pide ayuda, ya tiene una idea sobre cómo solucionar el problema. La función del equipo es detectar esta idea, simplificarla y devolverla a la familia para que ésta siga solucionando el problema por sí misma., basta con que el equipo investigue sobre la existencia de excepciones; es decir, momentos en que el problema no existe. Si son deliberadas y resuelven el problema, Si son espontáneas, se pueden hacer al azar o hacer lo más fácil que puede funcionar; en ambos casos nos darán un indicio de cómo reacciona la familia y nos servirá para hacer la prescripción de la siguiente sesión según haya sido su respuesta. Si no hay excepciones, se construye una excepción hipotética como la descripción concreta de una vida futura sin el problema o la Pregunta del Milagro, que nos ayudan a formular metas objetivas para empezar a fijar los objetivos y metas de la terapia. El foco se pone en algo pequeño y fácil de hacer experimentalmente.

Una vez que en la terapia se hayan producido avances, el terapeuta se plantea si los cambios que se han producido son o no suficientes. En caso afirmativo, la terapia puede darse por concluida; en caso contrario, habrá que seguir trabajando. De acuerdo con la filosofía no –normativista de la TBCS, la decisión de si una mejoría es o no suficiente (e incluso la decisión de qué es lo que se considera una mejoría) se deja en manos de los clientes, bien preguntando directamente:

¿Este es el tipo de cambios que querrá conseguir viniendo aquí?

¿Considera que la situación ya ha mejorado lo bastante?,

Cuando se han alcanzado los objetivos no es necesaria una sesión de terminación diferente a las demás, simplemente se sigue atribuyendo control a los clientes y, eso si, se les invita a situarse en la posición de co-terapeutas: ¿Qué recomendación darían ustedes? ¿a otras parejas que estén en la misma situación problemática en la que ustedes estuvieron un día y que han superado?

¿Cuál es la receta para ganarle a los miedos? A menudo se les pide a los clientes envíen una carta que puedan entregar a otros clientes. Si los clientes lo consideran útil, concertamos una entrevista de seguimiento, seis meses, o un año. En caso contrario se hace un seguimiento por teléfono o mediante un cuestionario.

Cabe señalar que la TBCS en los quince años de su existencia se ha extendido considerablemente por Estados Unidos, el Extremo Oriente y sobre todo en Europa. Recientemente se han descrito numerosos campos de aplicación de la TBCS tanto dentro como fuera del ámbito de la psicoterapia. Así, se han publicado trabajos sobre el abordaje desde este modelo en problemas como el alcoholismo, la violencia, la esquizofrenia, el abuso sexual; y se han desarrollado interesantes experiencias de aplicación a campos ajenos a la psicoterapia como la orientación escolar, el trabajo social o el consulting organizacional, etc. Además, en estos últimos años ha empezado a desarrollarse un conjunto de investigaciones empíricas que -aunque aún claramente insuficientes- van proporcionando un cierto apoyo empírico a este modelo de terapia. (Stormc y Bacigalup, 2000).

Así es como la terapia sistémica va incorporando nuevas formas de conversar y preguntar, a diferencia de la terapia breve centrada en los problemas, en donde se prescribían tareas que proporcionan un giro de 180 grados, la TBCS, solo se centra en un lenguaje diferente. Esta forma de conversar abrió el camino al desarrollo de otros modelos.

Escuela de Milán

Breve historia del modelo.

Este es un modelo que se gestó en Europa en el año de 1967 donde, Luigui Boscolo y Giafranco Cecchin se incorporaron a un grupo de ocho psiquiatras con formación psicoanalítica, organizados por Mara Selvini Palazzoli, analista de niños en Milán que trabajaba en el tratamiento de niños anoréxicos pero, decepcionada de sus resultados e impresionada con la literatura de terapia familiar que le llegaba de palo alto decidió adoptar esta orientación y en 1968 organizo después de un proceso de selección, el grupo de diez , que se redujo a cuatro psiquiatras así Giuliana Prata, Luigui Boscolo, Giafranco Cecchin, y la misma Selvini, conformaron el grupo de Milán.

El grupo fundó en Milán el Centro per il Studio Della Famiglia y en sus comienzos tuvo como consultor a Watzlawick realizaron una investigación que consistía en el trabajo terapéutico con 15 familias con diagnóstico de esquizofrenia, entendiendo a la esquizofrenia como una peculiar modalidad comunicacional inseparable de las distintas modalidades de la comunicación que se observan en la familia, así la hipótesis que el grupo de Milán intentaba verificar es que en las familias diagnosticadas patológicas uno o más de sus miembros se rigen por un tipo de relaciones patológicas y por tanto las conductas-comunicación y conductas-respuestas, manteniendo ciertas reglas o normas y por lo tanto conforman relaciones patológicas. (Hoffman, 1998)

Premisas teóricas.

Estudiaron los escritos teóricos de Haley, así como de Watzawick, Jackson y Beavin. Acerca de que toda conducta es comunicación y que las familias se organizan según pautas de coaliciones. Después influyen en ellos las ideas de Gregory Bateson.

Su principal influencia fue el libro de ‘Pragmática de la Comunicación Humana’ publicado en 1967, su tesis era que si se conseguía modificar las pautas de interacción dentro de la familia la conducta problema cambiaría igual, consideraron a la familia un sistema autocorrectivo autogobernado por reglas que se construyeron a través del tiempo.

Descubren a partir de la observación de las familias ciertas características de una pareja que llaman en “transacción esquizofrénica”, en sus escritos sobre esta diada retomaron la idea de Haley sobre la familia esquizofrénica, en la cual la relación conyugal esta regulada en su interior por una simetría llevada a tal punto que la hace no declarable y por lo tanto encubierta, la pareja generalmente desarrolla una simetría abierta cuya modalidad dominante es el rechazo que cada uno opone a la definición que el otro da de la relación. Respecto a las familias, el grupo retoma la teoría de Bowen que plantea que son necesarias por lo menos tres generaciones para que se desarrolle un esquizofrénico, habiendo en las generaciones de estas familias normas rígidas y repetitivas, que conforman un juego familiar.

Para comprender este juego, el equipo de Milán se limitó a observar minuciosamente el efecto pragmático de jugadas (hostilidad, ternura, frialdad, depresión, debilidad, eficiencia, ineficiencia, angustia, confusión) y cuestionándose quién era el culpable de estas condiciones ¿Quién era el más poderoso (en el esfuerzo por definir la relación definida como indefinible)? ¿El esquizofrénico? ¿O quién lo ha convertido a él? Concluyendo que estas interrogantes no tienen respuesta, porque surge una escalada paradójica entre creencias de poder y de culpa, y otras modalidades comunicacionales que reconstruyen el juego familiar.

El equipo de Milán advirtió que este juego se puede construir en la terapia, si el terapeuta deseoso de cambiar al paciente, entra en simetría y el paciente responde con una jugada como esta ‘lastima yo quería cambiar, pero tu no me ayudas’. La familia esta lista para descalificar al terapeuta. No queda más que estar alerta de esta comunicación, para poder descubrir el juego y no involucrarse en el.

Conceptualización del síntoma o problema.

Así desde este modelo el síntoma, es la representación de un sistema gobernado por reglas y un ambiente comunicacional de doble vinculo y de normas rígidas.

Características de esta terapia.

El abordaje de Milán no es una terapia con foco principal en el síntoma o el problema, aunque toma en consideración esas comunicaciones. Se orienta al contexto de significado que encuadra los síntomas.

El propósito es descubrir una pauta de significado contextual que sirva para concurrir a que el sistema perturbado se reorganice a si mismo. (Keeney y Ross,1993)

El equipo descubrió que la alternativa para influir sobre los síntomas es cambiar las reglas. Lo anterior encuentra su correlato en la teoría general de los sistemas que explica que ‘Ps’ es aquel punto del sistema sobre el cual convergen el mayor número de sus funciones esenciales, cambiando este, se obtiene el máximo cambio con el mínimo gasto de energía.

El poder se encuentra en las reglas del juego establecidas en el tiempo y en el contexto de aquellos implicados.

Caracteriza a esta terapia, concebir sus intervenciones terapéuticas como aprendizaje por ensayo y error, consideran que los ensayos y los errores proveen de información que induce a realizar una revisión progresiva de las elecciones. Cuanto más no se tome en cuenta las informaciones provenientes de un error se considera que más persiste un mismo comportamiento.

En estos ensayos, el equipo encontró que el mayor obstáculo que enfrentan los terapeutas en el tratamiento terapéutico de familias con transacciones esquizofrénica es el condicionamiento lingüístico. Resulta un error creer que se puede inducir a las familias con transacciones esquizofrénica al cambio mediante una corrección de peculiaridades comunicacionales, haciéndoles notar, invitando a reformular sus mensajes de modo correcto, en suma, enseñar a la familia a comunicarse de manera funcional, no resulta útil. (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1994)

El papel del terapeuta.

La tarea del terapeuta, de corte milanes, es construir una hipótesis sobre el sistema familiar, que es modificada en respuesta a informaciones ulteriores que la familia produce; y a veces esa hipótesis es presentada a la familia a modo de intervenciones. La construcción de una hipótesis la inicia aun antes de ver a la familia, sobre la base de la información obtenida de la fuente de derivación o del contacto telefónico.

Generalmente los terapeutas en este tipo de familias esquizofrénicas tienen que eludir la disconfirmación. Ya que la maniobra familiar es la descalificación.

Técnicas.

Su principal técnica es la *connotación positiva* la cual es una técnica que coloca a los miembros de la familia en un mismo nivel evitando coaliciones o alianzas y que consiste en calificar positivamente tanto al sistema del paciente designado como al comportamiento

sintomático de los otros miembros diciendo que tal comportamiento tienen el deseo de mantener la unión y la cohesión del grupo familiar.

Las dos funciones terapéuticas de la connotación positiva es definir claramente la relación sin peligro de recibir una descalificación, y ser definido el contexto como terapéutico. Al mismo tiempo la misma relación terapéutica se consideraba entonces una relación paradójica, porque el terapeuta, agente de cambio “connota positivamente” y coloca en relación los comportamientos de todos los miembros de la familia, aliándose simultáneamente con la homeostasis “esta bien, si no cambiáis, esta bien si cambiáis”.

Selvini y cols (1994) identificaron el arsenal de maniobras familiares destinadas a mantener el status quo y diseñaron otras tácticas terapéuticas para contrarrestar dichas maniobras

Este modelo en la entrevista telefónica solicita la presencia de toda la familia en la primera sesión, así que la ausencia de algún integrante será interpretada como una resistencia compartida por toda la familia, un error terapéutico, sería tomar una actitud autoritaria de “no los aceptamos en sesión”. Así que la estrategia será convertir la ausencia en el tema de otras estrategias son escribir una carta promoviendo la terapia pero al mismo tiempo negando que esta pueda continuar o un mensaje del equipo explicando la homeostasis familiar; así como el uso de los *rituales familiares*, es decir, prescribir una serie de acciones combinadas generalmente con formulas o expresiones verbales en las que tienen que participar todos los miembros de la familia, incluye tareas ritualizadas, como la de días pares e impares que consiste en una forma de presentar conductas alternativas, basadas en una división de funciones diferentes, con el propósito de bloquear una secuencia de interacción y de mostrar la posibilidad de control voluntario, es decir, se prescriben, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares que coexisten habitualmente en el grupo familiar. Se utiliza en casos de duda cuando los modelos de educación interfieren seriamente y cuando los intentos de manejar al hijo son saboteados por el otro cónyuge. La prescripción de un ritual apunta a evitar el comentario verbal sobre las normas que perpetúan el juego en acción, es una prescripción ritualizada de un juego cuyas normas nuevas tácitamente sustituyen a las precedentes.

El equipo también diseñó una *estrategia para cambiar la etiqueta de “enfermo”* que lleva al paciente designado a uno o más hermanos(as) considerados sanos por la familia señalando que el presunto enfermo es el único que puede intuir en la familia, en medida el otro (o los otros) que se encuentran en peores condiciones que él y necesitan su ayuda. Esto evita la crítica o inculpar a los padres. La estrategia es declararse admirados por la sensibilidad e intuición del paciente designado, ha intuido el peligro en el que se encuentra su hermano con el propósito de ayudarlo se ha sacrificado dando curso a la enfermedad a la cual limita su evolución, de esta forma atrae hacia él toda la atención y preocupación de los padres incitando que el hermano aproveche para hacerse independiente.

Estas son algunas de las técnicas que el equipo de Milán dio a conocer en su libro ‘Paradoja y Contraparadoja. (Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1994).

En una segunda etapa, el equipo de Milán se cuestionó si podría la terapia producir un cambio sólo por medio del efecto que tenían la coordinación de las sesiones, sin necesidad de una intervención final, así que implementaron el Interrogatorio circular, técnica básica en la conducción de las sesiones. Este método práctico ejemplificó las nociones de circularidad y de cambio coevolutivo, se basaron teóricamente en el principio de ‘Doble descripción’ de Gregory Bateson que significa que para pasar de un nivel a otro se requiere de una descripción doble, o sea la visión de cada uno de los lados de la relación que debe ser yuxtapuesta para generar el sentido de la relación como un todo. La descripción doble no son principios estáticos son descripciones de relaciones, el lenguaje debe usarse en una forma coevolutiva con la cual surgir nuevos ordenes de diferencia, relación y contexto. El modelo coevolutivo incluye tanto el patrón de cambio discontinuo como el de cambio continuo como una puntuación que el observador hace de la reorganización de sistemas vivos. Las observaciones de Bateson lo llevaron a identificar a la interacción como la unidad de la evolución, más que a cualquiera de las partes de la relación.

La inclusión de los conceptos de cambio coevolutivo en el pensamiento del terapeuta familiar lo impulsan a reconocer la propiedad auto-reorganizativa del sistema, con la certeza que el sistema puede elegir nuevas formas más congruentes con su propio potencial.

El cambio, es el reflejo de los cambios de patrón entendidas como transformaciones continuas y discontinúas dependiendo del marco de referencia del observador.

Así, el papel del terapeuta en esta segunda etapa del equipo de Milán era conducir las sesiones, bajo estos nuevos fundamentos teóricos y el interrogatorio circular.

El interrogatorio circular, es una forma de preguntar a través de categorías, de forma general se analiza toda información verbal y analógica, se pregunta inicialmente sobre la definición del problema, diferencias en las relaciones, alineación de coaliciones en el presente; las acciones de la familia que están al servicio del mantenimiento del síntoma, a través de cuestionar secuencias, se indaga que hacen los miembros de la familia cuando el problema ocurre y se pregunta para clasificar jerarquías. También se incorporan preguntas de clasificación y comparación, un ejemplo de este tipo de preguntas son: de comparación ¿La relación íntima de tus padres es mejor o peor últimamente? de clasificación ¿Quién es más capaz de animar a tu papá cuando está deprimido? o combinando ambas ¿Quién estaba más contento con tu terapia anterior, quién, quién después? preguntas de acuerdo, estas proporcionan al terapeuta/equipo una oportunidad para jerarquizar coaliciones en términos de sus fuerza y prioridad; ¿Quién de esta familia está de acuerdo en que tu...?. El terapeuta susurrando, le puede pedir a un miembro de la familia que comente sobre la relación de otros dos, la comparación de subsistemas sirve para varios propósitos. Las comparaciones dentro y entre subsistemas trazan distinciones más finas acerca de las relaciones. Las preguntas generalmente deben empezar con un "si" Juan se llevara mejor con su madre ¿mejorarían él y tu?, estas preguntas son usadas como preparativos de intervenciones, además permiten examinar las consecuencias del cambio en la familia y por tanto poseen la intervención. Preguntas explicativas, estas iluminan relaciones anteriores, pasadas, dependiendo de la retroalimentación de la familia, el terapeuta iniciará un patrón con preguntas explicativas y trabajara hacia el presente o si se ha empezado en el presente, trabajara hacia el patrón, se redactan así ¿Cómo se explica que...?

Fundamentalmente en la línea de la discusión sobre curiosidad el interrogatorio circular se entiende como un método con el cual el clínico crea curiosidad dentro del sistema familiar

y del sistema terapéutico. El interrogatorio circular ofrece la posibilidad de socavar el sistema de creencias familiares que está asentado en “verdades” y en el uso continuo del verbo ser. Las preguntas circulares socavan el sistema de creencias de la familia usando el lenguaje de relación y no el de “que es” esto se puede hacer por medio de preguntas que comienzan con un “si” y preguntas orientadas al futuro ¿si tu madre dejara de preocuparse por ti, que haría tu padre? La intención es buscar patrones y no hechos así. El papel del terapeuta será escoger mientras interroga, registrar calladamente lo que se dice, y posponer la investigación de una diferencia específica entre el pasado y el presente hasta que se obtenga un panorama de la relación, o iniciarla en el momento mismo, por lo común, la respuesta de la familia a una pregunta guía al terapeuta hacia la próxima. Este papel de este tipo de terapeuta es interrogar, nunca afirmar, si hiciera afirmaciones no sería neutral porque definiría algo.

Este modelo aportó a la terapia, el trabajo de coterapia y las condiciones peculiares de un trabajo terapéutico: una habitación compuesta con sillas, espejo unidireccional, micrófono y una sala de observación.

Los Asociados de Milán (AM)

Breve historia del modelo.

Después de esta segunda etapa de la escuela de Milán, es en 1979 y 1980 cuando se fue produciendo una paulatina separación entre Palazzoli y Prata y Boscolo y Cecchin y fue a fines de 1980 cuando el grupo suspendió toda investigación en común.

Boscolo y Cecchin se alejaron de la perspectiva de investigación que había caracterizado todo aquel período para entrar en una dimensión de enseñanza y formación. En 1982 se anunció públicamente y formalmente la disolución del equipo de Milán.

Palazzoli y Prata se trasladaron a la nueva sede en Viale Vittorio Veneto asociándose con nuevos colaboradores y fundaron un nuevo centro de investigaciones con la denominación

de nuevo Centro para el Estudio de la Familia continuaron dedicándose a la investigación y Boscolo y Cecchin deciden llamarse “Asociados de Milán” (AM) concentrándose en la formación de terapeutas.

Las diferencias entre el grupo de Milán original y los Asociados de Milán se ven reflejada en los siguientes conceptos (Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn, 1989).

Conceptualización del síntoma/problema.

Para Milán, las familias participan en “juegos” familiares no reconocidos. En estos juegos, sus miembros se esfuerzan unilateralmente por lograr el control recíproco de las conductas. *Para los AM* la familia viene con un mapa rígido o una explicación fija de lo que sucede, si el terapeuta traza otro mapa rígido acerca de la familia, tendríamos otro mapa rígido basado en los conocimientos acerca de la familia. Estos entrarían en coalición, pues cada uno aseveraría “mi explicación es mejor que la suya”, evitan esto, y acepta a la familia como es.

Consulta versus el nombre terapia.

Para el *grupo de Milán* el encuentro terapéutico se expresaba en términos de “batallas secretas,” “coaliciones desmentidas”, “lances”, “contraataques”, “escaladas”, “maniobras”. Para *los AM*, la consulta es un espacio para deshacer todo aquello que, a lo largo de los años, han puesto en dificultades a la familia, a la forma habitual y tradicional de la educación y la enseñanza, una familia que ha desarrollado, con el tiempo premisas que ahora le causan problema, por medio de la neutralidad y la terapia sistémica, se crea un contexto de aprendizaje en el que las personas pueden empezar a encontrar nuevas reglas, nuevas premisas para su organización. Deducen que si se utiliza la palabra terapia se define a la familia como aquejada por un problema, implícitamente se está aceptando una patología, y si introducen el término consulta se liberan de todo eso.

Lenguaje.

Para el *grupo de Milán*, su lenguaje se veía influenciado por la teoría de los juegos y la teoría de las coaliciones (proyecto de Bateson que se llevó a cabo durante la guerra fría).

Los AM hablan de la capacidad de autocuración de la familia. Esta idea proviene de Maturana, quien afirma que la respuesta a cualquier perturbación planteada a un sistema vivo, estará determinada por la estructura intrínseca de este. Por consiguiente el terapeuta ya no puede buscar intervenciones específicas que produzcan resultados igualmente específicos, más bien debe tratar de lograr un acoplamiento estructural con el sistema, o sea llegar a un punto en que la interacción entre él y la familia se calibre de continuo y, esa calibración esté al servicio de la capacidad que tienen el sistema de organizarse a si mismo.

La entrevista.

Para el *grupo de Milán* la entrevista era libre, no seguían una orientación en particular, utilizaban la sesión para llegar a una hipótesis que describiera el problema como un producto de un desarrollo lógico acaecido dentro del contexto de la familia entrevistada.

La circularidad

Para el *grupo de Milán*, se relacionaba con el interrogatorio circular, *la circularidad*: se entiende como la habilidad del terapeuta para dirigir una investigación sobre las bases de la retroalimentación de la familia, en respuesta a las informaciones, que él mismo exige acerca de las relaciones y por ende, de las diferencias y cambios, lo que llaman circularidad es la convicción de poder obtener de la familia y por consiguiente dar a la familia informaciones auténticas considerando que la información es una diferencia, la diferencia es una relación(o un cambio en la relación familiar que se provoca con un torbellino circular de realimentación que esclarece las relaciones triádicas). Las relaciones deben indagarse en función de una perspectiva circular completa se obtiene cuando un ciclo completo de preguntas o un patrón de interacciones quedan claro. (Selvini y cols,1980)

La hipotetización

Para el grupo de Milán, la hipótesis debía explicar todos los elementos contenidos en una situación problema y el modo en que se vinculan entre si. Debía demostrarse su utilidad, en el sentido que conducirá a nueva información que hiciera avanzar a la familia. Se vinculaba a las generaciones anteriores y a la conformación del mito familiar

Para el grupo de Milán una hipótesis útil es aquella que refleja de modo más exacto el juego de una familia dada. La hipótesis verificada en otras situaciones adquiere una dimensión más general que permite confiar en una futura categorización (Palazzoli, y cols,1980).

Cecchin señaló que toda *curiosidad* impulsa a continuar buscando descripciones y explicaciones diferentes aún cuando no podamos imaginar de inmediato la posibilidad de que existan otras, en este sentido la hipotetización estaba conectada con la curiosidad. Es decir, la curiosidad es una postura, mientras la hipotetización es lo que se hace para tratar de mantener esa postura.

La neutralidad

Para el *grupo de Milán*, la neutralidad expresa la idea de evitar activamente la aceptación de cualquier posición dada. Para el terapeuta se entiende el efecto pragmático concreto que la totalidad de sus conductas durante la coordinación de la sesión, ejercen en la familia (y no su actitud intrapsíquica), refiere el equipo de Milán que el terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida en que se bloquee y mantenga un nivel diferente (meta nivel) del de la familia.

Para *los AM*, es imposible permanecer neutral respecto al lenguaje. Todo comportamiento incluyendo el lenguaje, tiene una carga política. Cualquier acción particular ayuda a organizar y restringir los posibles patrones de la interacción total. El comportamiento de uno está siempre en relación con el comportamiento de otros “actuamos en relación”. La neutralidad fue empleada para ayudar a orientar al terapeuta hacia una epistemología, Cecchin propuso describir la neutralidad como la creación de un estado de curiosidad en la mente de un terapeuta, apoyada por diferentes puntos de vista. Asimismo reconoció que las descripciones lineales pueden ser útiles en una situación apropiada, el criterio que generalmente se aplica en estas situaciones es de la utilidad, a nivel pragmático interesa más la utilidad de la explicación acerca de su comportamiento que su valor como verdad. El problema es que se han empeñado en hacer la distinción entre utilidad y verdad, el riesgo de aceptar todo como explicaciones lineales es terminar los diálogos y las conversaciones, y

colocar las cosas en un marco de la causalidad, el riesgo es que cuando suponemos que ya tenemos una explicación, a menudo dejamos de buscar otras descripciones, una explicación cuando se considera veraz o falsa, nos resulta fácil creer que ciertas conexiones causales son más correctas que otras. La perspectiva alternativa es aquella que celebra la complejidad de la interacción e invita a una orientación polifónica respecto de la descripción y explicación de la interacción.

Para los AM, la neutralidad es una ideología, es la capacidad de ver todo de una manera sistémica. conciben que un terapeuta es neutral cuando queda exento de los rótulos de “bueno” y “malo” que les pone n las familias, al convertir los rótulos en proceso se ha llegado a la neutralidad, en este sentido ,la neutralidad actúa como opuesto a la moralidad, también es definida como la capacidad del terapeuta de aprehender la totalidad de manera sistémica, colocando a todos en un mismo nivel, por ejemplo; primero hablar de la separación de las hijas respecto a la familia, luego preguntar a la madre si ella también piensa separarse, después hablar de la separación con las hijas, no creerse la idea de que solo el matrimonio requiere una separación.

La neutralidad es el resultado, en el tiempo, de la interacción entre el terapeuta y la familia, si a la familia le es imposible definir su posición respecto a lo que ellos deberían hacer entonces el terapeuta habrá logrado la neutralidad. Reafirman que la neutralidad ocupa un lugar más alto que las connotaciones positivas o negativas, pues la pura connotación puede generar en los demás un efecto molesto porque puede trastocar el sentido de la justicia, la neutralidad consiste en elevarse por encima de la tendencia de una familia a distribuir “cualidades” maldad, bondad, corrección, incorrección” esta actitud libera a las personas de sus posiciones fijas. Es apartarse de la terapia educacional.

La neutralidad es su epistemología, es una experiencia de aprendizaje para el terapeuta con el tiempo, deberíamos de aprende a observar a observar el sistema y apreciarlo en lo que es. No esperar que el sistema sea diferente, sentir curiosidad por el dilema de la familia. Preguntarse ¿cómo es que se ha organizado esta familia de este modo?.

Interrogatorio circular.

Los AM hacen algunas variantes al interrogatorio circular, “noticia acerca de una diferencia de la relación”, respeta la neutralidad del terapeuta hacia la familia. Este tipo de interrogatorio se convierte en un intento de esclarecer pautas de coalición existentes en el sistema. Es importante señalar que las preguntas solo inquieren a la familia por alineamiento estructural, comparaciones y clasificaciones, y de ninguna manera son declarativas en sí.

Los AM utilizan el interrogatorio en sus procedimientos formativos, con participación de los dos equipos (de terapia y observación), demuestran que esta teoría puede reproducirse con éxito en contextos diferentes, obtienen información clasificándola bajo el título de “quien esta con quien”, distinguiendo que la conducta analógica tiene más importancia que la verbal.

El grupo de AM, se preguntan ¿Cuál es el matrimonio más importante dentro de una familia?, entendido matrimonio como la relación primaria, la más conectada, quizá desmentida, quizá incestuosa, la que parece ocupar la posición más central a ojos de los demás, son importante para los AM pues abren lazos dentro de una familia. Las preguntas referidas al futuro producen un impacto enorme sobre las conductas no verbales, hacen que la familia establezca nexos y encuentre soluciones, además de provocar un impacto psicológico, preguntas de castigos que incluyen el futuro “¿comprendemos que usted esta enojado con sus padres y los castiga, su conducta es un castigo que todos comprenden ¿Durante cuánto tiempo cree que sus padres merecen recibir este castigo?, ¿Por cuánto tiempo cree que necesitará seguir así? Preguntas referidas a una separación. Son las más aterradoras ¿Cuándo dejara el hogar, sus hijos? ¿Quién será el primero en irse? Preguntas existenciales. “¿si usted no hubiera nacido ¿las cosas marcharían mejor o peor?, supone que te mueras ¿cuanto crees que tarden tus padres, hermanos en olvidarte? preguntas referidas a la relación entre la familia y el terapeuta.” Si de aquí a un año no se ha producido un cambio, coincidiré con la opinión de mis colegas y me volveré tan pesimista como ellos.

Reafirman que este método abre la posibilidad de una mejor comunicación, y consideran que una de las ventajas del Interrogatorio circular es que reduce el empleo de la jerga profesional.

Giafranco Cecchin falleció en el año 2005, dejando como invaluable herencia sus conceptos de curiosidad e irreverencia. Boscolo continua escribiendo y dando formación a terapeutas.

Enfoques Derivados Del Posmodernismo

Nnarrativa

Breve historia del modelo.

Las nuevas aportaciones de la Terapia Breve Centrada en las Soluciones en EE.UU. y en Europa, la propuesta de Boscolo y Cecchin sobre la irreverencia, la nueva postura de curiosidad, las aportaciones de Construcción social y el desarrollo de los pioneros de la terapia familiar como Lynn Hoffman, influyen en la creación de lo que conocemos como los enfoques derivados del posmodernismo.

La construcción social, es sin duda uno de los paradigmas que revolucionaron varios campos de acción, entre ellos la psicoterapia, sus ideas de que no es posible una representación verdadera y objetiva del mundo, aunado al lugar privilegiado que tomo el lenguaje como elemento de análisis para posibilitar la construcción de nuestras realidades, los modelos sistémicos, como el modelo estructural, la terapia breve enfocada a los problemas y a las soluciones, el modelo estratégico y la escuela de Milán son ahora llamados modelos constructivistas dan la apertura a los hoy llamados enfoques posmodernos, en los cuales encontramos la narrativa, el enfoque colaborativo y el equipo reflexivo.

Estos enfoques tienen su base en el post-estructuralismo cuyas figuras relevantes son Jacques Derrida y Michel Foucault. Este movimiento surge del estructuralismo el cual

concibe al individuo formado por una serie de estructuras profundas permanentes, como la naturaleza humana, las interacciones sistemas o el contenido de los mitos, el post-estructuralismo ve la realidad no sobre la base de instituciones fijas y estables sino siempre cambiantes ya que existen diferentes formas de interpretar el mundo social, así el conocimiento y la verdad son ideas que pueden cambiar radicalmente, pues todo significado es una construcción social, esta visión permite analizar la forma en que las vidas se constituyen a través de los conocimientos y las practicas de la cultura, de la forma en que los conocimientos y las practicas de la cultura informan acerca de los modos de vida y pensamiento.

Michel White, el principal exponente del modelo narrativo basa su técnica en una separación lingüística, que distingue el problema de la identidad personal del paciente, abriendo un espacio conceptual para que los pacientes tomen la iniciativa a fin de huir de la influencia que el problema ejerce en sus vidas. Este modelo ha dado respuesta a una serie de problemas tales como: depresión, violencia abuso sexual, intentos de suicidio, duelos y en niños problemas emocionales y conductuales, entre otros.

Premisas teóricas.

Este modelo supone que, hay que dar sentido a las experiencias vividas, pues las personas organizan sus vivencias dentro de una versión dominante sobre si mismas y sus relaciones. Estas versiones dominantes crean una “lente perceptiva” que influye en la significación que las personas atribuyen a los acontecimientos posteriores de su vida. Estas imágenes pueden ser capacitadoras y creadoras o inhabilitantes y opresivas.

Las principales fuentes de inspiración que tuvo White para desarrollar su modelo fueron: los trabajos de Gregory Bateson, Antropólogo y filósofo inglés norteamericano que aplicó la cibernética de las ciencias sociales y elaboró una nueva visión de la mente. Bateson señaló la importancia que tiene la epistemología de “cómo sabemos lo que sabemos”, la importancia de las “diferencias básicas que hacen una diferencia” en los seres vivos y las “pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas”.

Otra fuente de inspiración para White fue Michel Foucault historiador y filósofo francés que desarrolló un análisis de la aparición de la medicina moderna en la cultura occidental. Foucault descubrió cómo, los sistemas de conocimiento como la medicina podían llegar a ser extremadamente opresivos al transformar a las personas en “sujetos” deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada. Foucault escribió acerca de la objetivación y la subyugación de las personas, él se interesó en el cómo “ayudar” a las personas para tomar la posición sobre las ideas de la cultura dominante.

La idea de Bruner sobre el panóptico, fue retomada como muestra del control social, el panóptico, era una torre diseñada en una prisión en donde los internos no podían saber si estaban siendo vigilados, mientras que la vista del panóptico, si permitía la vigilancia en diferentes ángulos, esta forma de control social, es una analogía a las construcciones que elaboran las personas y las mantiene vigiladas, por ejemplo, la culpa. (White, Epstein, 1993)

Otra influencia importante fue Humberto Maturana, biólogo y neurofilósofo chileno que propuso una Teoría General de la Cognición. Maturana ofrece una explicación de que la mente se construye a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje “la mente no está en el cerebro” sino surge de la interacción lingüística que se establece entre los seres humanos. Maturana (2000, en Riane 2002)

Un aspecto de vital relevancia, es que, la realidad y las personas se estructuran en el lenguaje, la manera en las personas le dan sentido a sus experiencias, es decir en la manera en que pueden significarla, es dentro de estas formas discursivas. Por lo tanto, el modo como los seres humanos comprendemos la realidad y a nosotros mismos, es a través del estar insertos en comunidades socio-históricas que se estructuran en el lenguaje y que le dan sentido a sus experiencias a través de las actividades narrativas que ocurren en su interior. Estas narraciones se constituyen como un medio para la estructuración de dominios de significados sociales e individuales a través del diálogo y las interacciones (Lecanneli 2001).

La analogía del texto, es la reformulación más conocida del pensamiento social, la cual permite mirar que hay relatos alternativos, la ventaja de esta analogía es que el significado se prolonga a través del tiempo, los relatos determinan interacciones y organizaciones, permitiendo mirar el contexto sociopolítico de las vidas y las relaciones.

La aportación del construccionismo social, es entender que las formas en que nosotros narramos nuestras situaciones o nuestro mundo, nada nos dice del mundo real, sino que depende de los acuerdos sociales que se tienen, mismos que son mantenidos constantemente con quienes nos relacionamos, es decir, para que la realidad que yo narro, pueda ser tomada como creíble, se necesitan actores sociales que aprueben la misma como válida. Todo esto nos pone en conocimiento, que la forma en que contamos nuestros relatos, están pautadas por una cierta lógica. Necesitamos entrar con los demás y que las otras personas nos tomen en serio a partir de nuestra narración.

Lo importante de la narrativa como puente para el significado es que vivimos en un proceso tan inmerso en la propia construcción cultural, que la narración es algo que hacemos como si fuera parte de nuestra vida, y por ende, no poseemos otra manera de significar la experiencia.

Los problemas surgen cuando la versión dominante incluye restricciones que le impiden a la persona incorporar nueva información que podría proporcionar soluciones útiles.

White (1997) señala dos tipos de restricciones:

a) El sistema de creencias en el que se basa la versión dominante de los miembros de una familia crea restricciones que han contribuido al desarrollo y la conservación de los problemas, por ejemplo; ideas normativas de como deben ser las personas y las relaciones, algunas veces estas pueden vivirse como opresivas, puesto que inevitablemente las personas fracasan en el intento de ajustarse a esos modelos.

b) La gente también sufre por las restricciones surgidas de círculos viciosos. Los círculos viciosos incluyen aquellos modelos habituales de interacción que mantienen la conducta problemáticas. Generalmente los miembros de la familia no cobran conciencia de que sus interacciones están regidas por un patrón y se ven a si mismas como personas que no tienen la posibilidad de elección.

La historia suministra el marco primario a la interpretación, a la actividad de dar sentido a la significación y que es por obra de los relatos (las personas juzgan sus propias vidas y las vidas de los demás al encontrar sentido a su experiencia), también determinan en gran medida que aspectos de la experiencia de las personas eligen expresar.

Cabe mencionar que la metáfora narrativa propone que las personas vivan sus vidas de conformidad con historias, que esas historias son modeladoras de la vida y que tienen efectos reales no imaginados de modo que dichas historias procuran la estructura de la vida.

Las historias culturalmente accesibles y apropiadas sobre la personalidad y sobre las relaciones se han elaborado históricamente y construyendo en el seno de comunidades de personas y dentro de un contexto de estructuras e instituciones sociales. Inevitablemente hay una dimensión canónica referida por las personas, tales historias incluyen conceptos culturales dominantes, por ejemplo conceptos elaborados que especifican un particular estilo de personalidad y de relación. Las historias saturadas de problemas anidan en supuestos sociales, culturales, económicos y de género sobre los roles y las conductas (Durrant, y White 1990).

Por esto es importante indagar estos factores y ser conscientes de cómo afectan a los diferentes miembros de la familia, reconocer como el racismo y el sexismo , incluir relatos sobre aspectos del problema que tienen sus raíces en injusticias sociales, como el desempleo, los problemas de vivienda o la discriminación con las madres solteras, etc.

No obstante, a que tales historias contribuyen a asegurar cierta determinación en la vida, rara vez abarcan todas las contingencias que aparecen en la “vida como se vive” de una

manera total, de manera que hay que considerar que estamos en un proceso de indeterminación dentro de la determinación.

En cuanto a la creación de historias, Bruner plantea que las historias están compuestas de panoramas duales: un panorama de acción y un panorama de conciencia. El panorama de acción esta constituido por hechos eslabonados en secuencias particulares de la dimensión temporal (pasado, presente, futuro) y de conformidad con las tramas específicas (White y Epston, 1993).

El panorama de conciencia lo constituyen las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración al reflexionar en los sucesos y tramas a medida que estos se desenvuelven en el panorama de acción. Percepciones, nociones, especulaciones y conclusiones algunas de ellas se refieren a:

- a) La determinación de los deseos y preferencias de los personajes
- b) La identificación de sus características y cualidades personales
- c) La clarificación de sus estados intencionales, por ejemplo, sus motivos y sus finalidades y
- d) La verificación de las creencias de esos personajes.

El panorama de acción se refiere a las secuencias a través del tiempo, presente pasado y futuro.

Estos dos panoramas se unen y determinan trayectorias particulares de vida.

Conceptualización del síntoma o problema.

Las historias personales y relacionales se presentan de múltiples formas: unas son trágicas, cómicas o románticas; otras, triviales o repetitivas. Algunas estimulan; acusan o degradan. Una historia que describa a la persona negativamente tiende a configurar de forma desfavorable los pensamientos y la conducta. Cuando más se atiende a los defectos o a la disfunción más intratable se vuelve la parte negativa, la historia saturada del problema limita la perspectiva, elimina los hilos de esperanza y el significado positivo. El desenlace

de la historia suele ser complejo y generalmente evoluciona junto con relatos paralelos de los otros miembros de la familia.

Este modelo supone que, la construcción de la realidad es la que acarrea el sufrimiento o malestar que la familia consulta. Las personas usan los relatos para organizar, predecir y comprender la complejidad de las experiencias de la vida, y los problemas se configuran en gran medida por los significados que se atribuyen a los acontecimientos.

Características de la terapia.

La terapia narrativa presta atención a la construcción, que la familia hace del problema, su objetivo es construir una realidad diferente, basada en un diálogo conjunto paciente/terapeuta, juntos podrán descubrir potencialidades aun no aprovechadas. Su trabajo es fundamentalmente con lo verbal, debido a que consideran que el lenguaje es la herramienta más importante para la construcción del mundo y de nosotros mismos.

El término "narrativa" implica escuchar y contar o volver a contar historias sobre las personas y los problemas de su vida. El lenguaje puede dar a los hechos la forma de relatos de esperanza. (Freedman, Epston, Lovotis, 2001)

El papel del terapeuta narrativo.

El terapeuta narrativo, deberá emplear en sus sesiones la constante practica lingüística de la externalización, que separa a las personas de los problemas, este tipo de conversación mitiga la presión de la culpa y el recelo. El problema es el problema, la persona no es el problema. Esta práctica lingüística es una forma divertida de motivar a los niños a enfrentar sus dificultades y reducirlas. Ante la alternativa del diagnóstico y tratamiento de la patología la conversación exteriorizada se centra en ampliar las posibilidades en la relación entre las personas y los problemas. A diferencia de la costumbre cultural y profesional habitual de identificar a la persona con el problema (depresivo, neurótico, hiperactivo, déficit de atención, enuresis, encopresis, fóbico, etc.) es decir, al problema con algo interno de la persona, y no lo hace con la convicción de que el problema este objetivamente

separado, sino como una contrapartida lingüística que permite disponer de construcciones más liberadoras.

En la familia, el efecto de la culpa y la vergüenza ante algún problema suele ser el silencio y la inmovilidad. Además cuando las personas piensan en un problema como parte integral de su carácter o de la naturaleza de sus relaciones, les es difícil cambiar porque parece que el problema es inmóvil. Cuando se ha dejado de decir, que el problema es inherente, los adultos y los niños pueden establecer una relación con el problema exteriorizado. Esta práctica permite que la persona o un grupo de personas se sitúen en una posición más efectiva y crítica, cara a cara con el problema. Una vez que esto se ha dado, los integrantes de la familia pueden considerar los efectos de este ha tenido en sus vidas en sus vidas y aportar propios recursos.

El papel del terapeuta consiste en promover un proceso continuo de co-elaboración de una nueva realidad que se va realizando en la posterior disección terapéutica del problemas separándolo de la percepción que el paciente tiene de si mismo como persona. En suma, se realiza una separación sistemática de los atributos, las ideas, los supuestos, las creencias, los hábitos, las actitudes y los estilos de vida problemáticos y se los distingue de la identificación dominante del paciente. Otro aspecto importante del método es que el problema “sale” de la persona pero no se proyecta en ninguna otra. De modo que la protesta y la rebelión liberadoras no se manifiestan contra otras personas, por tanto disminuye la actividad defensiva. (White, 1995)

Técnicas.

La técnica principal, por llamarla de algún modo, es un viaje conversacional, que separa los problemas de las identidades de las personas, hacer emerger las diferentes características y efectos de la relación entre la persona y el problema . a esta técnica se le llama “externalización del problema”. Las metáforas son nombres que se les da al problema y a la relación de la familia con él. Las metáforas las escogen o las elabora la familia, generalmente se pregunta a la familia o a la persona que consulta lo siguiente, si tuviéramos que dar un nombre a ese problema del que estamos hablando, ¿como le podríamos llamar?

Si es difícil contestar esto, el terapeuta puede decir ¿quieren oír algunas formas de describir el problema que otros chicos y familias han empleado o prefieren seguir pensando?

Para evitar imponer nuestras preferencias al respecto de las metáforas se puede decir ¿te va bien esta forma de hablar del asunto? ¿Hay alguna descripción más adecuada a la que podríamos recurrir?

Algunos problemas se pueden describir metafóricamente como algo que ocupa un espacio entre las personas, se puede exteriorizar una relación, así el problema "peleas" se puede discutir, sin embargo es importante no limitarse a encontrar una exteriorización que resuma el problema. Muchas veces la familia se enfrenta con múltiples problemas. Es mejor ser flexibles y estar preparados para exteriorizar las diversas situaciones problemáticas que surgen en el curso de la conversación, por ejemplo es útil analizar los círculos viciosos y buscar apoyar círculos más virtuosos. Actualmente la terapia narrativa revisa nuevas metáforas, las metáforas iniciales solían ser "luchar contra", "hechar" "vencer" o "derrotar" un problema, y actualmente se sugiere una metáfora que describa una relación en curso en vez de describir el esfuerzo por vencerlo o apartarla ¿el problema les "ata", les tiene "encerrados", les "engaña" o les "limita" etc.? Describir el problema debe ser un proceso de colaboración, una parte de diversión que proporcione un juego de palabras y símbolos. Un criterio útil, es que la relación metafórica concuerde con el grado de opresión del problema.

Algunos problemas particularmente opresivos como la anorexia exigen un enfoque combativo, en el que el problema sea catalogado y convertido en enemigo. De otros problemas uno se puede hacerse amigo, los puede domar o emplearlos de forma divertida, por ejemplo decidir "darle la espalda al problema", "engañarlo", "domarlo", "derrocarlo", "aplarlo", "desencadenar una revolución contra él", "mandarlo a la cárcel", "tenderle una trampa", "mandarlo al espacio exterior" etc. Las ideas de ciclo vital también pueden ser otra fuente de recursos se puede considerar el "concluir una fase e iniciar otra", "asumir este paso". (Freedman y cols, 2001).

Una vez que se ha exteriorizado o externalizado el problema el terapeuta incita a los pacientes a advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado esto a través de preguntas reflexivas que alientan a la autocuración, lo rescatable aquí es que estas preguntas deben instalar la idea de que el paciente puede decidir, es decir, ser agente activo del curso de su propia vida.

Las preguntas deben ajustarse a las experiencias del paciente este, las internaliza como parte de su identidad en evolución. Consecuentemente, el cliente puede alcanzar una mayor sensación de su posición como agente y la conversación terapéutica puede llegar a ser un proceso capacitador para él.

El siguiente paso es que las personas se den cuenta de los efectos que les han producido en su vida los problemas que los aquejan: Efectos a nivel emocional, en sus relaciones familiares, en la esfera social y en la esfera laboral. Incluyendo la manera en que se ve afectada la concepción que las personas tienen de si mismas y de sus relaciones, señalar la influencia que estas concepciones o percepciones tienen en sus vidas, señalar la influencia en sus interacciones con los demás, seguir una investigación de ¿Cómo las personas abrazaron tales concepciones? Después se invita a los clientes a describir como ellos le dan vida y nutren el problema.

Cuando las personas han experimentado una separación de su historia dominante, quedan en libertad de explorar otras ideas preferidas sobre lo que ellas mismas pueden ser, otros conceptos se incorporan en su vida pero ¿cómo se generan estos conceptos alternativos y como cobran nueva vida? es a través de reconocer sus triunfos sobre el problema. Esto es considerado un logro aislado, definido como aquella experiencia que contradice ese conocimiento de la versión dominante, para que un hecho llegue a ser un logro aislado debe ser calificado como tal para las personas y es importante que las personas evalúen estos sucesos, si las personas los juzgan representativos después, se les alienta a que expliquen por que creen que ello es así, para facilitar este proceso el terapeuta puede seguir el proceso de recreación que incluye una variedad de preguntas relativas a ambos panoramas. Las preguntas de panorama de acción hacen que las personas sitúen logros aislados en

secuencias de sucesos que se desarrollen en el tiempo, las preguntas relativas al panorama de conciencia hacen que las personas reflexionen y determinen la significación de los hechos que ocurren en el panorama de acción.

En esta conversación interesan las virtudes, las habilidades especiales las aspiraciones de las personas, de los niños de la familia, debe ser una historia que refleje la riqueza de sus vidas como la forma que prefieren que se les conozca, debe desarrollar una visión alternativa, que contraste con la imagen problemática del adulto, del niño y o de la familia. (White, 1999).

Cabe mencionar, que este proceso de deconstrucción también debe incluir la deconstrucción de las estructuras sociales, las prácticas culturales y el lenguaje del yo y su relación.

Este tipo de preguntas da nacimiento a otros posibles panoramas de acción, obran como puente entre hechos y del pasado, también alientan a identificar la historia de los logros dentro de secuencias particulares de sucesos que se desenvuelven en el tiempo.

Ejemplo:

¿Cómo se resolvió usted a dar este paso?

¿Qué preparativos lo condujeron a hacerlo?

¿Qué sucesos ocurrieron en otros sectores de su vida que pudieran tener relación con esto?

Como se señaló anteriormente el panorama de acción, suministra una perspectiva de los hechos que se desarrollan en el tiempo, hechos eslabonados en secuencias particulares a través del tiempo (pasado, presente y futuro) en tramas específicas y que el panorama de conciencia esta constituido principalmente por las interpretaciones en la conciencia de los personajes, comprendiendo la significación dada por los personajes al reflexionar en los sucesos y tramas que se desenvuelven en el panorama de acción.

Cuando las personas responden a las preguntas referentes a panoramas de acción y de conciencia, van reviviendo experiencias y es como si sus vidas fueran contadas de nuevas.

Se generan o vuelven a cobrar vida conceptos alternativos favorecedores de uno mismo y de las relaciones. Se abre el camino para concebir otros modos de vida y de pensamiento.

Preguntas que exploran el panorama de conciencia

Apreciando lo que ocurrió ¿A qué conclusiones puedes llegar sobre lo que se propone hacer en su vida?

Entiendo que estás al tanto de los antecedentes de este cambio producido en la vida de X ¿Hasta que punto afecta eso la imagen que tiene de ella, como persona?

Mastache (2000) habla de la utilidad que puede tener el hacer preguntas que las personas no acostumbran, lo que remite al terapeuta a un cuestionamiento de orden más general, aunque tiene que ver con los procesos internos al individuo, las personas están en terapia participando tanto de un diálogo externo, como interno. El encuentro terapéutico pensado como ciclo de conversación adquiere cierto ritmo según las pautas y silencios entre el “hablar/actuar” y el “escuchar/sentir”, dicho ritmo permite y facilita acceder a la conversación interna.

No sólo se co-construye a través de la palabra, White y Epston (1993) han utilizado los recursos escritos. Las cartas son un medio para un fin y pueden utilizarse para diversos propósitos, estas pueden ayudar a la gente a desafiar las verdades dominantes sobre las personas y las relaciones, su efecto es fortalecer y hacer permanente las ideas, además de animar a las personas a generar significados sobre aspectos de ellos mismos. Algunas se utilizan cuando es importante incluir en la terapia a personas reacias a participar, otras son las cartas de predicción, en ellas se predice el futuro de una persona, relación o familia, en un período de 6 meses, o lo estipula el terapeuta, mismas que son dobladas y cerradas escribiendo privado y confidencial; no debe abrirse hasta en seis meses, la predicción propone un seguimiento, dado que se sospecha que la inquietud, hace que las personas lean la carta antes, la predicción funciona como una profecía autocumplidora.

Terapia Colaborativa

Breve historia del modelo.

Harlene Anderson Directora del Houston Galveston Institute, y editora responsable del Journal of Strategic and Systemic Therapies y de Human System: the Journal of Systemic Consultation and Management. Es la creadora de este modelo, llamada por Hoffman, La terapia imperceptible (Hoffman, 1992).

Este modelo, surge de las siguientes interrogantes ¿Qué alienta y que desalienta las conversaciones sobre posibilidades?¿Qué es el lenguaje y cuál es su relación con la conversación?. Estas dudas contribuyeron a la conformación de este enfoque conocido como Enfoque Colaborativo de Sistemas de Lenguaje.

Premisas teóricas.

Ubicada como terapia posmoderna, refiere a un grupo de conceptos que críticamente desafían lo universal o la meta-narrativa basada en el conocimiento individual, y un mundo objetivo, como representante de verdad y realidad. El pensamiento posmoderno se constituye del conjunto de las teorías del construccionismo social, la hermenéutica y de la narrativa.

Las premisas y filosofías son:

Que los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido, y que actúan más bien las formas de acción social que procesos mentales individuales independientes cuando se construye la realidad.

Definen a la mente individual ,como un compuesto social, así la realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros y a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.

El lenguaje es generador, da orden y sentido a nuestra vida y a nuestro mundo, y opera como una forma de participación social. También el conocimiento es relacional; esta inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

Anderson (1997) dice que “la conversación es uno de los aspectos más importantes de la vida, pues mantenemos una conversación constante con los otros y con nosotros mismos. A través de la conversación formamos y reformamos nuestras experiencias vitales; creamos y recreamos nuestra manera de dar sentido y entender; construimos y reconstruimos nuestras realidades y a nosotros mismos. Algunas conversaciones aumentan las posibilidades, otras las disminuyen. Cuando las posibilidades aumentan, tenemos una sensación de acción creadora, una sensación de que podemos encarar lo que nos preocupa o perturba, nuestros dilemas, problemas, dolores y frustraciones, y lograr lo que queremos, nuestras ambiciones, esperanzas, intenciones y acciones” (21).

Anderson (1997) señala que no hay una distinción entre hablar del problema y hablar de soluciones porque no cree que una categoría de conversación sea útil y la otra inútil, ella prefiere hablar de dilemas o situación vital mas que de un problema y no cree que los problemas se resuelvan sino se disuelven, dice esto considerando que el terapeuta no resuelve un problema, ni arregla nada. La exploración del problema en el curso de la terapia lleva a su disolución, no a la solución. Un problema y el significado que se atribuye son realidades creadas socialmente y sostenidas por conductas mutuamente coordinadas por el lenguaje.

Conceptualización del síntoma o problema.

Anderson considera que los problemas viven y respiran en el lenguaje, el sistema del problema es un sistema de acción social, organizado por el lenguaje sobre los temas vitales que la gente define como problemas. Un sistema de problemas es simplemente una clase de sistema relacional. Cada persona representa una compleja red de relaciones.

Esta postura considera que los sistemas diagnósticos dan un sentido de legitimidad, confianza y predecibilidad tanto del profesional como de las personas, se puede decir, que sirven a una finalidad socialmente construida.

La perspectiva posmoderna trabaja con un individuo o con un grupo de individuos que se llaman familia, se trabaja con descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes socialmente construidas.

Características de la terapia.

La terapia es ‘Es un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y una conversación colaborativas, una búsqueda conjunta de posibilidades’(Anderson,1997 pág.28). También se define como una conversación orientada a crear un medio que facilite un proceso de co-generación y co-construcción de sentido, que culmine en una nueva narrativa y por lo tanto en una acción productora. A través del dialogo surgen nuevas posibilidades.

‘El sistema de terapia es definido internamente por quienes participan en el. Lo que decide si una persona se involucra o no en la terapia es su designación como miembro de un sistema relacional que se ha constituido en torno al problema’(Anderson,1997.Pág.155).

El papel del terapeuta colaborativo.

Es tener un genuino interés y atención para establecer una oportunidad para el dialogo y a través de este crear las oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para cada cliente y su situación en cuya invención o perfeccionamiento el cliente participe.

En vez de hablar de la posición del terapeuta, se dice que el terapeuta tiene una postura filosófica, porque representa y alienta una manera de observar y sentir el mundo desde la vida profesional y personal.

Lo que un terapeuta colaborativo hace es que:

- > El cliente cuente su propia historia con el objetivo de resolver el dilema planteado por la narrativa del cliente y de esa manera cambiar la narrativa. El terapeuta o consultante puede modificar, reordenar, y dar forma a la historia del cliente, haciéndola más aprovechable desde el punto de vista del terapeuta.
- > El terapeuta o consultante puede construir el lenguaje de la narrativa para reforzar soluciones existentes o lograr que surjan nuevas soluciones, es decir, facilitar y participar en su narración y re-narración, y donde las personas tengan un sentimiento de pertenencia. El objetivo no es la síntesis o el consenso, sino la multiplicidad de versiones, facilitar el dialogo a través de crear nuevas narrativas, significados, conductas y emociones.
- > El terapeuta o consultante estimula el dialogo interno (conversaciones silenciosas con uno mismo o con otro imaginado) y el externo (conversaciones en voz alta con otros)
- > El terapeuta o consultante debe ser capaz de crear y mantener un espacio dialógico donde el otro tenga la libertad de explorar en un amplio campo de posibilidades Un terapeuta o consultante aprende, entiende y conversa en el lenguaje de los clientes, ofreciendo preguntas, opiniones, especulaciones o sugerencias de una manera que lleva a una postura abierta y muestras que él o ella valoran lo que un cliente juzga importante.
- > Un terapeuta o consultante abre maneras diferentes de hablar de lo familiar y crear nuevas posibilidades.
- > Un terapeuta o consultante escucha pensativamente, activamente y sensiblemente Shotter (1995,citado en Anderson,1997).

Técnicas.

Desde este enfoque no se habla de cambio, porque para ellos este concepto tiene un significado lineal e individualista, se prefiere hablar de transformación que sugiere más un co-algo en movimiento. La transformación emerge en y a través de las redescripciones generadas por el contar y recontar de historias familiares, ideas, metáforas y marcos referenciales que facilitan una nueva manera de encarar el problema, así no solo emergen historias nuevas, sino que la persona cambia en relación con ellas.

¿Qué preguntas piensan que debemos hacerles?

¿Qué tipo de información le sería útil?

El terapeuta y el cliente exploran mutuamente una historia, una perspectiva del problema, ideas para solucionarlo, hacia el desarrollo de nuevas significaciones, realidades y narrativas que formarán una asociación conversacional. Ya que somos seres interpretantes e intencionados, el mismo acto de decir una palabra es una acción conjunta, abierta a las influencias de pasados y presentes (Shotter, 1990, citado en Anderson, 1997).

Para Hoffman (1992) el no saber aparece con frecuencia acompañado del “No hablar” de la manera usual en terapia. Los comentarios o preguntas son indecisos y vacilantes ya hay largos períodos de silencio. ¿podría ser que...? O bien” y si...? El efecto es que estas entradas fomentan la participación y la invención.

Anderson señaló en su seminario Pasado Presente y futuro de la Terapia: Conversaciones Intimas que un terapeuta o consultante colaborativo no asume y no entiende demasiado rápido.

En suma, el enfoque colaborativo, evita la tentación de diagnósticos generales, metas, considera la singularidad de cada persona, la multiplicidad de posibilidades para cada persona, contexto y situación.

Equipo Reflexivo

Breve historia del modelo

Dentro del campo de la terapia familiar, el trabajar en la sesión terapéutica con un equipo de apoyo es una idea implementada por la Escuela de Milán (Selvini, y cols, 1994)

Andersen (1991) refiere que al estar trabajando bajo la modalidad terapéutica propuesta por el equipo de Milán, noto que dicha modalidad de trabajo no satisfacía sus necesidades y

expectativas, ya que el terapeuta a cargo se limitaba a transmitir el mensaje, dejando fuera el proceso mediante el cual el equipo llegaba a determinar el mensaje. Por otro lado, encontró que era una dificultad de que todos los miembros del equipo coincidieran con una sola intervención. Y así surge en él, la interrogante acerca de la utilidad que tendría que los integrantes del equipo fueran observados por las personas que asisten a consulta, mientras tratan de encontrar rutas para llegar a un objetivo.

Por otra parte, Selicoff (2002) relata que el escenario particular en el cual apareció por primera vez el Equipo Reflexivo (ER) fue en una sesión de supervisión, al sentirse perdido un terapeuta, no sabiendo como ayudar a la familia con la cual estaba trabajando y en ambiente lleno de pesimismo. Anderson y sus colegas sugirieron que la familia y el terapeuta escucharan sus ideas relevantes. Esta modalidad gusto mucho y la familia respondió al equipo con las ideas que les había generado la reflexión.

Esto llevo a cuestionar, la participación del equipo de manera misteriosa y oculta, ahora como lo señalan Fernández, London, Tarragona (2002) el equipo reflexivo es congruente con una postura socioconstruccionista subrayan la importancia en la construcción de diferentes versiones de la realidad y valora las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces.

Para Andersen (1991) la palabra reflexión es entendida en términos de “algo que es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta” (p. 56) y no en el sentido de que los comentarios que llegan a hacer los integrantes del equipo sean una “replica” del relato de los clientes.

Licea (2002) hace una distinción importante al mencionar que los miembros del equipo reflexionan y no “reflejan”. Prefiere hablar de equipo de reflexión por que de esta manera queda más claro lo que los integrantes hacen, y que es congruente con la postura socioconstruccionista, subrayando la importancia del lenguaje en la construcción de diferentes versiones de la realidad.

Para Hoffman la palabra “reflexivo” implica que hay una equidad en la participación, aún cuando las partes puedan tener posiciones o características diferentes. Esta idea la retoma del Riane Eisler quien presenta un modelo de asociación para sociedades humanas (Hoffman, 1992)

Por las múltiples perspectivas y la multiplicidad de voces, los procedimientos alrededor del equipo de reflexión, conversaciones reflexivas y de interrogatorios reflexivos utilizan el prefijo “co”, que contrapone un proceso jerárquico y unidireccional.

Características de la terapia

Hay diferentes maneras de trabajar con equipos de reflexión, entre estos se encuentran, el estilo original de Tom Andersen, el estilo de Anderson con ejercicios “como si” “la mesa cuadrada del Grupo Campos Eliseos” entre otros.

Los Lineamientos del equipo de reflexión

Tom Andersen (1991) sugiere que:

Los miembros del ER pueden estar en el mismo espacio o atrás de un espejo.

Durante la entrevista deben limitarse a escuchar, no interrumpir.

El terapeuta solicitará la participación del ER o también el ER puede indicar al terapeuta que tiene ideas que compartir.

Si hay espejo se puede intercambiar el lugar con la familia.

Al hablar los integrantes se miran entre ellos, no establecen contacto visual con los clientes.

Las reflexiones se hacen de manera tentativa (no sé , tal vez, podría ser, se me ocurre que..)

Los comentarios se basan exclusivamente en lo que se dijo en la entrevista

La participación dura de 5 a 10 minutos.

Después de la participación, los clientes y terapeutas comentan sobre lo que oyeron.

El equipo no debe comentar cosas que pertenezcan a otros contextos fuera de la entrevista, no dar connotaciones negativas, no interpretar, no juzgar.

Lax (citado en Fernández, London, Tarragona 2002) sugiere que antes de ofrecer o como una inspiración a las reflexiones los integrantes pueden preguntarse

¿Qué elementos de la entrevista estimularon mis ideas?

¿Hubo algo en especial de lo que ví u oí que me haya hecho pensar de esa manera?

¿Qué me haya emocionado personalmente?

¿Hay alguna experiencia en mi vida que me haya llevado a tener pensamientos o asociaciones similares de las que quisiera comentar en este momento?

Freedman y Cols (1996, citado en Fernández y cols.2002) sugieren tres tareas al pensar en la intervención

- a) Unirse a la familia
- b) Apoyar el desarrollo de nuevas narrativas.
- c) Facilitar la construcción de las descripciones saturadas de problemas.

Además de tener una postura afirmativa y combinada con optimismo.

Robert (1994) plantea la siguiente guía para la transparencia y el compartir de la narración:

- > El/la terapeuta/miembro del equipo es responsable de sus propias reacciones emocionales.
- > No hay expectativas de que se dé una respuesta a una historia de un modo particular.
- > El compartir la narración es breve y concisa enfocada hacia lo que el/la cliente podría desear seleccionar de ella(si hay algo)
- > El/la terapeuta/miembro del equipo es consciente de que nivel de revelación es cómodo para él o ella.

El equipo y los/las supervisores/as puede ayudar a los terapeutas a considerar si su tipo de narración es apropiada para compartir con las/os clientes, haciéndoles algunas de estas preguntas ¿Te gustaría compartir esta historia con tu familia? ¿A la familia? ¿ a los miembros del equipo que están observando? ¿Por qué quieres compartirlo?

Harlene Anderson propone el ejercicio “Como si” en grupos de entrenamiento, de consultoría y de conversaciones Clínicas.

Este ejercicio implica presentar una situación, escuchar (en grupos, desde la postura de uno de los personajes de la historia), reflexionar (desde la postura del personaje que piensa, que siente, como reaccionaria a lo que escucho de la entrevista) y discutir (con el resto del grupo ya sea en forma escrita o verbal con un representante de la conversación).

Mesa Cuadrada

En esa mesa el ER tienen conversaciones sobre situaciones clínicas observando y pensando sobre la conversación que mantienen el cliente y el terapeuta a unos 6 mts. de distancia, el cliente puede integrarse a la mesa y sentirse que forma parte de la mesa de trabajo.

White (1995) desarrolló su propia forma de trabajar en equipo de reflexión. Señala que la “apertura” o “la intuición” de los integrantes no es garantía de que lo que digan sea útil para los clientes. Enfatiza que los terapeutas en general somos parte de una cultura que tiende a la patología y a las descripciones funcionalistas y estructuralistas de las personas; y que esto debe considerarse porque podemos reproducir discursos que han sido perjudiciales para los clientes. El modelo de White consiste en cuatro fases, cada una constituye una entrevista en si misma.

- a) El entrevistador charla con los clientes mientras los miembros del ER escuchan.
- b) El entrevistador y los clientes cambian de lugar con los integrantes del ER y los primeros son una audiencia para la entrevista que se hacen entre si los miembros del ER, cada uno comenta brevemente sobre su lugar de trabajo e intereses, ante los clientes y sitúan que sus comentarios vienen de su experiencia personal. Conversan sobre sus experiencias al escuchar la conversación que presenciaron.
- c) Se intercambian lugares y el terapeuta entrevista a los clientes sobre la experiencia de escuchar al equipo, sobretodo los comentarios que les fueron útiles.
- d) El ER, los clientes y el terapeuta se reúnen para “reconstruir” la terapia misma ¿Por qué se hicieron esas preguntas? etc. (White, 1995).

Este autor propone que el trabajo con un Equipo de Reflexión se puede entender como una “ceremonia de definición” en la que los miembros del equipo son testigos externos que validan las historias y las identidades preferidas de los clientes.

Selicoff (2002) concluye que el ER es un apoyo al proceso terapéutico de sesiones privadas. Facilita el proceso tanto para el cliente como para el terapeuta, proporciona una atmósfera de seguridad para explorar y expresar los sentimientos. Por otra parte, Selicoff indagó sobre las características de las “reflexiones exitosas” entendidas como comentarios con mayor impacto o más útiles que dejan posibilidades abiertas y no fijas o determinantes y a las que llamo “voces epifánicas” caracterizadas por ser aquellas voces que están en consenso, aquellas que buscan la diversidad de puntos de vista (en general, experiencias personales, formación profesional) y/o que intervienen más veces o por más tiempo, y aquellas que al hacer un comentario emplean el nombre propio del cliente, porque genera un vínculo con ello, y aquellas que dan pauta a que el cliente escuche otra perspectiva de su historia, voces que los ayuden a tomar decisiones.

Andersen (1991, citado en Licea, Paquetin, Selicoff, 2002) señala que las personas que están en terapia están participando tanto en un diálogo externo, como en un diálogo interno. El encuentro terapéutico es visto como un ciclo de conversación adquiere cierto ritmo según las pautas y silencios entre el hablar (actuar) y el escuchar (sentir). Y que se promueve también una “autoconciencia reflexiva” en la que las personas tienen una mayor conciencia de cómo se ven a sí mismos y pueden darse cuenta de opciones para darle forma a su propia vida. (White, 1995)

El equipo ha inspirado una serie de metáforas, por ejemplo:

Anderson (1997) considera que la música polifónica es una metáfora que puede ejemplificar al equipo reflexivo. Polifonía literalmente significa muchas voces, es un tipo de música en la que los cantantes se conectan, colaboran y construyen juntos. Cada voz tiene su propia melodía y su ritmo es significativo en sí mismo. Aunque teóricamente cada parte podría contarse por separado, cada voz necesita de otras voces para enriquecer su identidad. Las voces silenciosas están involucradas activamente en el proceso, son parte de intercambio de energía a través de movimientos. Lo mismo ocurre en un grupo que reflexiona sobre una conversación reflexiva accede a posibilidades desconocidas y estas se expanden.

Fernández y cols. (2002) señalan que los miembros del equipo reflexivo son como prismas más que como espejos: la luz primero pasa a través de ellas y la forma que toma al salir depende de sus ángulos, cortes y facetas.

Cabe señalar que los equipos de reflexión no pretenden llegar a una conclusión o cierre al final de la sesión, se aspira dejar distintas ideas y posibilidades para los participantes en las conversaciones reflexivas. Fernández y cols (2002)

En suma, “El equipo terapéutico promueve relaciones más equitativas entre clientes y terapeutas, entre supervisores y supervisados y entre maestros y alumnos. Nos permite considerar diferentes ideas y darle espacio a una variedad de experiencias de vida, desde las profesionales hasta las cotidianas” Tarragona(2002, citada en Licea, Paquetin, Selicoff, 2002) P.(5)

Después de conocer las premisas de estos enfoques, señalemos algunas de sus semejanzas y diferencias.

Anderson (1999) enlista algunas de las diferencias de los enfoques modernos (terapia estructural, estratégica, terapia breve enfocada a problemas y a soluciones y escuela de Milán) y posmodernos(narrativa, colaborativo, equipo reflexivo), en tanto la postura del terapeuta y la terapia.

Entre los enfoques modernos encontramos la escuela estructural, la terapia breve o conocida como también como terapia del MRI, la escuela de Milán y la terapia centrada en las soluciones. Estos modelos se caracterizan por considerar sistemas sociales definidos por una estructura de roles, compuestos por un individuo, una pareja o una familia, se distinguen por tener una realización dualista entre un experto y un no-experto; los terapeutas de estos modelos, saben, descubren recogen información y datos, como expertos están seguros de lo que saben (o creen saber) y operan desde los conocimientos, supuestos y pensamientos privados y privilegiados, son intervencionalista, con capacidad estratégica y técnica que intentan producir cambios en otra persona u otro miembro de un sistema; son terapias centradas en el conocimiento impartido y en una búsqueda de la causalidad.

La narrativa, la terapia colaborativa, y el equipo reflexivo, pueden clasificarse, como enfoques posmodernos; consideran que un sistema esta basado en el contexto, y es producto de la comunicación social, compuesta por individuos interrelacionados a través del lenguaje, una sociedad colectiva entre personas con diferentes perspectivas y conocimientos, estas terapias están centrada en generar posibilidades y se fían en las contribuciones y la creatividad de todos los participantes, el cambio o la transformación son una consecuencia natural de un dialogo generador y una relación colaborativa. Tanto el consultor y el cliente que participan como co-investigadores para crear lo que “descubren”, consideran que un terapeuta o consultor no saben y por tanto están en posición de ser informados, son expertos pero, en crear un espacio para el dialogo y en facilitar el proceso dialogico, inseguros para quien el conocimiento esta en constante desarrollo, hacen público sus conocimientos, supuestos, pensamientos, preguntas y opiniones. En suma, terapias con personas multifacéticos, dotadas de si mismos relacionales construidos en el lenguaje.

Además estos modelos sustituyen varios conceptos del modernismo que le dan una explicación diferente a los problemas y a los cambios. Por ejemplo, los enfoques posmodernos han sustituido el concepto de curación por el de cambio, que implica, como criterio, la dimensión temporal y evolutiva. Ya no se trata, por ejemplo, de combatir las ideas absurdas del paciente o de modificar o corregir sus hábitos disfuncionales, sino de entender el sentido de la acción humana, la cual es fundamentalmente discursiva y se desarrolla a través de la propia historia como una estructura narrativa.

2.3 Similitudes y diferencias de los modelos revisados. A partir de los siguientes temas: información diagnóstica; foco de análisis de la terapia, Síntoma/problema, técnicas, evaluación de la terapia.

Información diagnostica/ foco de análisis.

Es sabido que conducir una terapia, incluye en su primera etapa, bloquear información “inapropiada” y traer a la luz la pertinente. Esto marca un particular tipo de abordaje terapéutico, y permite diagnosticar la índole del problema.

La *Terapia Breve* hace foco en el problema y las soluciones intentadas, todas las demás cuestiones e informaciones se definen como no pertinentes y distractoras. En *Milán*, la información que se requiere para formular una hipótesis se concentran a partir, de lograr una definición del problema, preguntando quien esta de acuerdo, en desacuerdo, su explicación, o el significado, en tiempo presente, pasado e hipotético, de lo que ellos consideran es el problema, a fin de encontrar la función del síntoma. En el modelo de *Soluciones*, interesa, identificar las excepciones al problema, y no seguir indagando sobre el origen, desarrollo o significados respecto al problema. Para los *AM*, es importante tener información procedente de perspectivas temporales que la familia tiene sobre relatos históricos y también sobre predicciones. La terapia *Estratégica* lo mismo que la *Breve*, no suele poner el acento en la construcción de marcos de referencia temporales, que no sean descripciones del estado presente.

Síntoma/problema

En el modelo *Estructural*, la causa del malestar está o proviene de la indiosicrasia de la estructura de la familia, centra su atención principalmente en cómo se organiza la familia a partir de la interdependencia y las jerarquías, esta focalización le permite formarse un mapa de la estructura de la familia. En la *Terapia Breve*, el problema radica en la solución intentada, y en la escuela de *Milán*, el síntoma se ha desarrollado por reglas implícitas e explícitas a través del tiempo. A partir, de esta definición del síntoma/problema, se diseña una estrategia de tratamiento.

La relación entre un problema y los intentos de solución, en la terapia del *MRI*; con la *Narrativa*, resultan similar, pues, la relación entre un problema y los intentos de resolverlo se entretajan de manera discursiva y recursiva; el problema nace de los intentos de resolverlo, al tiempo que las soluciones intentadas nacen de la vivencia del problema. En la *Narrativa*, se considera que hay una relación recursiva ya que la persona tiene influencia en la persistencia del problema. La terapia *Colaborativa*, presta fundamental atención a la construcción que la familia hace del problema, entonces piensa que la construcción de la realidad es la que acarrea el sufrimiento o malestar que la familia trae a consulta.

La terapia

La terapia estratégica prescribe la individuación del problema, propone que en la primera sesión se articule la descripción del problema, en función de conducta y establecen una meta mínima de cambio, esto ayuda a cliente y terapeuta a evaluar su progreso. La principal diferencia entre las orientaciones *Estratégicas* y *la Estructural* es que la primera hace foco comunicacional sobre los problemas, y la segunda presta atención sobre la estructura del sistema familiar en función de subsistemas como esposa-marido, padre-hijo. Ambos modelos construyen una perspectiva de jerarquías en que se presume que los padres están a cargo de sus hijos. En la terapia de *Milán* su principal interés es descubrir los significados posibles de lo que sucede en la familia y no tanto de las acciones, diseñar contraparadojas. Y *la terapia Narrativa* se concentra en la co-construcción de relatos alternativos más liberadores lejos del problema.

Técnicas

La técnica del modelo de *Terapia Breve*, consiste en modificar los marcos cognitivos que organizan la conducta. El reenmarcamiento pretende modificar la perspectiva conceptual emocional y/o perceptual que sobre una situación se tiene, de manera que los mismos “hechos” cobren un significado por entero diferente, desde el modelo estructural, esta modificación perceptual se logra con el rubro de técnicas del cuestionamiento de la realidad, cuando se modifica la percepción de una creencia, se transforma la estructura del grupo familiar, de igual manera, si se modifican las posiciones de los miembros en la familiar como resultado de ello se modifican las experiencias de cada individuo.

Desde *Milán* este cambio de percepción se logra a través de la connotación positiva. Este método impone utilizar las descripciones provistas por el marco de referencia del cliente a fin de construir un marco de alternativa que tenga una connotación benevolente. En una estrategia de *Milán*, el distingo de principio se dirige a construir una hipótesis sobre el sistema familiar, que es modificada en respuesta a informaciones ulteriores que la familia produce; y a veces esta hipótesis es presentada a la familia a modo de intervención. La estrategia de *Milán* hace preguntas como organización realimentadota.

La terapia *Estratégica* detecta relaciones sociales triádicas, hace que la familia o el grupo social interactúen frente al terapeuta, en vez de limitarse a presenciar una conversación sobre el problema, con esta escenificación, el terapeuta puede distinguir la organización secuencial de su conducta social. Similar a esto la terapia estructural. observa las interacciones, y promueve interacciones alternativas. Dentro de estos modelos, la meta de la terapia es alterar una pauta de interacción.

Los modelos *Estructural*, *Breve* y *Milán* además de los contenidos verbales trabajan también con los movimientos geográficos, como lo son por ejemplo: el cambio de lugar, escenificaciones, rituales en el caso de *Milán*. La terapia Breve introduce un cambio al patrón, que es llevado a cabo por el cliente fuera del consultorio.

El modelo *orientado a las Soluciones; la Narrativa, el enfoque Colaborativo y Equipo de Reflexión* trabajan fundamentalmente con lo verbal, esto debido a que piensan que el lenguaje es la herramienta más importante para nuestra construcción del mundo y de nosotros mismos. ‘Lo que decimos o narramos influye en nuestro campo de acción’ (Gergen, 1996, Pág. 340). Así se pone más énfasis en las conversaciones, o preguntas que generan nuevas descripciones.

Evaluación de la terapia

La *Terapia Breve*, evalúa en cada sesión, si se ha alcanzado la meta de la terapia. Además su contrato terapéutico con especificaciones de conducta le provee de un camino para la retroalimentación tanto al cliente como al terapeuta.

En la terapia *Estructural* el terapeuta es el que evalúa, si el sistema ya esta reorganizado. En la escuela de *Milán*, la evaluación de la terapia es cuando la familia esta descubriendo el juego familiar, las reglas son más evidentes, y la familia se ha hecho consciente de lo que mantiene al sistema. El modelo de *Soluciones*, evalúa junto con el paciente los avances, a partir que se refieren cambios significativos, generalmente a partir de las primeras sesiones, con preguntas de escala y desde la *Narrativa* el terapeuta y cliente evalúa el avance cuando las personas se empoderan sobre sus vidas y sus relaciones.

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades clínicas terapéuticas.

1.1 Integración de Expedientes del trabajo clínico por familia ¹

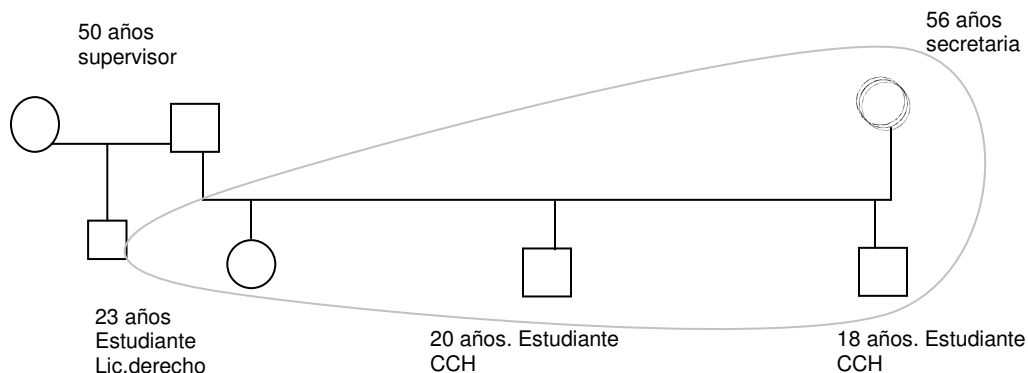
No. DE INTEGRANTES	P.I	SEDE	MOTIVO DE CONSULTA	#	MODELO DE INTERVENCION	%	RESULTADO Y OBSERVACIONES
Fam 1.Cinco integrantes	Madre 43 años	CCH Azc.	Preocupación por la Reprobación de los hijos	9	Escuela de Milán y TBCS	80 %	Alta. Por iniciativa de la familia
Fam 2.Cinco Integrantes	Hijo mayor 7 años	ISSSTE	Distracción, nervios Reprobación	6	Terapia narrativa	90 %	Alta. En acuerdo con la familia.
Fam.3. Cuatro Integrantes	Padre 36 años	C. T. F.Iztacala	separación conyugal y negociación de la parentalidad	9	Terapia breve y TBCS	90 %	Alta. En acuerdo con la familia
Fam 4.Cinco integrantes	Díada Conyugal	C T.F Iztacala	Superar la infidelidad	3	Terapia estructural Con enfoque Sensible al genero Y Terapia Post-Milán	60 %	Alta. Por decisión de la Pareja
Fam. 5. Cinco Integrantes	Hija menor 21 años	C.T.F Iztacala.	Violencia en el noviazgo	2	Terapia narrativa,	%	Baja. Abandono del tratamiento
Fam 6. Tres Integrantes	Hija única 10 años	Iztacala	Retraída, duelo por la Muerte de su hermano	1	Terapia estructural	60 %	Alta. Por decisión de la Familia
Fam 7. Cinco Integrantes	Madre	ISSSTE	Depresión, dificultades En la relación con su Hijo adolescente	6	Terapia narrativa	90 %	Alta. En acuerdo Con la familia.
Fa. 8.Tres Integrantes	Hija mayor 16 años	CCH A.	Depresión, reprobación Por pena a participar	8	Escuela de Milán ; TBCS y narrativa	100 %	Alta. En acuerdo con la familia
Fam 9 Ocho Integrantes	Hija 26 años	CCH A. Supervisión cruzada	Ansiedad, temor, mala relación con su madre	8	Terapia Breve Enfocada a Problemas	100 %	Alta. En acuerdo con la familia
Fam 10 Dos integrantes	Madre e Hija 40 y 16 años	CCH A.	Consumo de cocaína	4	Terapia de red	25 %	Alta, decisión de la familia
Fam 11 Cuatro Integrantes	Madre e Hija 38 y 16 años	CCH A.	Intentos de suicidio	5	Terapia de red	90 %	Altas en acuerdo
Fam 12 Cuatro. integrantes	Madre e hija 42 y 17 años	CCH A.	Porrismo, drogadicción	5	Terapia de red	50 %	con las familias

Cuadro 1. Este cuadro muestra el número de familias atendidas en las distintas sedes, durante la residencia, los modelos de abordaje y los resultados

¹ Se llevaron a cabo 9 procesos terapéuticos, como terapeuta principal, además de la intervención en red en la Clínica de Terapia familiar CCH Azcapotzalco.

FAMILIA 1

Familia Frías²



Tipo de familia: nuclear de cinco integrantes³

Supervisada en: el CCH Azcapotzalco

Solicitó el servicio: la mamá, que llamaremos señora Gabriela

Duración del proceso terapéutico: nueve sesiones, en solo dos de ellas, asistieron sus hijos de manera alternada.

Motivo de consulta: La Sra Gabriela refirió estar preocupada en el desempeño académico de sus hijos de 18 y 20 años de edad, quienes reprobaron 7 y 10 materias.

Metas de la familia: la intención de la Sra era que sus hijos aprobaran sus materias, y elaboraran un proyecto académico y laboral. Su demanda fue referida como ayudar a sus hijos.

Modelo de abordaje: El proceso se llevó a cabo en dos etapas. La etapa inicial, se abordó desde el modelo de Milán, y la segunda, desde la Terapia Centrada en las Soluciones.

Hipótesis: Bajo el abordaje de Milán se determinó que la función del síntoma (la reprobación) era que reprobando los hijos, se mostraban leales con el padre para parecerse a él, (quien recibe menos ingresos que su esposa, y no había podido conservar ningún empleo o negocio) a su vez ayudan a su madre a no sentirse sola.

Los objetivos terapéuticos: fueron que la señora delegara funciones parentales a su esposo, hablara de protección y no de sobreprotección y sobrecarga y cuestionara el miedo de verse sola.

² Los nombres de los integrantes, y de las familias fueron cambiados para mantener su anonimato.

³ El círculo en el familiograma representa a los integrantes que habitan en el mismo domicilio.

Intervenciones: El Interrogatorio circular, permitió indagar los sentimientos, significados, antecedentes del problema, respecto a la situación. No obstante, no se refirieron cambios en la relación, ni avances en el motivo de consulta, concluimos que los mensajes no estaban siendo útiles, el lenguaje y las tareas no eran comprendidas por los pacientes, como por ejemplo palabras como mandato familiar, la connotación positiva no fue aceptada por la familia.

Desde la perspectiva de Milán, nuestra línea era que el juego familiar mantenía la distancia en la pareja y perpetuaba el status quo, ampliamos nuestra hipótesis, explicando que la mamá protegía a los hijos en contra del padre, así se unen para adquirir mayor jerarquía y el padre ataca al hijo por reprobado.

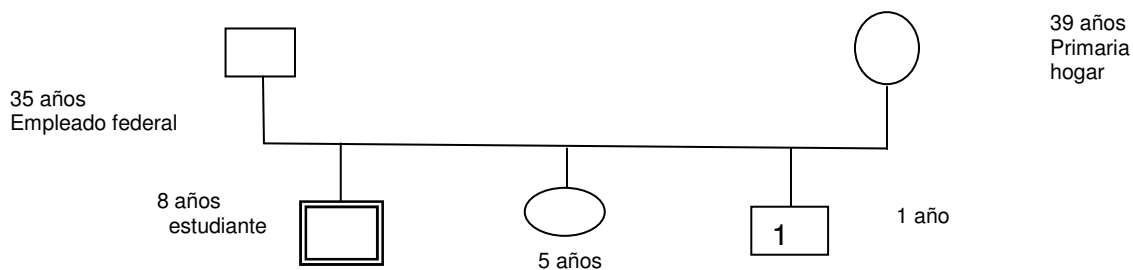
En la segunda parte de la terapia, decidimos centrarnos en lo que parecía estar funcionando respecto a la relación con sus hijos, sustentándonos en la Terapia Breve Centrada en las Soluciones y considerando las características de la etapa de la adolescencia y adultez, de la estructura como los límites difusos en el subsistema parental, amalgamamiento, ausencia de reglas claras, dificultad de conformar la independencia del joven, etc. Como intervenciones, se realizó la pregunta del milagro, se aclaró la idea de negociar más que de ser enérgica, se hizo foco en que ahora están conformados como una familia de cuatro integrantes, (esto porque el padre se fue de la casa) se ampliaron las excepciones, (reglas en casa, o acciones que hagan referencia a la independencia y madurez de los hijos). Se redefinió la conducta de la madre de ser enérgica como poner reglas, etc.

Evaluación⁴: la paciente se colocó en el nivel 5 en relación al motivo de consulta.

⁴ Se utilizó en todos los casos la pregunta de la escala De Shazer (1982) como una medida subjetiva para determinar el avance. Esta pregunta evalúa a través de la visión de los clientes el avance en sus metas.

FAMILIA 2

familia León.



Tipo de Familia: nuclear, cinco integrantes⁵

Supervisada en: el ISSSTE Tlalnepantla

Solicitó el servicio: La madre

Duración del proceso terapéutico: 5 sesiones.

Motivo de consulta. La mamá refirió que su hijo de 7 años se distrae en la escuela, no obedece, se le olvidan las cosas y es nervioso, respecto a la conducta en casa su mamá dijo que peleaba con su hermana. Se descartaron trastornos de sueño y/o alimentación, comentó haber estado en tres tratamientos psicológicos, sin obtener resultados. A la maestra y ella les preocupa que se chupa el dedo

Metas de la familia: Que José, no se peleara tanto con su hermana, avanzara académicamente y no se chupara el dedo.

Modelo de Abordaje: Narrativa

Hipótesis: No se formuló hipótesis.

Objetivos terapéuticos: Trabajar sobre la jerarquía de la madre para establecer reglas; que José descubriera y reconociera los logros que ha tenido en contra del problema (distracción, nervios, etc.) y adquiriera un significado de agencia. Buscar suministrar una doble descripción José que sabe vs. José que no sabe. Lograr que José desafiará a el problema y la familia lo apoya en sus esfuerzos

Intervenciones: Se obtuvo la versión familiar del problema, se externalizaron los nervios, la distracción con J.L , se hicieron preguntas encaminadas a que JL identificará los efectos del problema (distracción, nervios, etc.) en lo que ha sido su vida escolar y como afectaba las relaciones con su familia y a él mismo y que la familia comprendiera la influencia que

⁵ Las familias en las que no se encerró en un círculo los integrantes, es porque todos habitan en el mismo domicilio.

tiene para que el problema persista. Además se elaboró una promesa de entregar la tarea antes de las 16:00 de la tarde, se habló metafóricamente de meterle goles al problema, la mamá de establecer una hora de calidad, la hermana de informarle al padre de las cosas positivas que hace su hermano, se realizó una clasificación de los nervios, como nervios buenos y nervios malos, ya que es imposible no llegar a sentir nervios (esto con la intención de normalizar) se reconoció la inteligencia como la mejor arma contra los nervios malos, Se hizo un equipo reflexivo al estilo White.(White,1995)

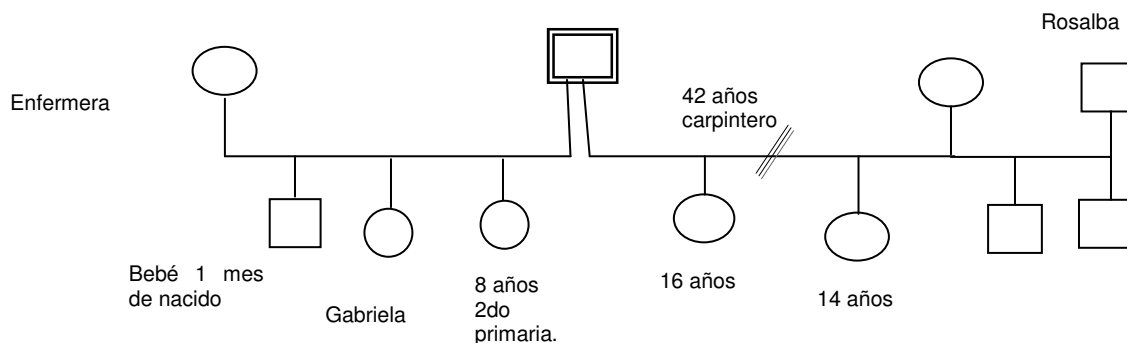
A la madre de J.L. se le señaló que sus principales recursos eran ayudarle a sus hijo, venir a sesiones constantemente, establecer firmeza. Con ella, tuvimos que estar muy atentos a la identificación de los acontecimientos extraordinarios, pues constantemente encontraba aspectos negativos en la conducta de ella y se su hijo.

Se le entregó un Diploma a J.L por haber vencido a la distracción, y por ser un niño de palabra, y otro Diploma a la Sra. por su constancia.

Evaluación: Refirieron cambios en la escuela, aprobó los exámenes finales lo que le permitió no reprobar otro año, señalo el niño cambios positivos en la relación entre hermanos, se evaluó el avance con una pregunta de escala (TBCS) sobre cambios y expectativas, se colocaron en un 8 en relación a las metas a largo plazo propuestas en el tratamiento.

FAMILIA 3.

Familia Arévalo



Tipo de Familia: reconstituida

Supervisada en: la Clínica de Terapia familiar Iztacala

Solicitó el servicio: el Sr. JL (padre)

Duración del proceso terapéutico: 9 sesiones.

Motivo de Consulta: refirió sentirse triste por la separación con su esposa, dijo “no quiero volver a perder a otros hijos” le interesaba mucho que su esposa asistiera a terapia, pues él consideraba que ella era la que estaba mal.

Metas del cliente: mejorar la relación con su esposa, y no sentirse deprimido.

Modelo de abordaje: Terapia Breve Enfocada a los Problemas (TBCP).

Hipótesis: .este fue un caso que ejemplifico el modo en que las personas erróneamente abordan sus problema, las llamadas las terribles simplificaciones del modelo de TBCP

Objetivos terapéuticos: Consideramos lo que Souza y Machorro (1988) señalan como una de las circunstancias más difíciles durante el conflicto de separación conyugal: el reencuentro con uno mismo y que cobra un carácter de soledad. Los objetivos fueron que el Sr. JL asumiera funciones parentales, pues lo que le interesaba era no perder la relación con sus hijos. Que el Sr. JL, excluya a sus hijos de las transacciones negativas entre el y la Sra G (esposa) y asumiera funciones parentales aunque estuvieran separados, que el Sr. JL identificara los problemas de pareja desde un marco relacional, que le permitiera adquirir las herramientas para establecer una nueva su relación de pareja, o mejorar la relación si decidía regresar con su esposa.

Intervenciones. Se hicieron preguntas del modelo de Terapia Breve Enfocada a los Problemas,

El Sr. refirió que su esposa era la que debía venir a terapia y no él, entendía que la función del equipo y de los terapeutas era hacerle entender a su esposa que ella estaba mal, se trabajó sobre la idea de que él tenía que hacer cosas, para que ella tuviera un modelo, de cómo se es pareja o padre. Se retomaron los axiomas de la teoría de la comunicación humana, acerca de “que toda conducta es comunicación “ “y que la conducta tiene un aspecto de relación y contenido”, para analizar las relaciones que él mantiene con su esposa y sus compañeros de trabajo, se le invitó a hacer algunas modificaciones en la forma de comunicarse.

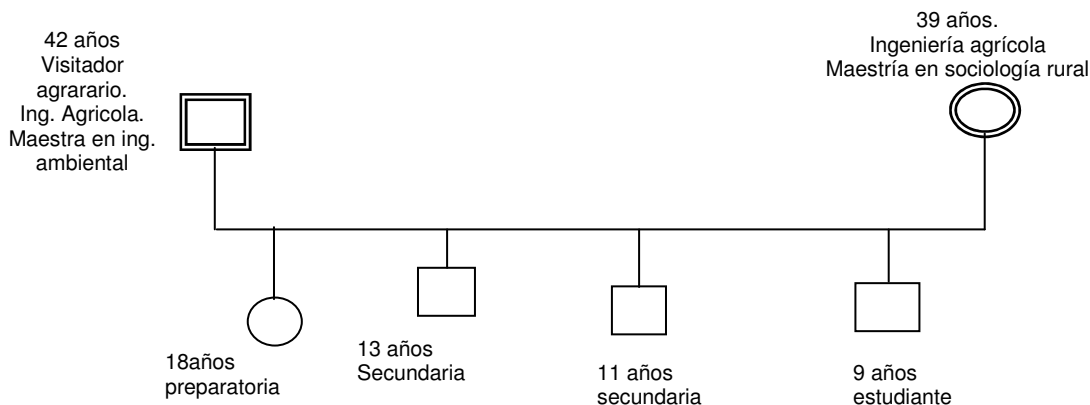
Se habló metafóricamente del cambio utilizando su interés y conocimiento de la carpintería. En donde el cambio en la conducta al igual que en la creación de un objeto de madera, implica partir de un material en bruto para convertirse en un maravilloso mueble.

Posteriormente se utilizaron preguntas de la terapia enfocada en las Soluciones para ampliar cambios.

Evaluación .En la novena sesión se realizó una evaluación de acuerdo al motivo de consulta con una pregunta de escala, colocándose el Sr. JL en el 9, señaló que tiene más claridad respecto a los problemas y las soluciones, que ya no le afectan los problemas en su trabajo, y que ahora trata de entender que las personas pueden pensar diferente a él. También nos informó que ya regresó con su esposa.

FAMILIA 4

Familia Muñoz



Tipo de Familia: nuclear, 6 integrantes.

Supervisada en: la Clínica de Terapia Familiar Iztacala.

Solicitaron el servicio: La Sra. Emma y el Sr. Roberto con 15 años de casados.

Duración del proceso terapéutico: Asistieron a 3 sesiones.

Motivo de Consulta. La pareja refirió que Emma, no podía superar la idea de la infidelidad de su marido esto le causaba depresión.

Meta del cliente: La Sra. refirió querer ser más fuerte señaló”, “tengo miedo de confiar y de no confiar si él en verdad me quiere. Su objetivo era “volver a confiar en él”.

Modelo de abordaje: El trabajo terapéutico se sustentó en la Terapia Estructural

Hipótesis: No hubo hipótesis.

Objetivos terapéutico: fueron clarificar y reconstruir la relación, específicamente a corto plazo qué los cónyuges reconocieran que el problema era de ambos y no solo de uno, reducir la obsesión, que se generó por la desconfianza y desarrollar habilidades para reducir la evitación del conflicto o de intimidad. A mediano plazo pretendimos que los cónyuges hablaran de sus problemas con la mira de desarrollar una comunicación abierta

Intervenciones. En la primera sesiones, se ayudó a la pareja a ver las conexiones de las patrones de relación construidos desde el noviazgo a los problemas actuales, reetiquetación de la infidelidad, como una crisis que puede construir una relación mejor, se trabajó buscando una definición compartida del problema, el recordar que hubo momentos buenos en su relación y proveer un amortiguador momentáneo, en contra del dolor. Mi rol como terapeuta fue sacar el sentimiento de cada cónyuge y no las reacciones, restringir ataques

verbales, preguntas obsesivas y comportamientos destructivos, se iluminó que la comunicación incluía descalificaciones, se le dejó una tarea de autoobservación y corrección cuando se descubrieran descalificando al su pareja.

La pareja señaló que ya no quería que volviera a pasar una situación de infidelidad, así que se exploraron las circunstancias que los llevaron a ambos a pensar que la infidelidad era algo “común”, se estableció un acuerdo mutuo para generar confianza,

Este caso participó en la supervisión por el Dr. Giafranco Cecchin, en un seminario de Terapia Familiar Sistémica, Cecchin abordó el caso desde un enfoque posmoderno.

Estas son algunas de las preguntas o comentarios que hizo Cecchin a la pareja.

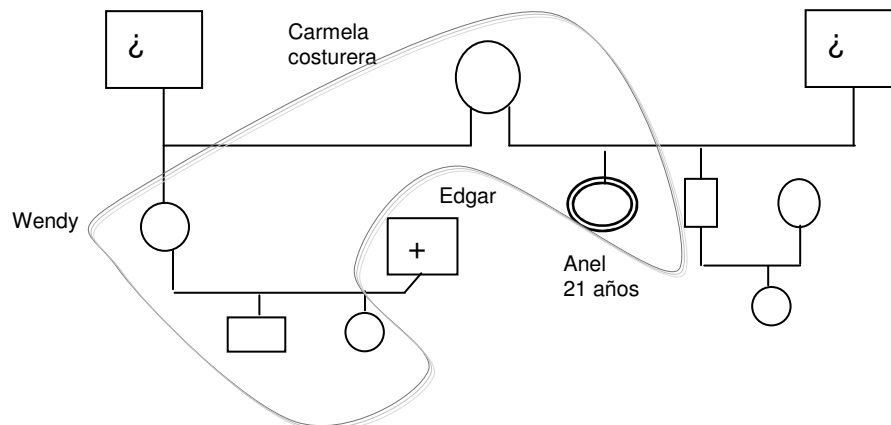
Inicialmente exploro la historia de la relación de pareja, en donde ella refirió otras infidelidades, Cecchin le comento ¡Ya entendiste porque te hace sufrir la historia en comparación con la de hace 10 años! ¿Usted cree que se equivoco, que debió haberlo dejado hace 10 años?. Para ustedes ¿Qué es mas importante, las relaciones sexuales o las relaciones de amistad?, Y ambos les preguntó ¿Cuando sufres piensas en la situación sexual o en la amistad? ¿Cuándo te vienen las fantasías que imágenes te vienen, las cuestiones sexuales o la perdida del hombre (mujer)? continuamente Cecchin decía la frase “estoy preguntando para entender su forma de pensar”.

En general creo que el Dr.Cechin trabajo sobre las premisas , de que era lo que más le afectaba a Emma, si la infidelidad sexual o emocional, Cecchin a través de preguntas hizo que Roberto, reconociera que su esposa es una mujer atractiva y viceversa. Se les reconoció que son una pareja fuerte por mantener a los hijos alejados del conflicto.

Evaluación la pareja refirió que estaban confiando más, había reconocido el problema como una contribución de ambos, y estaban teniendo mayor intimidad emocional. Sin embargo la pareja no pudo continuar en tratamiento por problemas de horario.

FAMILIA 5

Familia Durán



Tipo de Familia: reconstituida.

Supervisada en: la Clínica de Terapia Familiar Iztacala.

Solicitó el servicio: la Sra. Carmela quien tiene 48 años y trabaja como costurera, se separó, hace 27 años. Comento que su esposo se fue un día y ya no regreso. Se casó por segunda vez, de este matrimonio hay dos hijos Raúl y Anel de 21 años (P.I), este segundo cónyuge también abandono el hogar, actualmente ella tiene 3 años sin una pareja.

Duración del proceso terapéutico: dos sesiones.

Motivo de Consulta: la Sra Carmela dijo que la terapia la quería para su hija Anel ,a quien la notaba depresiva, la percibe como sumisa, penosa, muy cohibida dice “Anel se siente fea que no vale nada, llevaba dos semanas encerrada para no ver a su novio con el cual termino por ser celoso, también comentó que le preocupa su hija Wendy de 23 años hija de su primer matrimonio quien también esta deprimida, ella le atribuye a que vivió con un muchacho que también la golpeaba y no trabajaba, y que amenazo a su hija que si lo dejaba se mataría y cuando abandonó la casa, él se mató, y también esta preocupada por Edwin el hijo de Wendy que han reportado problemas de conducta

Meta de la familia: mejorar la relación de noviazgo.

Modelo de abordaje: narrativa

Hipótesis: No hubo hipótesis.

Objetivos terapéuticos: Que A desarrollara una red social para protegerse de la violencia,

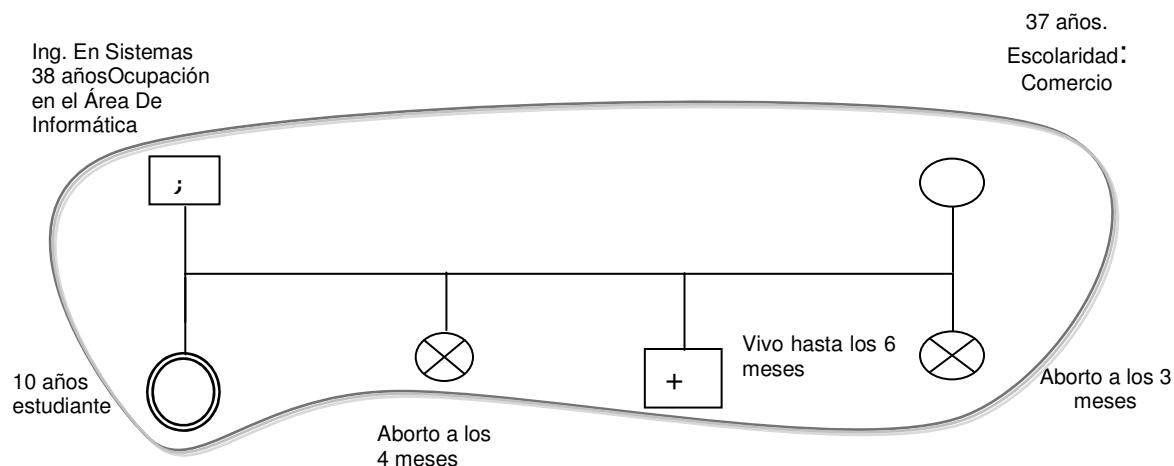
dar a conocer el ciclo de la violencia, que Anel cambiará su rol de indefensión y desarrollará más confianza en si misma, a largo plazo, que elaborará una imagen positiva de su propia capacidad y pudiera establecer relaciones de pareja sin violencia.

Intervenciones: En la primera sesión, no hubo un modelo específico, la sesión fue encaminada a conocer y evaluar el riesgo al que se enfrentaba Anel. Se le informó acerca del ciclo de la violencia. En la segunda sesión el objetivo era conocer las prácticas opresivas que permiten que ella permanezca en riesgo de ser maltratada, no obstante no se llevó a cabo, debido a que ella describió cambios (salir de su casa, arreglarse, comenzar a estudiar, etc), y se decidió hablar de estos.

Evaluación: Anel dejó de asistir a dos citas, en la primera ausencia, se le llamó para conocer el motivo de la falta, y dijo que se le había olvidado, pero aseguró que iría a la siguiente pues le interesaba la terapia, faltó a la segunda cita y se decidió darla de baja, se le llamó por vía telefónica para informarle y contesto la llamada su hermana W refirió su hermana que ya había regresado con su novio, situación que nos dejó intranquilos, debido a que percibíamos, una situación de extrema violencia.

FAMILIA 6

Familia Guadarrama



Tipo de Familia: nuclear de 3 integrantes

Supervisada en: la Clínica de Terapia Familiar Iztacala.

Solicitó el servicio: la madre

Duración del proceso terapéutico: constó de una sesión

Motivo de Consulta: la Sra. A refirió que le preocupaba su hija M de 12 años, pues es muy tímida, y señaló que quizá le había afectado el cambio de escuela, la definió como retraída, tímida, dijo “algo consentida” en esta misma demanda, expresó que la familia ha atravesado por varias muertes, la más significativa su hijo que falleció por un problema pulmonar a los 6 meses de edad y tuvo dos abortos anteriores.

Metas de la familia: Que M, sea menos tímida.

Modelo de abordaje: Estructural

Hipótesis: M se comporta como bebe, como una forma de ayudar a su mamá que no se deprimiera por la muerte de Cris y de los dos abortos. Y la mamá sobreprotegía a Mi, por miedo a perderla y enfrentarse a la pérdida de un hijo más

Objetivos terapéuticos: promover un cambio de percepción del problema, donde se mirara al problema en forma sistémica, que la familia hablara del dolor por la muerte de Cris como un inicio de elaborar el duelo y que M, se comportará como una niña acorde a su edad y que la familia la tratara como tal

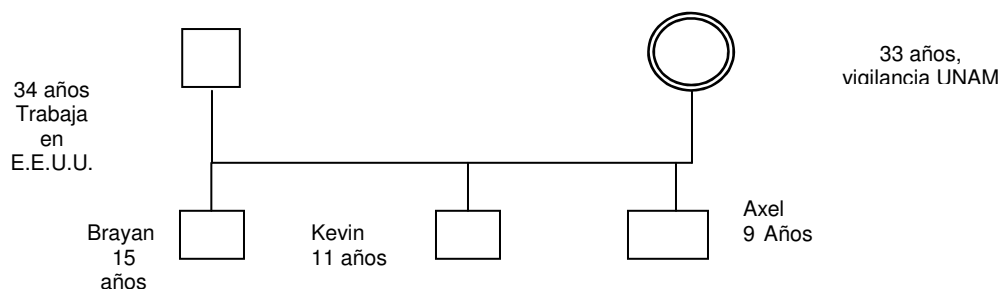
Intervenciones: Se cuestionó las verdad familiar de protección, se promovieron interacciones entre madre e hija, como mensaje en esta única sesión se les validó el

esfuerzo que la señora hacia por irse desprendiendo de M y se les pidió que platicaran sobre la muerte de Cris para poder elaborar el duelo. Fue una sesión emotiva, se hablo de la muerte de Cris que no habían hablado, se sugirió preparar un ritual, por lo que consideramos evaluar la conducta ritual de la familia, posteriormente diseñar un ritual de curación de perdida para la familia, rastrear rituales de ciclo vital y vida cotidiana, retomando la idea de M de ser bebé-bebe que posteriormente permitiría diseñar un ritual de pasaje de bebé a puberta

Evaluación: La Sra. A y M no asistieron a la segunda sesión, comentó por vía telefónica, que ya no podía seguir asistiendo debido a que no le daban permiso en su trabajo. Refirió haberle sido útil la sesión, y que probablemente meses después, volvería a solicitar el servicio.

FAMILIA 7⁶

Familia Gutiérrez



Tipo de Familia: nuclear, de cinco integrantes

Supervisada en: el ISSSTE Tlalnepantla.

Solicitó el servicio: la madre

Duración del proceso terapéutico: 8 sesiones

Motivo de Consulta. la Sra. Margarita comentó que sufre de depresiones, y tiene problemas con B, (su hijo de 15 años) señaló estar baja de ánimo, a raíz de que su esposo se fue a trabajar a los Estados Unidos, comentó que esto fue planeado y que mantiene contacto con él casi a diario, al preguntarle, ¿qué piensa su esposo de lo que le pasa a ella comentó que él le dice “échale ganas y ve al doctor”, señala que además de eso ha tenido problemas con B, mismo que se fue de la casa en agosto del 2003, describió que el pleito con B fue porque le pidió que cuidara a sus hermanos y no quiso, él fue a vivir unos días con un hermano de su papá, actualmente regreso a casa, pero dice que no le hace caso y para no discutir con él no le exige que le ayude. Sus ideas en el periodo en que su hijo se fue eran “que caso tiene irme a trabajar” “admiro a las madres que se van y dejan a sus hijos” “como mamá no sirvo” “como mujer tampoco” “en que falle” “me cuesta trabajo ser mamá y papá y no puedo”. Esto nos reveló la imagen que tenía de sí misma.

Los objetivos en colaboración con ella fueron: A corto plazo, que la Sra. M identificará y vencerá su miedo a estar sola; a mediano plazo, que la Sra. F pueda relacionarse con sus hijos de una manera más satisfactoria y se permita el crecimiento personal de B (vivirse como adolescente) y de la Sra. F ser una mamá de adolescente; y a largo plazo que la Sra. M desarrolle una imagen de sí misma, que le permita sentirse capaz para enfrentar situaciones de cambio.

⁶ Este caso, será presentado, en el examen de competencias profesionales.

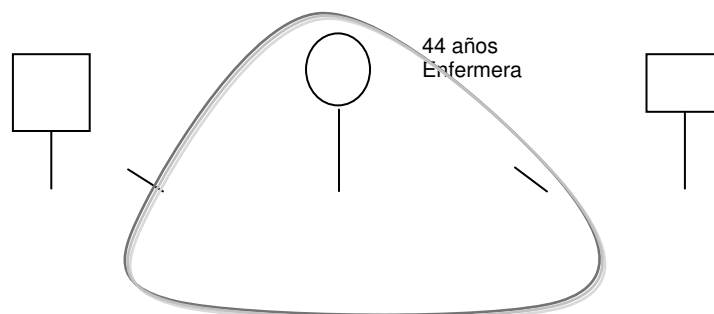
Modelo de abordaje: terapia breve enfocada a las soluciones, y terapia narrativa.

Hipótesis: no hubo hipótesis.

Intervenciones: El abordaje inicio con la pregunta presuposicional, se ampliaron excepciones, se reencuadro la rebeldía de B como una forma del hijo para ayudarle a la mamá a entender que los hijos se van. Se invito a nuevos significados del ser mujer y madre, se ampliaron los acontecimientos extraordinarios respecto a como había disminuido la tristeza y el encierro, se hicieron algunas preguntas de agencia personal. Se hizo en varias ocasiones equipo reflexivo, y, como cierre del tratamiento se co-elaboró un diploma resaltando los cambios.

Evaluación: Se hizo una pregunta de escala para identificar el avance, y ella se colocó en el numero 9 comentó que tiene relaciones más amorosas con su hijo, se dio sus propios espacios para escribir, estableció límites con sus hijos, definió su relación de pareja.

FAMILIA 8

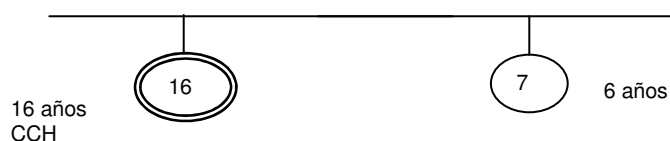


Familia Ramírez

Tipo de Familia: uniparental, de tres integrantes.

Supervisada en: el CCH Azcapotzalco.

Solicitó el servicio: la adolescente



Duración del proceso terapéutico: constó de 8 sesiones, asistió inicialmente a terapia la adolescente y posteriormente ingreso la madre a las sesiones, en dos ocasiones las acompañó la hermana menor.

Motivo de consulta. Barbara de 16 años de edad solicitó el servicio porque refirió sentirse insegura, deprimida por problemas con su mamá, reportó bajo rendimiento académico

Metas de la familia: mejorar su rendimiento académico a través de quitarse la pena.

Modelo de abordaje: Escuela de Milán, Narrativa

Hipótesis: B esta ayudado a su mamá a no sacar el enojo, no convirtiéndose en una chica adolescente. Pero no debíamos perder de vista que esta hipótesis podía ser explicada, porque hay un duelo del rol infantil, que la obliga a una renuncia de la dependencia y a una aceptación de responsabilidades que quizá hasta entonces desconocía o conocía muy bien, por haber cuidado a su hermana.

Objetivos terapéuticos promover cercanía entre B y su mamá, y que construyeran una relación satisfactoria, que les ayudara a ambas a desarrollar sus recursos y capacidades, y favorecer a la hermana menor con dichos cambios.

Intervenciones. El proceso se llevó a cabo en dos etapas, la primera con interrogatorio circular. Varias preguntas hipotéticas interventivas nos ayudaron a preparar a Brenda a

expresarle a su mamá sus sentimientos, se hicieron preguntas en relación a la mirada de una de sus tías (como persona significativa) para contribuir a la conformación de una identidad positiva de Bárbara. Se cuestionó la creencia de “tengo miedo a ser inteligente”, y se relacionó con la seguridad en sí misma y que cambios se producirían en su vida. Los mensajes le generaron muchas reflexiones.

En las sesiones en que participó la mamá se promovieron interacciones de comunicación y expresión de afecto, ya que en casa tienen poco tiempo para relacionarse.

Se cuestionó la idea de B de regresar a la infancia, se retomó la experiencia de la madre, para que B, escuchara los recursos que le ayudaron a su mamá a desenvolverse, refirió la mamá que ella fue una adolescente como su hija.

En la segunda parte del proceso terapéutico, se incorporaron algunas técnicas narrativas (como la externalización de la pena, medios escritos con un trabajo de construcción de una nueva narrativa).

Se elaboró una carta pos-sesión, como una reflexión que surgió después de revisar el video

En esta carta se le cito textualmente este párrafo que B, señaló

“tengo el valor de seguir, de no dejarme, basta de que no puedo lograr nada y no he cierto, soy buena gente, paciente, comprendo a la gente y toda mi vida había creído que era una tonta no es justo dejarse, no es cobrar venganza es ser yo, ¡Basta de tener pena!

En dicha carta se le pidió que nos contara los pasos que había dado para llegar a este momento tan decisivo.

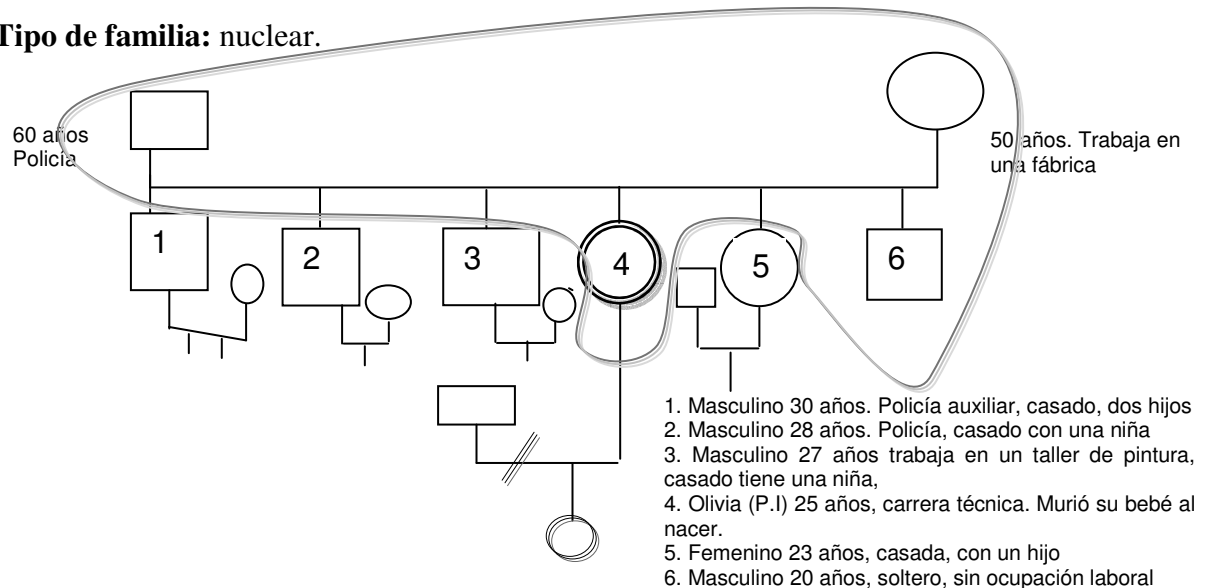
Se ampliaron los cambios positivos que estaban ocurriendo en la relación madre-hija y en el desempeño académico.

Evaluación. A través de la escala de avance evaluó su mejoría en un 10

FAMILIA 9

Familia Ocampo

Tipo de familia: nuclear.



Supervisada en: el CCH Azcapotzalco. En modalidad de supervisión cruzada.

Solicitó el servicio: la hija.

Duración del proceso terapéutico: 9 sesiones.

Motivo de Consulta: Olivia de 26 años, comentó haber tenido atención psicológica hace un año, su motivo de consulta en ese entonces era depresión por haberse separado de su esposo con el que vivió tres años, perdió un bebe a los 7 meses de embarazo, dijo no haber tenido tiempo de llorar esa pérdida. Actualmente dice sentirse muy ansiosa, presionada, y con miedo de planear proyectos y no cumplirlos, debido a que su estado de salud es delicado pues fue sometida a una operación de válvula en el corazón, además refiere una mala relación con su mamá, con quien vive actualmente.

Meta de la cliente: dejar de sentir miedo por iniciar un proyecto y no cumplirlo, y que no le afectara que su mamá no le diera un reconocimiento por lo que hace o por lo que ha logrado,

Modelo de abordaje: Terapia breve centrada en los problemas.

Hipótesis: No se estableció ninguna.

Objetivos terapéuticos: Que O identificara los problemas de ella y su madre como un proceso relacional, que O se sintiera mas segura en la toma de decisiones, considerando por

supuesto las limitaciones que le implican su estado de salud, y que O le restara importancia a la constante intención de demostrar a otros que si puede.

Intervenciones. En la primera sesión realizamos un equipo reflexivo, pero nos dimos cuenta que la clientes descalificaba el mensaje, así que realizando un análisis de la postura del cliente,y decidimos intervenir desde el modelo de Terapia Breve. Centrada en los Problemas (TBCP). Puntualizando 1) La definición del problema: “demostrar a otros” yo apoyo a todo mundo y nadie me apoya; 2) Segunda etapa. El intento básico identificado como forzarse a complacer a su madre para obtener de ella el reconocimiento, así sin que su mamá se de cuenta, se sitúa en una paradoja del tipo “se espontáneo”, se cuestionaron las ideas de “ella debe hacer todo, y es indispensable”, se converso sobre los costos y ganancias de asumir estos papeles.

Se enfocó el síntoma de modo paradójico, inducimos a que O manifestara abiertamente su necesidad de reconocimiento con su mamá, así enfrentaba algo que estaba temiendo, en los diversos mensajes, se le felicitaba por los cambios que estaba logrando semana tras semana, se redefinió “demostrarle que puede” a “demostrarle que la quiere” .

En las ultimas sesiones, se hicieron preguntas del modelo de Terapia Breve Orientada a las Soluciones, con el fin de ampliar cambios, se trabajo con preguntas de escala, en términos de la confianza que ella tenia ahora para proponerse metas y cumplirlas. Se predijo una recaída, y se finalizo la terapia con preguntas de asesor a tu asesor (Epston,2000) esto debido a que al comentarle de su alta, menciono que ella estaba dispuesta a dar su testimonio para ayudar a las personas en el proceso de cambio.

Evaluación. Evaluó su avance en 9.

TERAPIA DE RED.

La intervención grupal con familias permitió enlazar una red de apoyo alrededor de la persona sintomática y así ofrecer otras posibilidades.

Elkaïm (1989) dijo que ‘La eficacia de estas prácticas se debe al extraordinario impacto que puede tener la dinámica de un grupo a través de una nueva captación compartida de la crisis y respaldo del otro. La red puede aportar transformaciones aunque solo sea por el increíble número de soluciones que posibilita. La transformación o curación, puede resultar de una simple redefinición de los mensajes con lo que surge un contexto vital diferente’ (pág.6)

Debido a que, durante la etapa de ciclo vital familiar con hijos adolescentes, es común que estos y sus padres, experimenten dificultades en su relación por situaciones vinculadas con la independencia, la autonomía y el control. Un manejo inadecuado de tales situaciones puede derivar en diversos problemas, como deserción escolar, actividades delictivas, abandono familiar, adicciones, promiscuidad, agresión física y diferentes enfermedades mentales en alguno de los integrantes de la familia, además de que la población del Colegio de Ciencias y Humanidades oscila entre los 16 y 19 años, pertenecientes a esta etapa. Se trabajó como una alternativa a los problemas que aquejan a estos jóvenes, la terapia en red.

Duración del proceso terapéutico: El trabajo con el grupo se llevó a cabo en 5 sesiones, de tres horas cada una.

Características del proceso terapéutico: el grupo fue conducido por dos terapeutas, observadas por un equipo de supervisión, integrado por dos terapeutas más y la supervisora.

Objetivos terapéuticos: formar una red entre los participantes, padres e hijos que permitiera a los primeros romper con los estereotipos negativos, sobre los adolescentes y que los posibilitara a brindar apoyo efectivo y a los segundos hacer uso de recursos para avanzar personal y académicamente.

El plan de trabajo de cada una de las sesiones fue: La presentación de la modalidad, las reglas de trabajo, se obtuvo información sobre las dificultades que presenta la relación padres- hijos; explorando la percepción de cada miembro de éstas.

Se escuchó la percepción de los adolescentes, sobre la relación con sus padres, y sus principales dificultades en ese momento, mientras los padres escuchaban. Y la percepción

de los padres respecto a la relación con sus hijos y se indagó la relación de los padres con sus propios padres, la finalidad de este segundo objetivo fue identificar patrones inadecuados o creencias que obstaculizaban o deterioran la relación con sus hijas.

Se pretendía elaborar un puente de comprensión, entre padres y adolescentes a partir de entender cada uno, el comportamiento de su padre, y promover una relación diferente entre la díada basada en la negociación. Asimismo se realizó una evaluación entre los participantes que permitió medir los cambios en su relación.

Participaron cuatro familias representadas por un adolescente que refería problemas como drogadicción, reprobación escolar, etcétera, y uno de los padres significativos (en todos los casos fueron acompañadas por la madre) (fam 10, 11,12)

Evaluación: Se concluyó por los cambios que esta modalidad de terapia constituye un alternativa, para involucrar a los padres de familia en el desarrollo psicoemocional de sus hijos adolescentes, además promueve la idea de que los problemas de los adolescentes no son individuales, sino relacionales, y permitió se generaran en ambos sistemas cambios. Además que trabajar grupalmente invita a comprometerse a encontrar alternativas de solución.

1.2. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención clínica en las familias que recibieron el servicio de terapia familiar.

Los siguientes cuadros describen algunos aspectos encontrados en las familias atendidas: tales como sus características socioculturales, su estructura familiar, temas y áreas problema, los lados fuertes y el motivo de consulta que estas refirieron. Esta idea surgió del trabajo de Espinosa (1992) acerca del ciclo vital en familias mexicanas.

FAMILIAS EN ETAPA DE HIJOS PEQUEÑOS Y EN EDAD ESCOLAR

FAMILIAS	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES	TEMAS Y ÁREAS PROBLEMA	TIPO DE FAMILIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR	LADOS FUERTES
fam 2	Madre ama de casa Clase media baja Padre obrero La familia extensa interviene en la crianza Inicio de patrones educativos Los padres consideran que se deben a los hijos	- La crianza - Confrontación de reglas familiares y sistema de reglas escolares - Sentimientos de frustración por creer que no se es una buena madre - Rivalidad entre hermanos	Fam. nuclear Sobreinvolucramiento materno Límites difusos	- Buscan emplear una disciplina firme y amorosa - Constancia en la terapia
Fam 3	Padre carpintero Clase media baja La paternidad es muy importante	- Relaciones extramaritales - Divorcio - Depresión - Ineficiencia de la madre de sus hijos - Dificultad para despedirse de una vida de soltero	Fam reconstituida Triangulaciones de los hijos Exageración la ineficiencia (madre)	- Intención de asumir la paternidad. - Interés en mantener a la familia unida - Dar un buen ejemplo
Fam 6	Los hijos muertos deben ser recordados como si estuvieran vivos Persignarse ante la foto del niño muerto	- Duelo - Miedos - Necesidad de mayor independencia	Fam nuclear Sobreinvolucramiento materno límites difusos Centralidad en el hijo muerto	- Unión familiar - Amor materno - fe

Cuadro 2: Este cuadro muestra las características socioculturales y las características de la estructura de la etapa de ciclo vital de hijos en edad escolar

Las familias con hijos pequeños cuya crianza abarcó de los 7 a 10 años refirieron como área problema la confrontación con las reglas escolares. La fam 5, cuyo cliente fue el padre comentó que la paternidad era importante, esto nos lleva a pensar que algunos padres después de una experiencia de segundas nupcias pueden estar más interesados en participar en la crianza de los hijos, como una forma de valorar la experiencia, y tener más cercanía con los hijos. Tanto las madres (fam 2 y 6) y el padre (fam 3) refirieron la intervención de la familia extensa en sus problemas familiares y la señalaron como intromisión. Esto coincide con lo que Minuchin (2001) plantea acerca de las tareas de desarrollo que se enfrentan las familias en esta etapa, como es el establecimiento de límites con la familia extensa.

En las familias nucleares se identificó un sobre involucramiento materno, y la centralidad puesta en los hijos, y no tanto en la relación de pareja, esto puede ser explicado, por la incursión del hijo al sistema escolar, que le implica no solo un espacio de aprendizaje académico, sino de socialización, y puesto que los padres incluyen ahora entre sus nuevas relaciones al maestro, con quien tienen constante relación, por informes del desempeño académico de su hijo.

Palacios (1984) señala que la conducta del niño en el salón de clases es altamente vigilada, y por tanto los padres se vuelven más sensibles a los reportes del docente acerca de la existencia de problemas, de aprendizaje o de relaciones interpersonales del niño.

Los motivos de consulta referidos y los síntomas comunes en esta etapa coincidieron con los reportados por Espinosa (1992) tales como problemas de conducta (hiperactividad, retraimiento, etc.) problemas académicos, miedos, entre otros.

Aunado a esto Nieto (1987) advierte que un niño con problemas en la escuela, suele tener problemas similares en casa, problemas como olvidos, peleas entre hermanos, ignorar reglas familiares. En la fam. 6, refirió la madre que su hija era introvertida tanto en casa como en la escuela, la madre de José (familia 2), comentó que su hijo peleaba en casa con su hermana, y comenzó a pelearse en la escuela. No obedecía a la profesora y tampoco a la madre. Considerando el principio de la teoría de los sistemas, acerca de que si se logra un cambio favorable en un sistema, este cambio influirá positivamente en otros sistemas, como el escolar, esto fue comprobado en los resultados, pues en la familia 2, los cambios se reportaban tanto en casa como en la escuela.

FAMILIAS QUE TIENEN QUE RESPONDER A LAS DEMANDAS DE DOS ETAPAS: HIJOS ESCOLARES E HIJOS ADOLESCENTES

FAMILIA	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES	TEMAS Y ÁREAS PROBLEMAS	TIPO DE FAM. Y ESTRUCTURA FAMILIAR	LADOS FUERTES
Fam 4	Empleo Nivel de los padres posgrado Inicio de patrones educativos Rescatar el matrimonio	- Infidelidad - Reconstruir la confianza, perdonar - Aspectos culturales sobre la infidelidad	Fam nuclear Reglas claras respecto a los hijos	- Reconstruir la relación de pareja - Ser buenos padres
Fam 7	La madre es empleada, su escolaridad preparatoria. Aumenta su autoridad femenina dentro del hogar, por ausencia del padre. Se delega a los hijos mayores responsabilidades de apoyo y cuidado hacia los menores o tareas del hogar	- Relaciones extramaritales - Pareja ausente en EE.UU. - Sentimiento de abandono	Fam nuclear Triangulaciones, Exagerar la ineficiencia (madre) Límites difusos	- Crianza basada en disciplina – amor - Reconstruir la relación de pareja. - Constancia en las sesiones de terapia
Fam 8	Empleo de la madre de enfermera Se delega a la hija el cuidado de la hija menor	- muerte de (abuelos) - Relación madre-hija - Libertad - temores	Familia monoparental Se perfila (P.I) hijo parental Límites rígidos	- Cercanía con la hermana - Admiración a su madre por m.soltera
Fam 10 RED	La madre asume más control dado que se cree que el adolescente es fácilmente influenciable. La madre es el único sostén económico de la familia	- La ausencia del padre-cónyuge - Conflictos madre-hija - Adicciones - Ausencia de la madre debido al trabajo	Fam monoparental Límites difusos Padre periférico	Amor maternal
Fam 11	La madre tiene un negocio de banquetes, padre con estudios superiores- Se espera que los hijos superen a los padres económica y culturalmente Las mujeres son descalificadas	- Violencia del padre a la hija, ausencia de la madre - Problemas en el subsistema conyugal - Intentos de suicidio	Fam nuclear Padre periférico Alianzas M-H Límites rígidos	Amor maternal
Fam 12 RED	Madre empleada El padre no da explicaciones (la fam desconoce sus ingresos) Las mujeres no cuestionan	- Conflictos entre hermanos - Problemas en la pareja - Dificultad en la expresión de sentimientos	Fam nuclear Coaliciones hija – padre Vs. Hijo y la madre -límites difusos -Jerarquía paterna	- Amor maternal - Buscar la ayuda continua de un profesional - Interés que los hijos continúen estudiando

Cuadro 3: familias que se enfrentan a los retos evolutivos de hijos pequeños y adolescentes

Cabe señalar que todas las familias con hijos en etapa de la adolescencia tenían empleo, el nivel de escolaridad de los padres era de comercio y solo la familia 4 contaba con niveles de posgrado.

En relación a las familias con hijos adolescentes, resulta interesante que siete adolescentes de estas familias refirieron tener un padre periférico y la necesidad de contar con la figura paterna. Dos de estas señalaron padres ausentes emocionalmente y dos debido a la ausencia física.

Al respecto a esta última característica de no tener una figura paterna, y sobre la relación madre-hija, algunos estudios sobre madres solteras han identificado que uno de los factores que pueden romper el círculo de depresión y desesperanza es que las madres tengan empleos que les gusten, pues así sus hijos poseerán autoestima, sentido de organización y cohesión familiar. Las madres solteras trabajadoras tienen un especial impacto en los hijos quienes acentúan más la independencia y los logros de la familia (Alessander, 1992, citado en Graing, 2000) Esto coincide con los temas conversados con la familia 8 conformada por una madre soltera y la adolescente con depresión, quien dijo admirar a su madre enfermera porque aún con la poca convivencia que se da debido a los horarios de trabajo, buscaban horarios de convivencia y conversar en la sesión y en casa, le ha permitido un reconocimiento para la madre y una comprensión de la hija.

Un dato notable es que en cuatro de estas familias se perfila el paciente identificado (P.I) como hijo parental con la característica indistinta de presentar límites difusos y rígidos en la estructura familiar, en la muestra aquí descrita esta situación puede tener su origen en la ausencia del padre; la saturación de actividades por parte de la madre para cuidar a los hijos, las cuales han repercutido en su salud emocional (ejemplo, desvalorizaciones, sentimientos de culpa, impotencia, confusión, depresión entre otras) ya que el esposo no apoya en tales tareas, esto hace que estas deleguen en sus hijos responsabilidades no acordes a su edad o bien que ellas le sean impuestas sin negociación. Ello ha dado como consecuencia que los hijos en un intento por ocupar el rol que les corresponde muestren conductas denominadas como problema (reprobación escolar, problemas de conducta, drogadicción, huir del hogar, relaciones sociales

dañinas, etc). Esa situación coincide con lo mencionado por Salles y Turián (1997) quienes consideran que en los problemas que viven las parejas las principales víctimas son los hijos.

Nos lleva a reflexionar ¿si los P.I están reportando un síntoma para traer a la familia a terapia, y sea un tercero quien ayude a una nueva organización, para promover la claridad y la flexibilidad en las reglas? Es notorio que las madres empiezan a delegar a los hijos mayores responsabilidades de apoyo y cuidado hacia los hermanos menores o tareas del hogar. Como es en el caso de la fam 7, fam 8. ¿y nos preguntamos, hasta que punto esto es saludable?, pues algunos adolescentes como Brenda de la familia 8, refirió que sintió que no tuvo infancia, porque desde muy chica cuidó a sus hermana menor. O podemos pensar ¿ hasta que punto, que los jóvenes ayuden a las madres en el cuidado de los hermanos menores o tareas del hogar, los encausa a ser más responsables? Es complejo saber el límite, pues mucho depende de cómo el joven interprete esa vivencia. Pero en el caso de la fam 8, no contaban con una red de apoyo, pues la madre, era el único sostén económico y esta tenía que trabajar para la manutención de la familia.

En relación a los temas y área problema reportados, cinco adolescentes refirieron, la relación conflictiva con su madre, estas jóvenes presentaban síntomas como el porrismo, violencia y fracaso escolar, y señalaron que sentían que sus madres eran ausentes emocionalmente, por dedicarse al trabajo, o a los problemas con su cónyuge. Esto coincide con lo que Brazelton (1991) señala que los adolescentes que han sufrido los rechazos o la negligencia de los padres desapegados o desinteresados, tienen gran probabilidad de entregarse al alcohol o las drogas. Las familias que reportaron esta situación y el síntoma de drogadicción fueron las familias 10 y 12.

Los temas sobre los cuales conversaban los padres hacían referencia al control, en tanto las madres describían un sentimiento de ineficacia, preocupación por relaciones de promiscuidad de sus hijas, y su continúa preocupación por los hijos, tanto si son retraídos (fam 8), o rebeldes (Fam 10,11,12) también ocupó una parte importante de las conversaciones el fomento de las alianzas familiares, las adolescentes hablaban de incomprensión, de las adicciones, del enojo con sus padres y sus planes a futuro.

Pocas familias apoyaban la independencia de los hijos, Mc. Clelland y cols (1953, citado en Shaffer, 2000) concluyen acerca de que padres que hacen hincapié en la independencia y que los hijos hagan cosas por si mismos expresada en forma afectuosa, contribuyen notablemente a la motivación de logro. Así el que no se presentara tal condición contribuía al síntoma.

Aunque los padres en el discurso mencionan el amor que le tienen a sus hijos, este amor no era percibido por las hijas.¿ Sé estará actuando en un nivel equivocado?, como lo plantea la Terapia del MRI, porque al parecer, las madres están sobreprotegiendo a sus hijos, trabajando mucho, reprimiendo en salidas, prohibiéndole situaciones etc. pero no será ¿ Qué los adolescentes están esperando otras acciones de sus padres, más que el papel de proveedor?.

Podemos decir que los conflictos y las luchas por el poder son una consecuencia casi inevitable de la búsqueda de autonomía del adolescente. Furman y Buhrmester (1992, citado en Graing, 2000) consideran que si los adolescentes y los padres se unen para resolver estas diferencias y si muestran sentimientos positivos hacia el otro, mientras renegocian su relación con vistas a equilibrarla, los adolescentes adquirirán una mayor seguridad en si mismos. Esto se observó en las intervenciones de la terapia en red, cuando se le s pidió a los padres solo escucharan lo que tenían que decir las adolescentes y viceversa, sin que éstos hablaran; hasta la tercera sesión que ambas partes conversaron. De ahí que las intervenciones permitieron que madres e hijas negociaran las fronteras sin perder su sentido del yo, y la integridad personal

FAMILIAS EN ETAPA DE HIJOS ADULTOS

FAM.	CARACTERÍSTICAS SOCIOCULTURALES	TEMAS Y AREAS PROBLEMAS	TIPO DE FAMILIA Y ESTRUCTURA FAMILIAR	LADOS FUERTES
Fam 1	Empleada como secretaria. Escolaridad de los padres carrera comercial Creencia de que los hijos no tienen la necesidad de trabajar Los hijos solo podrán salir de su casa a través del matrimonio. Conservar un matrimonio	- reprobación - Inserción de la abuela - Se agudizan los problemas de la pareja no resueltos desde su inicio. - Infidelidad por parte de ambos cónyuges	Fam nuclear Triangulaciones Límites difusos Sobre involucramiento materno Jerarquía y centralidad en el padre	- Amor maternal - Constancia en las sesiones clínicas
Fam 5	Sub empleo (venta de discos) Nivel educativo de la madre e hijos secundaria Antecedentes de suicidio	-Violencia -Suicidio -Noviazgo	Fam reconstruida Límites difusos Centralidad en el P.I.	- Apoyo de la madre - Intensión de no repetir la historia de suicidio y de Violencia
Fam 9	Empleada en un hospital como parte de sus prácticas profesionales laboratorista clínico. Comprensión y apoyo de toda la familia para un integrante enfermo	-Problemas de salud - Inestabilidad laboral - Conflictos en la relación madre-hija - Necesidad de afecto y comprensión madre- hija	Fam nuclear Jerarquía y Centralidad en la madre	- Deseos de salir adelante

Cuadro 4. Familias con hijos adultos

De las tres familias que se clasificaron en esta etapa, dos jóvenes (mujeres) fueron pacientes identificados, ambas eran empleadas y en la familia con hijos adultos (varones) estos no trabajaban. Aunque solo es un caso, nos lleva a reflexionar ¿si algunos hombres pueden estar teniendo apatía en este mercado tan competitivo?

¿o que interacciones familiares, propician este retraso en la independencia económica? en la fam 1 y 9 se encontraron problemas de desprendimiento: En la primera familia influyo la sobreinvolucración materna y en la segunda, un problema de salud, factor que puede contribuir a continuar dependiendo económicamente de los padres. Así que la joven de la fam 9, se enfrento a la negociación de reglas nuevas, después de haber salido de su casa

para formar una familia, regreso como hija, aunado a que el problema de salud influyo para que continuara dependiendo de sus padres, en cuidado, y económicamente.

Aunque es natural que las madres se preocupen por los hijos, al igual que en las otras etapas, también en la etapa de hijos adultos, reportaron sentirse angustiadas. De acuerdo a lo mencionado por Díaz Guerrero (1994, citado por Hernández, 2005) en México la cohesión familiar se estructura alrededor de la madre, quien se desarrolla más en este rol que en el de pareja o mujer, cayendo en muchas ocasiones en la abnegación y sacrificio por cumplir con el cuidado y convivencia de los hijos, esto se vio en la Fam 1 la preocupación era porque sus dos hijos varones habían reprobado, no porque no trabajaban; la madre de Anel de la fam 5 se encontraba angustiada por la relación violenta de su hija con su novio.

Los hijos adultos que asistieron a algunas sesiones comentaron sobre la relación conflictiva con sus padres, se centraron también en otros temas como las cuestiones laborales, formación de la pareja (las mujeres). Y las madres casi no relataban sus problemas conyugales o personales, les parecía más provechoso centrar la terapia en los hijos. Esto reitera la importancia que tiene la relación madre-hijo para las primeras, quienes llegan incluso a considerar que su valor como mujer depende de el éxito que tengas sus hijos o marido.

En suma de esta muestra de doce familias, se identificaron ocho familias nucleares, dos familias monoparentales y dos familias reconstituidas. Que se conforman en promedio de 5 a 6 integrantes. Este promedio coincide con la encuesta a nivel nacional realizada por el INEGI, mencionando que las familias en México se conforman en promedio con 4.8 miembros, asimismo reporta que en promedio en cada hogar habitan 2.4 hijos, que de igual manera coincide con las familias 1,2 de nuestra muestra. También, estas cifras en cierta medida coinciden con los datos arrojados en el XII, Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2003) en el que se señala que de las composiciones que existen en nuestro país el 69.4% corresponde a familias con una estructura nuclear. En dicho censo también se hace alusión que los cambios en nuestro medio social han acentuado la aparición de nuevas constelaciones familiares como las monoparentales (se calcula que en México existen 3.6

millones de hogares que se encuentran en esta situación, de lo cuales el 81.7% tiene jefatura femenina) y reconstituida (no se especifican datos de estas).

En estas familias predomina el tipo nuclear, que según Ramírez (1977) esta estructura es considerada como “normal” y deseada, ya que los roles y funciones están delimitados; y esto proporciona a los menores la posibilidad de lograr una buena identificación y consolidar etapas de desarrollo. Y aunque la mayoría de las familias fueron nucleares, generalmente el padre era considerado ausente, no solo por los hijos o las cónyuges, Así que la realidad de estas familias dista de tal conceptualización teórica, esto también se refleja en la asistencia a las sesiones terapéuticas, pues solo en una de estas familias un padre acudió a la terapia. Esta situación coincide más con lo reportado por diversos autores (Díaz-Guerrero, 1994, Leñero,1983, Sandoval,1984) quienes mencionan que el que exista una estructura familiar de tipo nuclear no garantiza que el hombre participe en la dinámica familiar, puesto que en gran medida sus funciones se limitan a las de proveedor.

De manera adicional, se debe tomar con mesura el discurso de que los roles y funciones asignados a las personas con base en su sexo están cambiando; ya que como puede identificarse en la muestra esto no es comprobable y más bien se observa una sobre carga en la mujer(madre) por atender y/o ayudar a los hijos. En este sentido autores como (Oliviera; Jiménez y Salles, citado por Hernández,2005) señalan que la mujer es quien ha tenido una mayor apertura al cambio de lo que culturalmente era asignado, pero el costo que ha pagado ha sido alto ya que aun cuando aporta a la economía familiar sigue siendo la principal responsable del cuidado de los hijos y las labores domésticas; lo que han dado como consecuencias la presencia del fenómeno llamado “doble jornada de trabajo”, que repercute en su estado físico y emocional alterando las relaciones familiares.

Salles y Turian (1997) señalan que las exigencias de la vida moderna fomentan lo antes descrito, es decir la familia es vista como una unidad de consumo más que de producción, que requiere de más recursos monetarios para solventar sus necesidades, para lograr ello se ha incrementado el número de sus miembros que tienen que trabajar para sostener el hogar (mujer, hijos, etc) o bien, el hombre ha aumentado su jornada laboral a fin de conseguir

más dinero; esto último ha generado que el padre no escuche ni hable con su esposa e hijos, no comparta experiencias, expectativas e ilusiones; este abandono genera pérdida de contacto y comunicación, se hace altamente probable el fracaso matrimonial, además se abre la puerta para la infidelidad de uno de los cónyuges o ambos. Las relaciones extramaritales fueron una constante en las familias (fam 1, 2, 3, 4, 7,11), dicha situación podría ser explicado con base en lo aquí descrito.

Así mismo, el que uno de los principales motivos de consulta sea el problema de disciplina de los hijos(ya sea en el hogar o en la escuela), remite a considerar la falta de autoridad que se le asigna a la mujer en nuestra sociedad, quien a pesar de ser la principal responsable del cuidado y apoyo a los hijos no ostenta el papel de jefe de familia, el cual sigue en manos del varón, que por lo regular se encuentra ausente esta situación que como quedó acentuado en los párrafos anteriores afecta la convivencia e incluso satura a la mujer en actividades, que la orillan a padecer alteraciones en su salud. (fam 1, 7)

Respecto a los lados fuertes de las familias, llama la atención, el deseo de los usuarios por ser buenos padres y mostrar su amor materno, si bien la intención es buena cabría reflexionar el porque acuden a buscar asesoría solo cuando se ha presentado la problemática, tal situación nos habla de una falta de preparación para el ejercicio de la maternidad y/o paternidad; además de la falta de cultura en materia de prevención. En este sentido, la labor de los profesionales de la salud debería cobrar un papel más destacado, en colaboración con las instancias gubernamentales y de la sociedad civil, ya que en tanto no se de respuesta a ello los diversos problemas por los que atraviesan las familias seguirán ganando terreno afectando al tejido social. Además si a esto le sumamos los altos costos que la sociedad debe pagar en materia de atención (instalaciones, personal, capacitación, etc.) muchos de los servicios que brindan los profesionales se deberían abocar a la prevención.

Otro aspecto a destacar, respecto a los lados fuertes, o recursos de las familias, es que en la mayoría de las familias se valora y se propicia el estudio, ser profesionistas (fam1,9) tratar de ser buenos padres,(fam 1,2,6,7,8,10,11,12,) promover la comunicación (fam 8) amor

maternal (fam 2,4,7,8,10,11,12) esta ultima característica resalta el deseo en tener una buena relación con la madre que a su vez, esto contribuye al desarrollo psicoemocional de los hijos. Por ejemplo, Bartolucci (1994) concluyó a partir de estudios realizados con familias, que los jóvenes con logros altos, tuvieron padres que valoraron en alto grado la educación y el trabajo tenaz.

En el trabajo clínico, con los adolescentes se hacían alianzas alternantes, donde por una parte se apoyaba el derecho de los padres a tomar decisiones y al mismo tiempo se reconocía la actitud cuestionadora de los adolescentes.

Respecto al número de sesiones que tienen las familias como proceso terapéutico, nos lleva a pensar que un éxito terapéutico no puede definirse por un determinado número de sesiones, ya que en una sesión fue posible cuestionar la estructura y las realidades (fam 6) y familias con 8 y 9 sesiones (fam,1-10). Respecto a los modelos, la decisión de utilizar *el modelo estructural* en la fam 1 2 se justifica ya que en las sesiones pudieron asistir varios integrantes, lo cual nos posibilito observar la danza familiar e intervenir sobre ella. Las técnicas que se aplicaron de este modelo fueron cuestionamiento del síntoma, escenificación (fam4), cuestionamiento de las verdades familiares (fam 6) la búsqueda de lados fuertes.

Las técnicas del modelo de Terapia Breve enfocada a los Problemas, se aplicaron en las Fam 3 y 8 para contrarrestar el intento básico de solución, éstos intentos fueron que los clientes quería dominar un acontecimiento temido, aplazándolo, otra de las conductas observadas es que los clientes forzaban algo que solo podía ocurrir de manera espontánea y por supuesto, tratar de llegar a un acuerdo con otra persona (as) mediante la oposición. Las técnicas para contrarrestar estos intentos fueron la reestructuración, obteniendo resultados favorables.

Las técnicas del modelo centrado en las soluciones, más utilizadas y efectivas fueron la pregunta presuposicional (fam 7), la pregunta del milagro, y un trabajo de excepciones. Las preguntas de avance, fueron aplicadas en todos los casos excepto en el de la Srita Anel,

quien desertó del tratamiento, pero esta técnica fue muy eficaz ya que nos permitió evaluar el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.

Las técnicas del modelo de Milán fueron utilizadas en la fam 1, entre ellas estuvo un ritual de sesión, que consistió en la elaboración de una carta firmada por el equipo y entregada en sobre cerrado. Se destinaba al cliente para abrir y leerla en voz alta y en presencia de toda la familia incluyendo por supuesto al miembro ausente. La redacción de dicha carta debía provocar que el ausente se incorpora a la sesiones. Estas sesiones se llevaron a cabo bajo el interrogatorio circular que nos permitió conocer percepciones de la familia y a la familia les permitió tener otra visión sobre el problema. En los casos de la fam 1 y 8 dimos un giro terapéutico de la escuela de Milán a la Terapia Breve centrada en las Soluciones, porque ambas familias tenían una motivación al cambio, y reportaban excepciones al problema, así que se hizo la pregunta del milagro y se ampliaron excepciones.

Las técnicas derivadas del modelo Narrativo se aplicaron en las fam 2, 5,8 con José de la fam 2 se externalizaron los “nervios”, aunque Epston (2000) señala que la externalización parece adaptarse de forma natural a los niños, pues es compatible con el abordaje de juego. José no fue un niño con grandes ideas para luchar con el problema, algo así como encerrar al problema, mandarlo al espacio, etc., así que mi papel de terapeuta fue aportar una idea sugestiva y establecer una conexión con la imaginación del niño, y con Margarita de la fam 7 se externalizó la frustración después de casi 40 minutos de sesión, esto nos llevo a pensar en que los clientes pueden y deben ser cuidadosos para buscar un problema que sea significativo, ya que en ese tiempo dimos nombres como vergüenza, enojo, desesperación, y que frustración hasta que eligiera a un problema significativo para la cliente. Con B de la fam 8 se externalizó la pena, se hicieron preguntas de panorama de acción y conciencia, se utilizaron medios escritos en las fam 2, 7 y 8, diplomas, y cartas. Se hicieron equipos reflexivos. Para cerrar procesos terapéuticos se recurrió a las preguntas para asesorar a tu asesor (Epston,2000) que permiten a clientes que ya han vencido al problema, aconsejar a otros como hacerlo (fam 9).

Los principales temas y áreas problema nos remitieron a las tareas de desarrollo que al menos en estas tres etapas del ciclo vital se proponen, y que nos indica que las familias llegaron a consulta por un estancamiento en dichas tareas. (Por ejemplo, límites con la familia extensa, renegociaciones, etc.). Los temas como infidelidad, depresión, adicciones, violencia, problemas de salud, mencionados constantemente en los relatos nos lleva a pensar en la magnitud que están cobrando estos fenómenos: La depresión es diagnosticada ahora con más frecuencia en los niños, por supuesto es reportada en adolescentes y adultos matizada desde la melancolía hasta la ideación suicida (como en el caso de la joven de la fam 11, quien reportó 3 intentos de suicidio).

Ha resultado pertinente este análisis desde estas etapas de ciclo vital, pues como lo señala Baltes, (1978, citado en Graing, 2000) el desarrollo del ciclo vital es más que la mera interacción de los cambios históricos y de desarrollo, porque además proporciona un punto de vista histórico que nos permite entender como han cambiado con los años las actitudes hacia los niños y los adolescentes, la estructura familiar y los estilos de crianza.

Aunque 12 familias no representan una muestra significativa de toda la población, que atendimos en las diversas sedes, estos datos nos dan pauta para estructurar conversaciones, de acuerdo a la etapa de ciclo vital, apoyándonos en la experiencia del trabajo clínico. Nos da elementos para entender la indiosincracia de las familias, a partir de sus características socioculturales. Conocer los lados fuertes de las familias también nos permite realzar lo positivo, y hacer una terapia basada en los recursos.

1.3. Análisis y discusión teórico-metodológico de la intervención con una familia.

Los alcances de la terapia narrativa en un caso clínico.

Como lo señalamos en el marco teórico, este modelo considera que cada persona tiene historias que contar, estas historias son modeladoras en los actos, pensamientos y emociones y tienen efectos reales. ¿Pero qué lleva a las personas a terapia según este modelo? Gergen (1996) menciona que cuando las personas acuden a la psicoterapia tienen

una historia que contar frecuentemente, un relato hiriente que conspira contra un sentido de bienestar, de autosatisfacción o de eficacia, en tal relato, significan algunos de sus acontecimientos o creencias como “verdades” de la vida, no útiles, que oprimen sus posibilidades.

White (1993) señala que algunos relatos y significados contribuyen inadvertidamente a la “supervivencia ‘del problema. Las personas experimentan problemas, y los lleva a acudir a terapia, porque las narraciones dentro de las que ‘relata” su experiencia y dentro de las que su experiencia es ‘relatada” por otros no representan suficientemente sus vivencias. (p31) . Estos relatos pertenecen a una historia dominante. Las historias dominantes enmarcan varios temas, y relaciones, hechos en el tiempo, personajes del presente y del pasado, etc.

Cabe señalar que no es la reconstrucción o la sustitución de narrativas, el proceso es más bien enfatizar la narración y el pensamiento narrativo por la generación de significados a través del dialogo. Para White (1995) la terapia narrativa brinda un contexto que contribuye a la exploración de otras maneras de vivir y de pensar, ayuda a las personas a internarse en esos relatos que ellos juzgan preferibles y acompañar a las personas en el cuestionamiento de determinada estructura que hacen posible la dominación. “poner en practicas las interpretaciones o significados alternativos que estos relatos alternativos hacen posibles” (p.24).

Se eligió el caso de la familia 7, para demostrar los alcances de una intervención terapéutica basada en este modelo, reflexionando sobre las preguntas que coadyuvaron en la co-construcción de nuevos relatos, basadas en nuevos significados y premisas de agencia personal.

Se trata de una familia nuclear; padre 36 años que llamaremos José Luis, madre de 33 años, que llamaremos Margarita y tres hijos Brayán de 15 años, Kevin de 9 años y Axel de 1 año. El caso fue atendido en el ISSSTE Tlalnepantla. La derechohabiente Margarita solicitó el servicio de terapia familiar, reportando como motivo de consulta la dificultad en la relación con su hijo adolescente, en cuanto a reglas y disciplina, un fuerte sentimiento de

ineficiencia en la crianza y tristeza por que su esposo quien esta en Estados Unidos señaló no la apoya.

Dentro de un proceso de 8 sesiones, escuchamos un sin fin de relatos, pero aquellos más renombrados para la cliente, fueron los que involucraban su relación de pareja, aunque su motivo inicial, era implementar disciplina a su hijo adolescente.

Seleccione tres de estos relatos, que ella clasifico como la evolución de su relación de pareja; el primer relato es cuando ella se caso y dijo que su esposo no la quería, la segunda etapa donde el cambio y ella tomo esto para desquitarse de lo que había ocurrido en sus primeros años de matrimonio, y la ultima fase que contempla de cuatro años atrás a la fecha, cuando ella esta en la disposición de creerle que él la ama y ella de amarlo, olvidándole de los rencores. La cliente encontró que esta historia tenia estrecha relación con la crianza de sus hijos, respecto a la disciplina.

Primer relato “me quede a vivir con mi novio a los 15 años porque se me hizo tarde y tuve miedo de enfrentarme a mis padres, me quede a vivir ahí en casa de su mamá, después de 4 meses, me embarace, tuve mi primer hijo a los 16 años, descubrí que mi esposo tomaba alcohol desde los 13 años, y aún embarazada, él me fue infiel continuamente, cuando lo veía con la otra persona, me decía que me fuera a la casa, que la prefería a ella por estar bonita, y qué quién me iba a querer, me sentía frustrada porque yo quería una persona que me respaldara, mi padre no me hablaba y mi madre me apoyo en mi embarazo porque tuve amenazas de aborto, después de seis años nace el segundo hijo enfermo y me sentía más frustrada porque oía como los demás madres me decían tu hijo no camina y ya debería caminar, llegue a pensar que el niño había salido enfermo porque yo no lo quería tener y me llene de culpas, hasta que fui con un pediatra y el me dijo que mi hijo estaba bien, pero él (esposo) seguía con otras mujeres y yo comencé a dejarle al niño mayor, para que él se detuviera (a ser infiel), pero no, me llene de rencor, y decepción, a tal grado que me desquite siendo infiel”.

Segundo relato “ Mi esposo cambio, entonces me dije ¡va la mía!, y le dije te acepto, pero tienes que dejar a tu mamá y él lo hizo, me decía a mi misma tengo que ser dura, porque me esta funcionando, porque ser yo misma, ser atenta y cariñosa, no me ha funcionado, aunque me duela tengo que seguir siendo así.”

Tercer relato “ Tiempo después él se dedico a manejar un tráiler y me invitaba a sus viajes, en ellos tuvimos la oportunidad de hablar de nuestros errores, él decidió irse a Estados Unidos para ganar más dinero y antes de irse le encargo a nuestro hijo el mayor que me cuidara y yo me apoye en Brayan a tal grado que Brayan me decía como vestirme, me vigilaba con quien hablaba, nos volvimos muy dependientes, hasta dormíamos juntos, Brayan se ha rebelado, ya no obedece y me dice que estoy amargada, se fue de la casa dos días y regreso, pero no hago que me obedezca siento la frustración y el enojo, porque mi esposo me dice que me apoya (de lejos) pero no esta aquí, o me pregunto si hubiera sido mejor que me dejara. Pero a veces siento que me esta gustando mucho esta soledad y me esta gustando tomar mis decisiones”.

Estas descripciones reflejan como Margarita organizó su experiencia y le dio sentido por medio del relato, y que estos relatos tienen aspectos escogidos de la experiencia vivida. El efecto que tienen esos aspectos seleccionados ha moldeado su vida y sus relaciones, y lo que piensa de ella misma. Por suerte, los relatos no pueden abarcar toda la experiencia vivida y están llenos de lagunas, que las personas deben llenar para que sea posible representarlos, estas lagunas activan la experiencia vivida y la imaginación de las personas. Los relatos tienen un comienzo (historia) un medio (o presente) y un fin (o futuro), la interpretación de los eventos actuales están tan determinados por el pasado como moldeados por el futuro.

Con base a esto, el objetivo de la terapia fue aportar nuevas posibilidades más deseables, nuevos significados, que experimentará M como más útiles, satisfactorias y con un final abierto. Pretendimos convertir la terapia en un espacio de re-valorización de la persona, un espacio en la co-creación de elecciones posibles, un espacio para tener conversaciones que configuraran realidades nuevas y a través del lenguaje dar a los hechos la forma de relatos de esperanza.

Para tal tarea, se buscaron acontecimientos extraordinarios que contradijeran la historia saturada del problema, estos acontecimientos contemplan aquellos sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, que tienen una localización histórica, presente o futura y que caen fuera del relato dominante.

El modelo propone que la identificación de estos acontecimientos se facilita mediante la externalización del relato saturado de problemas, como tal relato es tan amplio se comienza primero externalizando el problema y después preguntando sobre la influencia del problema en la vida y las relaciones, la externalización es un mecanismo para ayudar a los miembros de la familia o a las personas a apartarse de las descripciones saturadas del problema de sus vidas y sus relaciones. White señala que el descubrir la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona favorece a que ésta identifique ciertas creencias acerca de ella misma.

Se externalizaron a lo largo del proceso terapéutico, varios problemas. El principal, le llamamos “frustración”, los efectos que la frustración tuvo en el pasado era deprimirse, pensar que ella era fea, compararse con otras mujeres y preguntarse porque otras mujeres tenían a una pareja que las apoyara y ella no, “el desquite” fue otro de los problemas externalizados que la hizo pensar que ser dura de carácter, es una forma de ser que funciona, el desquite traspaso la relación de pareja, al desquitarse con sus hijos, la convirtió en alguien que no era, se externalizaron los mandatos femeninos y masculinos tal como “a las mujeres ni todo el amor, ni todo el dinero” “ las mujeres debemos ser sumisas y obedientes “ “si el marido te dice fea, hay que creérselo “etc, otro mensa je que influyo en sus vida fue que al tener su primer hijo, su madre le dijo :” si tu marido te apoya, que bueno, si no es tu responsabilidad sacarlos adelante como sea” de ahí se derivó otro problema que también fue externalizado en varias ocasiones “la exigencia”, que la llevaba a querer resolverlo todo, a pensar que no debía pedir ayuda Incluso en otras sesiones, la exigencia no le permitía a Margarita evaluar los cambios positivos que estaba haciendo en su vida.

Sin embargo, en este proceso de exteriorizar los problemas, observamos que la actitud de M cambio pues esto dio a la cliente la perspectiva que ella se enfrentaban a un problema y no que ella era un problema. La externalización de la frustración fue un proceso que duro aproximadamente 40 minutos, y que en tal tiempo nos llevo a dar varios nombres al problema, enojo, desesperación, venganza, etc, co-creamos con la paciente el nombre que le fuese más significativo. En este mismo proceso percibimos que la externalización de

conversaciones y vivencias alentó a M para que se diera cuenta de los efectos que tenía en su vida el problema (creencias, desquite, enojo, frustración),

Después de esto, M estuvo en mejores condiciones para identificar los acontecimientos extraordinarios y pudo experimentar un sentimiento de agencia personal. La agencia personal es entendida como ‘la percepción de competencia para la acción’ (Anderson, 1997).

Al ir M descubriendo y describiendo algunos acontecimientos extraordinarios la invitamos a atribuirles significados introduciendo diversas preguntas.

Las preguntas que invitaron a M a explicar los acontecimientos extraordinarios fueron:

¿Cómo pudiste no caer de nuevo en la depresión?

¿Que hay dentro de ti misma, que te ayuda a enfrentar esos problemas?

¿.Cómo le hacías para oírte a ti misma, y hacerte caso?

El hecho de que Margarita juzgara positivos estos acontecimientos extraordinarios nos indico que de algún modo se ajustaba a una vida mejor. Reflexionar sobre estos acontecimientos abrió la posibilidad de identificar valores y compromisos preferidos.

Las preguntas de panorama de acción, nos ayudaron a localizar en el tiempo, sucesos particulares en donde ella estuviera participando activamente a través de intenciones y acciones, en nuevos paisajes alternativos. Por ejemplo se le comento ¿ Todo esto que haz hecho es ganarle al problema? ¿En que cosas todavía te llega a ganar?, meses antes ¿ cómo esto era diferente?,¿De qué manera esta relación que tuviste con tu hijo, le ayudo a él a hacerse responsable?, ¿Qué verán ellos en ti, para que se estén comportando así?,¿Si tu esposo decide regresar que tipo de mujer encontrara? etc.

Algunas de las preguntas que invitaron a redescibirse a si misma y a redescibir a otros y sus relaciones según lo que reflejaron los acontecimientos extraordinarios fueron:

¿Eso quiere decir que le hiciste más caso a tu voz que a las órdenes de tu hijo!

¿Qué te dice esto de la clase de mujer que eres ahora?

¿Qué te dice de ti misma, el hecho de que estas aprendiendo a manejar, y a tomar decisiones, a poner reglas a tus hijos?

¿Qué te dice de ti, el hecho de haber dejado el desquite fuera de tus relaciones?

¡Y ahora que te estés dando un tiempo, para ti misma!, ¿Qué significa esto sobre la forma que estas enfrentando los retos?.

Las preguntas de panorama de conciencia: incitaban a que las creencias y deseos de M se hicieran suficientemente coherentes para llamarse “estilos de vida” ¿ Qué piensas de ti misma, el haberte logrado controlar?. ¡Ahora que tú sabes esto! ¿Cómo crees que esto influye en tus nuevos retos como mamá?

Preguntas referentes a experiencia de experiencias: estas preguntas incitaba a M a dar una versión de lo que creía o imaginaba que otra persona pensaba de ellas. Estas preguntas promovieron la disposición de aprender a orientar nuevas formas de hacer las cosas que agregan valor a lo que las personas hacen.

El organizar la experiencia de los acontecimientos en secuencias temporales incluyendo lo que se creará en el futuro da a las personas un sentido de continuidad y significado en sus vidas y se apoyan en esta para interpretar las experiencias anteriores. Esto permitió que M percibiera el cambio en su vida, experimentó como su vida progresaba y le permitió percibir que estaba cambiando.

A medida que se co-construían relatos alternativos, los relatos dominantes, perdían fuerza, para dar campo a los relatos que describían cambios, se conversaba más de cambios, eficiencia, y alcances.

El equipo favoreció nuevos relatos al ser público y hacer públicas sus reflexiones, sobre los relatos de M. En el proceso terapéutico se hicieron tres equipos de reflexión, estos son algunas de las reflexiones del equipo:

T1: ¿Ahora que M ha dejado el desquite, me pregunto que pasara en su relación? Pero ante todo como le hizo para dejar el desquite de lado?

T2: Oír a M hablar de las mujer que había sido y no era, Me dio curiosidad saber que tipo de vida quisiera M ¿ y que papel jugarían los demás, en esta vida?

T3. Al oír a M, oía las voces de los mandatos para las mujeres, y me pregunto si su marido no oía la voz de los hombres, las voces han hablado por las personas, a ella le dijeron tienes que agradar a tu hombre, girar alrededor de él. ¿Será que la distancia y los golpes de la viva que el ha recibido han hecho que se escuche y por eso el esta cambiando?. Y también cuando te ponen el nombre de Flor, hay un mensaje, tendrás que ser una flor delicada, perfumada, me pregunto .¿ cuantas voces no le permitirán a Flor oír su propia voz?

La experiencia de M ante las reflexiones del equipo fue muy útil, pues ella continuamente hacia referencia a los comentarios del equipo, y orillaron a algunas de estas acciones: estableció reglas. leyó más, escribió cartas para expresar sus sentimientos, (cartas a la exigencia, a su hijo Brayan). Realizo la siguiente declaración a su esposo “mi esposo me dijo por teléfono que valgo mucho, y yo le conteste, que si y que quiero que me valore, y que me quiero tanto que”...“Soy una mujer que toma decisiones, una mujer que dice lo que piensa, ¡ya no me quiero callar!, porque hay creencias que me hicieron pensar eso, mucho tiempo”.

En el proceso terapéutico se realizó una co-terapia en la que participo la supervisora Mtra. Rosario Espinosa, en esta sesión M informo que había fallecido su hermano de VIH, así que en comenzamos a recordar, es decir conversamos sobre su hermano como persona significativa, que había muerto de SIDA unas semanas antes, para que a través de él, M, identificara el legado que su hermano le había dejado de “ser feliz”, y la percepción que tuvo su hermano de ella como hermana, para ampliar su fortaleza. Así las preguntas sobre los otros significativos reafirmaban y creaban un contexto de validación de nuevas narrativas, de capacidad, competencia, poder, jerarquía sobre su propia vida.

En las ultimas sesiones, se enlistaron dentro de las conversaciones los cambios logrados, esto generaba y afianzaba un mayor conocimiento de si misma; en este sentido podemos usar la regla que a mayor conocimiento de si misma mayor empoderamiento aceptando que

poder y conocimiento son inseparables, que un ámbito de conocimiento es un ámbito de poder y un ámbito de poder es un ámbito de conocimiento.

Llegaba el momento de usar los recursos escritos, estos usados en la terapia promueve la formalización legitimación y continuidad de los conocimientos y autoridad de las personas y crea un contexto para el surgimiento de nuevos descubrimientos y posibilidades.

Con la intención que M se hiciera consciente de hasta qué punto había sido capaz de reavivar sus procesos discursivos de atribución de significado a la experiencia, se le pidió que redactará una narrativa sobre su historia en la terapia, para dar a conocer su capacidad de cambio. Por otra parte, dado que no planteamos el cese de la relación terapéutica desde la metáfora del duelo, sino desde la del ritual de paso (véase Epston & White, 1995) co-creamos un Diploma que especificará los logros de M como consecuencia de dicho "tránsito".

Se otorga el presente

D i p l o m a

A: Margarita

Por darse sus satisfacciones, por volver a renacer, por tomarle sentido a la vida

Y lo logro reconociendo que necesitaba ayuda, y repetirse constantemente cosas positivas, y dejar de ponerse su barrera y sabiendo que los problemas, tienen solución.

Respecto a sus hijos ha recuperado la confianza y utilizado la disciplina-amor.

Esto es el resultado del compromiso activo de M en la re-organización de su experiencia y en l entendido de ser actriz y escritora de su propia representación. Puedo concluir que la narrativa creo un contexto que apporto nuevas posibilidades a la vida de M, de sus hijos y de sus relaciones laborales y de pareja.

Haber conversado sobre poder, posibilidades, acciones, mayor conciencia, contribuyó a la re-valorización de la persona, a una desvictimización. Las conversaciones sobre posibles hechos en el futuro se convirtieron en relatos de esperanza. La externalización, fue un

proceso continuo de ideas, sentimientos, acciones positivas y negativas que surgieron a través del diálogo, y que le ayudo a M a enojarse con el problema y no con ella misma.

Estos relatos de independencia permitieron una auto dirección, es decir, decidir por ella misma lo que quería y no quería, y a su vez desarrollar un sentido de confianza interior.

1.4 Análisis del Sistema Terapéutico Total.

En la experiencia de observador en la clínica de terapia familiar Iztacala, se conformaron muchos sistemas a observar

1)El sistema de terapeutas, formado por un grupo de terapeutas(de la primera generación), y uno de ellos responsable de un caso y el supervisor 2) El sistema terapéutico formado por el sistema familiar más el terapeuta, 3) El sistema de supervisión conformado por el equipo de supervisados más el supervisor, 4)El sistema terapéutico total que se conformo por el sistema terapéutico más el sistema de supervisión y un quinto sistema formado por el equipo de observadores (la segunda generación) que miraba al sistema terapéutico total.

Aunque yuxtapuestos cada uno tras el espejo observe en las ideas de los supervisados distintas visiones de los integrantes de la familia, al parecer el mirar toca lugares que viven los terapeutas (residentes de la primera generación) que coincidía con su etapa de ciclo vital, o por alguna experiencia de historia de vida, no faltaba la expresión “yo desde mamá de un hijo adolescente”, lo cual transmitía una riqueza de percepciones sobre la vivencia del problema. En el sistema de terapeutas hubo un ambiente de respeto, donde todos los puntos de vista eran escuchados, era de llamar la atención los discursos tan semejantes, se daba un consenso en la intervención y el mensaje se elaboraba con cada una de las ideas del sistema de terapeutas. Creo que, estos consensos surgían porque todos revisaban las mismas lecturas, creían en una semejante definición del problema y sin darme cuenta, ya entendía yo el mismo lenguaje, probablemente plantear mis ideas en voz alta me hizo adherirme, y dejar de observar, para volverme más participante, me sentía en sintonía más

con la primera generación pues yo había cursado dos diplomados y tenía la revisión (muy breve) de los modelos sistémicos, a diferencia de mi equipo, quienes no tenían este conocimiento previo. Cabe señalar que aunque hablamos de un consenso de conceptos no se perdió la singularidad de los terapeutas, del supervisor, del equipo.

Así, como observador comencé construyendo una forma de conocer, a través de los conceptos que mencionaban los terapeutas más expertos, al parecer había un mismo modo de conocer los problemas, las alternativas y las soluciones, pero mi mirada era más centrada al equipo, a los supervisores que a la propia familia.

Creo que tuve la capacidad de adaptarme a la carga informativa del contexto, podría decir que esta adaptación me fue posible a partir de la observación de mi entorno, lo que me produjo conocimiento y establecer una conexión válida con aquello a lo que llamaba "la realidad". En la experiencia de observador incorpore nuevas formas de pensar sobre las razones por las cuales aparecen los síntomas, desde el estructural, miraba estructuras familiares, alianzas, coaliciones, jerarquías disfuncionales; etc; desde la terapia centrada en las soluciones observada recursos, excepciones etc; desde las posturas narrativa o colaborativa, observaba el papel de las estructuras sociales, los significados, y pretendía entrelazar ideas que permitieran disolver los problemas, etc., cada marco de referencia me hacía introducirme en una realidad terapéutica.

Así al crear conocimiento tuve la oportunidad de distinguir un mundo de posibilidades, como también algunas dificultades.

Virseda (2000) exponen las múltiples dificultades que experimentamos los terapeutas familiares, entre estas, una mirada más al exterior, donde el terapeuta pone atención a aspectos positivos de los demás o los aspectos negativos para intentar mejorarlos o cambiarlos, pero estas miradas son focalizadas a manera que dificultan que el terapeuta vuelva esos aspectos en su propia realidad, en la propia persona, en su familia.

Para algunos clientes, los terapeutas constituimos una presencia de cualidades positivas que reafirman una imagen ideal del terapeuta familiar, el riesgo es que según este autor se

puede creer que el terapeuta esta por encima de los problemas o fantasea que los tiene controlados, “debe ser un buen esposo “un buen padre, eso es lo que creen los pacientes de su terapeuta.

Esto es algo que no hay que perder de vista, retomar la percepción que el cliente tiene de mi como terapeuta, como persona, las expectativas de cambio pueden ser altas, al pensar que si tenemos las habilidades para resolver problemas podremos ayudarles, o al contrario “ el psicólogo tiene más problemas que yo”, lo más importante no es como nos miran nuestros clientes, sino que hacemos nosotros con esa expectativa, nos exigimos o nos desmotivamos, ¿es necesario el reconocimiento, para ser más eficiente?

Los aspectos de mirar a los otros y que los otros miren lo positivo se complementan (a veces se sustituyen) y en ocasiones y con determinados terapeutas con los aspectos contrarios, Virseda menciona que en algunos terapeutas se tiende en demasía al autoexamen hipercrítico de si mismos y estos aspectos negativos se centran en la propia persona o un su quehacer profesional, se hacen responsables en forma exagerada por todos los acontecimientos, sobre todo los negativos de su vida y de la conducta de pacientes.

Señalo esto, porque este autoexamen hipercrítico solía darse en la vivencia de la supervisión, en algún momento me sentí con un compromiso de aplicar lo aprendido en clase, de aplicar la experiencia, de superar las habilidades desarrolladas en un semestre anterior, o planear una tarea o mensaje brillante pues era mi labor como integrante del equipo terapéutico, más que de estar atenta en la familia aunque afortunadamente tiempo después, podía estar atenta en lo que hacia el terapeuta a cargo, y a su vez, identificaba más las técnicas.

En las conversaciones que teníamos en la pre-sesión, en la sesión (a través del teléfono) y en la post-sesión, comentábamos sobre el efecto que tenia en nosotros, la forma en como se dirigía el supervisor al supervisado en tanto tono de voz, y numero de llamadas, algunos festejaban, cuando tenia menos indicaciones por vía telefónica pues entre más llamadas se recibía, pensábamos que la sesión o nuestras preguntas iban por mal camino. Pero las

llamadas para unos de mis compañeros eran muchas, rebasaban el límite de libertad para conducir la terapia, a mí, me parecían útiles, solo guías. Pero si me cuestionaba como estarían interpretando la familia frente a mis tantas llamadas. Los mensajes analógicos y digitales, de los mismos compañeros, a mi me generaba mucha ansiedad, que al terminar una sesión y las supervisoras pedían comentarios sobre mi trabajo, había un silencio sepulcral, que yo interpretaba como falta de interés hacia mis sesiones. Se hacían comentarios sobre el caso, su evolución o nuevas líneas de trabajo, pero escasamente sobre el trabajo del terapeuta, (eso era algo que extrañaba de mis sedes anteriores, ISSSTE YCCH). Esta falsa idea, de el numero de llamadas se disipo, cuando la supervisora comento que ella no lo hacia porque el terapeuta fuera por mal camino, sino porque ella reconocía que una de sus recursos como terapeuta y supervisora es su amplia visión sistémica , que le permitía ver todo,(siempre más allá de lo que el equipo de supervisión podía describir), y que ella consideraba importante comentar estas ideas, para ampliar nuestra visión, salirnos de esa parte de la realidad que veíamos, para pensar en otras más, después de esta conversación me dejo de ser amenazante.

Ambas modalidades, dividir a la familia y al equipo por una cámara de gessel (Clínica de T.F Iztacala) o sin división (CCH e ISSSTE) me gusto, y le encontré algunas ventajas, en el trabajo con cámara de Gessel, cuando me encontraba del otro lado del espejo con las supervisoras y mi equipo, y otro era terapeuta, algo que me gustaba era que podíamos discutir sin que la familia escuchase que hablábamos, identificábamos más prontamente, alguna premisa, mito familiar, intento de solución repetido, excepción, etc. se comentaba ante el grupo, se redondeaba una idea, y se le llamaba por teléfono al terapeuta a cargo, en el ISSSTE y en el CCH generalmente nuestra participación era en la elaboración del mensaje, no en el transcurso de la sesión.

Me agrado tener nuevas supervisoras, eran dos en cada día de supervisión, pues la sede era la misma, todas las supervisoras no solo tenia estilos diferentes sino que eran complementarias.

El hecho de haber contado con dos supervisoras promovía una visión binocular, porque el mapa que hacen dos es mucho más complejo que el que hace uno solo. No es como, con los objetos, que al pedir hacer una descripción de este, quizá habrá, pocas discrepancias, pero si se solicita la descripción de una persona o familia las discrepancias aumentan, porque hay factores que producen una distorsión; por ejemplo, los intereses o emotividad puestos en juego. Creo que al igual que nosotros, los supervisados, las supervisoras también veían con los ojos de su propia historia, de ciertos valores aceptados, de la experiencia clínica y por supuesto de su experiencia de vida, cito un caso en donde una madre solicito consulta porque tenia problemas con su hija adoptiva, la supervisora A, decía que la hija no la siente como la madre.y así por varios minutos la sesión transcurrió, hasta que la supervisora B lanzo la interrogante” será también que la madre, no se vivencia como la madre, por no ser la madre biológica”. Esto ejemplifica claramente la complementariedad, y riqueza de varias miradas.

Respecto a los modelos que revisamos teóricamente y que sustentaron las sesiones fueron el de Terapia Breve Centrado en Soluciones y participe en equipos reflexivos con estas dos modalidades percibí que comenzamos a mirar más recursos, habilidades, fortalezas, ahora nos estábamos construyendo como terapeutas orientados al cambio, a través de hacer cierto tipo de preguntas (las favoritas: pregunta del milagro, bola de cristal, escala, y el preámbulo “yo me pregunto” “¿a mi me conecto” etc.) Esto definitivamente estaba informando de lo que nos parecía más cómodo, era más evidente el estilo de cada uno, se habían revisado varios modelos y se observaba en las sesiones diferentes técnicas, ya habíamos aprehendido, habíamos incorporado las técnicas, las bases teóricas, como dice Minuchin, “habíamos tirado el libro, después de leerlo”

Conforme íbamos en semestres más avanzados, la retroalimentación entre nosotros los terapeutas, hacia el desempeño del terapeuta a cargo disminuyo, los comentarios solían ser repetitivos, creo que era porque ya teníamos claro un estilo. En cambio, las supervisoras de una u otra manera continuaban trabajando la persona del terapeuta. En el ISSSTE la supervisora promovió que la retroalimentación hacia el terapeuta, se iniciará con

comentarios de el mismo (preguntando que te gusto de ti) y después al equipo y por ultimo el comentario de ella.

Las supervisoras confiaban más, nos dejan más solos, incluían menos anotaciones en el pizarrón hacían notar nuestros avances de un semestre a otro.

En cuanto a los progresos de las familias, en el últimos semestre tuvimos menos deserción, pienso que porque los terapeutas creímos más en las familias y en lo que hacíamos. Los pacientes reportaban cambios más rápidos en ambas sedes. Con familias de recién ingreso, confiábamos más en nuestras intervenciones, también nos apoyábamos por ejemplo, a veces el equipo se isomorfizaba con la familia, es decir se comportaba con un miembro de la familia, por ejemplo con el adolescente como si fuéramos los padres, pero el equipo estaba atento para señalarlo y poderlo consultar con las supervisoras. En contadas ocasiones, en las terapias de seguimiento, se percibía un cansancio o desinterés por continuar con estas familias. No alcanzo a distinguir si era por la ausencia de una supervisora que englobara ideas o porque se estaba perdiendo la integración y compromiso como equipo de trabajo, considero que estábamos haciendo más de lo mismo y no un análisis exhaustivo de lo que ha funcionado o hasta decidir cambiar el modelo teórico, la pre- y post sesión habían desaparecido

Así de manera general el estar sin supervisión directa, nos hizo asumir una mayor responsabilidad, al estructurar mensajes, que ayudaran al cambio, y tener cuidado por ejemplo, de no validar lo que el cliente pensaba de si misma (negativamente), no quedarnos en la emoción sino hacer intervenciones, por ejemplo un reencuadre, no perder las excepciones. Así que en este trabajo sin supervisoras solíamos estar más atentos y preguntarnos ¿que cosas estamos haciendo, más de lo mismo?, ciertamente, esta experiencia fue una preparación para nuestro trabajo clínico terminando esta formación.

El trabajo en red, me permitió tener la oportunidad de trabajar una coterapia, y de ser supervisada en esta. Me ayudo a conocer mi estilo, en todas las sesiones, iniciaba mi compañera y después yo continuaba el desarrollo de las sesiones, fue un entrenamiento para

no entrar en simetría. Aprendí ha acoplarme, además de ello, experimente la influencia del sistema de adolescentes y nosotras, y la flexibilidad para incorporarnos al sistema de madres. La supervisión me pareció muy enriquecedora, pues me permitió mirar como me relacionaba con otra colega en el manejo de grupo, y puso a prueba las habilidades adquiridas.

Por ultimo quiero mencionar, que en la residencia asistí a seminario llamado ‘Escuela de Milán’ impartido por el Dr. Giafranco Cecchin, Director, Centro Milanés de Terapia de la Familia. le había comentado a mi tutora y supervisora, que me sentía preocupada en un caso, ella me propuso participar en este seminario, llevando a dicha familia y que el Dr. Cecchin guiara la sesión, considero que esta ha sido una de las experiencias más significativas de supervisión, pues no solo había tenido hasta ese momento la fortuna de ser dirigida por todas las supervisoras de la residencia, sino por uno de los terapeutas familiares más reconocidos en el mundo. La experiencia fue grata por varios aspectos, uno porque alguien había confiado en mi, para ser expuesta ante muchos terapeutas, confiar que ante cualquier pregunta del Dr. Cecchin podría fundamentar teórica y estratégicamente el caso, dos porque a ojos de mi tutora/ supervisora y otros podría representar orgullosamente a la FESI y a la residencia en Iztacala, y tres porque me ayudaría a darme nuevas líneas de trabajo. Y aunque esta familia no siguió en terapia, estar ahí fue una oportunidad para ser mirada entre muchos terapeutas, hacer presencia Institucional, y aunque fallecido recientemente el Dr. Cecchin, es un privilegio haber sido una de las ultimas supervisadas en México por él. Las aportaciones que el hizo a mi vida, fue que me cuestione respecto al caso y a otros ¿a que ideas soy demasiado fiel, identificarlas y ser irreverente con ellas. e incorporar su cuento (la cola del tiburón) que narro en el seminario”“ }

Había una vez, un grupo de científicos que construyeron un tiburón tan perfecto, que podía oler la sangre de su víctima a miles de kilómetros, cazaba rápidamente, tenia excelente visión, etc., un día sin querer se rasgo su cola y sangre, su perfección lo llevo a morderse la cola y a comerse el solo.

Esto me llevo a incorporar la idea de que, las verdades absolutas se convierten en problemas, que tener una idea de cómo funciona la familia, creerse experto en el funcionamiento de la misma, es un deseo peligroso, todas las familias son originales, evolucionan, tienen reglas

diferentes. Ahora creo que con esta idea, pretendo en cada sesión ser simplemente más curiosa. Me llevo a pensar ¿cómo puedo utilizar mis prejuicios de manera terapéutica? ¿A que idea estoy muy apegada y a la cual no quiero renunciar?, pero sobretodo a poner a prueba mis ideas.

Otra distinción importante en este proceso es la empatía positiva me parece que contiene elementos útiles en la realidad terapéutica. Si las familias conversan con una serie de terapeutas, que están atentos, que son amables, amistosos, compasivos, con buen trato, sabemos que pueden desarrollar sentimientos positivos hacia el terapeuta y el equipo y así al contrario si se perciben un aburrimiento a sus relatos, las familias seguramente pueden generar sentimientos negativos hacia nosotros sus terapeutas, la terapia es una relación social por naturaleza. De igual forma la empatía que tengamos como compañeros de equipo, fomentara las participaciones o la abstinencia de esta, el reconocimiento o la descalificación, que en si, generaran efectos en el sistema terapéutico total.

La comunicación que se da entre terapeutas, supervisoras, equipo y familias atendidas, es un elemento importante en observar, algo que me brindo este ejercicio de observador fue la comprensión que en el espacio de terapia, la comunicación, las redefiniciones, las tareas no solo son un intercambio verbal, sino un espacio donde el significado de las palabras está en las personas y no en las palabras, y como las personas adquieren experiencias distintas, y debido a estas su forma de captar, interpretar y proyectar lo que han captado del otro es muy particular, peculiar y a veces distintos, es necesario estar al pendiente de las reacciones y efectos de las tareas o mensajes, del efecto de las preguntas en nuestro consultante, de mis compañeros ante mis comentarios, y en general en la forma en como me conduzco.

2. Habilidades de Investigación.

2.1 Reporte de la Investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa

LA INVESTIGACION CUANTITATIVA

La violencia en la familia.

Gelles y Straus (1988, citados en Corsi, 1995); Careaga,(2002).han realizado estudios donde concluyeron que una estructura familiar disfuncional, se asocia con algún problema de índole psicosocial (como el del la Violencia intrafamiliar) problema que afecta a toda la familia y que es manifestado por alguno de sus miembros. Con base a ellos, se decidió realizar un estudio donde comparáramos la funcionalidad familiar en dos grupos de familias, clínicas y no clínicas. La muestra para el grupo de familias clínicas se formó por 10 mujeres de entre 30 a 39 años que vivían en pareja, casadas o en unión libre, y que solicitaron atención en el Centro de Atención a la Mujer (CAM) por situaciones de violencia dentro de su familia. El grupo de familias no clínicas estuvo representado por 10 mujeres que no reportaban haber experimentado dentro de su familia nuclear episodios de violencia. Para evaluar el funcionamiento familiar, a ambos grupos se les aplico la Escala de Funcionamiento Familiar, desarrollado por la Doctora Emma Espejel.

Se encontró que en las familias no clínicas el puntaje global de funcionalidad se correlacionó positiva y significativamente con todas las áreas evaluadas. En tanto que en las familias clínicas el puntaje global se correlacionó de la misma forma con las áreas de autoridad, control, afecto, apoyo, conductas disruptivas y comunicación, estas áreas se relacionaron con niveles inferiores de apoyo, ayuda y comunicación en las familias.

INVESTIGACION CUALITATIVA

El contexto de la violencia. Un estudio de caso.

Se realizo otro estudio cuyo objetivo fue investigar el contexto en el que surge la violencia, considerando las áreas de autoridad, afecto, comunicación, y recursos encontrados en la investigación cuantitativa, pero reconociéndolos en su forma narrativa. Para ello se analizó la historia narrada de una madre de 38 años de edad, que refirió haber experimentado

violencia por parte de su pareja. Esta persona participó en la investigación anterior, perteneciente a las familias clínicas.

El muestreo fue intencional y se realizó un estudio de caso de carácter instrumental. La técnica de investigación utilizada fue: la entrevista a profundidad. Se abordaron temas relacionados con: 1) La forma en que la entrevistada experimentaba la autoridad, 2) El tipo de mensajes verbales y no verbales evaluados por ella como violentos y 3) Los recursos personales y familiares para construir una relación libre de violencia.

En relación a la autoridad, entre otras cosas, refirió que: en su familia de origen ésta era ejercida por los hombres, especialmente su padre. Desde pequeña aprendió que “uno como mujer tiene que obedecer a su hombre”, de no ser así se justifican los golpes y todo aquello que “te haga reaccionar”. Comentó que pese a que sus hermanos hombres tenían mayores privilegios que las mujeres también eran maltratados por su padre. En ellos el maltrato más que físico era emocional, pues ante cualquier manifestación afectiva éste les hacía saber que eso solo lo hacían las “mujercitas.

Las formas de maltrato de su pareja hacia ella las mantiene silencio. En cuanto a sus sentimientos presentes, señaló que son confusos y ambivalentes. Por un lado siente coraje y resentimiento contra las figuras que la han maltratado, su padre y su esposo principalmente, porque sabe que le han hecho mucho daño. Sin embargo, dice que muchas veces el ser rebelde los orilló a que la corrigieran de esa manera, situación que debe agradecerles. A ambos los ama. A su padre le agradece el haberle dado la vida y ver por ella por mucho tiempo, y a su esposo el haber decidido compartir con ella su vida.

Entre los recursos identificados en la persona entrevistada tenemos: Permitirse cuestionar premisas como que: “la autoridad puede expresarse a través del insulto y el control” y que “la violencia sea una forma natural de relación”, asistir a un proceso terapéutico para enfrentar el problema de la violencia en la pareja, reconocerse como una madre valiosa que lucha por enseñarles a sus hijas que se puede establecer una relación diferente a la que ella ha establecido con su padre.

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.

3.1 Productos Tecnológicos

V*ideos*

El programa de Maestría, en su Residencia en Terapia Familiar Sistémica se propuso colaborar al desarrollo de dos videos formatos VHS, como productos tecnológicos, que pertenecieran al programa y que pudieran ser consultados por todos aquellos interesados en el campo de la psicoterapia. Dirigidos primordialmente a estudiantes de psicología con orientación familiar.

El contenido temático del vídeo que lleva bajo titulo “El modelo estructural” tiene una duración de 25 minutos, dividido en los siguientes temas: Antecedentes teóricos y ejemplificación técnicas (retomadas de fragmentos de intervenciones realizadas con casos clínicos reales atendidos por los residentes de la primera generación del programa de maestría, que amablemente nos proporcionaron sus videos). Así este vídeo constituye la aportación clínica de los residentes de la primera generación y el diseño de los residentes de la segunda generación.

El video “el Modelo estratégico”, tiene una duración de 24 minutos, su contenido temático incluye los antecedentes teóricos del modelo, así como una explicación y ejemplificación de las etapas del proceso terapéutico y de técnicas de intervención tales como las, paradojas, metáforas, redefinición, y ordalías a través de dos casos clínicos.

Estos vídeos atiende a la necesidad de incorporar herramientas didácticas que contribuyan a la formación de terapeutas familiares, cada vez más especializados en estos modelos, además de ser una herramienta de apoyo a la docencia, que cuenta con la más amplia tecnología y que ofrece elementos para realizar análisis teórico-metodológico de casos clínicos.

Manuales

Se elaboraron tres manuales como parte de la formación de la Residencia, un manual del Modelo Estructural, Terapia Breve y Terapia Centrada en las Soluciones.

Estos manuales por su diseño por pasos nos ayudan a comprender claramente como se lleva a cabo la detección, el diagnóstico y la intervención de procesos terapéuticos. Además permiten integrar los fundamentos teóricos de las técnicas y procedimientos que se emplean en la práctica profesional.

Talleres

Este es una breve descripción de los contenidos de seminarios, talleres, y cursos que fueron actividades complementarias de la residencia.

“Pasado, Presente y Futuro de la Terapia familiar: Conversaciones Intimas” Lynn Hoffman, Harlene Anderson

Este fue un evento organizado por el Grupo Campos Elíseos, en este seminario Hoffman refirió que ella mira a la terapia familiar fuerte en México, Y que las preguntas reflexivas han facilitado la relación terapéutica. Su aportación es el supuesto que el sistema crea al problema versus la idea de que el problema crea al sistema, los problemas no se resuelven versus los problemas se disuelven.

Por su parte Harlene, expuso su idea del No conocer de escuchar para hablar contra hablar para escuchar, traer muchas voces, hablar de lo no dicho, evitar posturas de experto. Su concepto de la transvaloración que va más allá del encuadre, trasciende hacia lo afectivo. Concluyeron que desde esta postura la terapia familiar es un regalo pues es una forma diferente de pensar, de estar en el mundo, sus ideas van más allá de la familia son útiles, liberadoras, promueve que los terapeutas se sientan más libres, y más competente.

4to. Encuentro de terapeutas Eriksonianos de América latina

Organizado por el Centro Eriksoniano de México A.C. el Instituto Milton Erikson de Cuernavaca, Asociación y Centros Milton H. Erikson de América Latina, el 22 al 25 de Mayo de 2003. Conferencias magistrales de Mtra Betty Alice Erikson (hija del Dr. Milton

H:E). El encuentro contemplo conferencias magistrales, trabajos libres, talleres simultáneos.

Una de las que me pareció útil y enriquecedora fue el taller ‘Crear metáforas para las parejas. Por Consuelo Casula. de la Sociedad Italiana. Milton Erikson de Roma. Este taller me ofreció la oportunidad de crear metáforas sobre y para las parejas que pueden ser útiles como cuentos en la conversación terapéutica o en hipnosis. En el taller los participantes presentaron un caso y juntos se creó una metáfora que estimuló un cambio emocional, cognitivo y comportamental.

Un trabajo Eriksoniano con lealtades por Ana Maria Luco del I.F.A.T.C.

El dispositivo terapéutico presentado en este taller estuvo destinado a disolver conflictos de lealtad, a través de una sugestión hipnótica a una participante del taller donde entregaba a sus padres las creencias no útiles en su vida. Luco, presentó este método para disolver conflictos de lealtad.

Trabajo Eriksoniano con el cuerpo por Cecile Laversin Martel del Centro Eriksoniano de Mexico, Ac.,

La expositora señaló que nuestra historia se manifiesta en nuestro cuerpo. Sufrimos de rigidez y de dolores por una vida sedentaria, malas posiciones, pero también a veces de la manifestación de emociones que no son reconocidos eventos que nos han marcado y que protestan a través del dolor o la enfermedad, como lo es el estrés, la somatización, la depresión, etcétera. El taller nos enseñó a escuchar el cuerpo y a aprender a tratarlo a través de la observación, del movimiento natural, de la liberación de las programaciones del pasado, a descubrir la importancia de la postura y de la respiración. Este trabajo se realizó mediante movimientos lentos y precisos.

La Integración Postmoderna de la Hipnosis Eriksoniana desde la psicoterapia colaborativa por Iris Corzo.

Este trabajo compartió algunas ideas acerca de cómo los psicoterapeutas Eriksonianos pueden hacer un espacio a otros enfoques psicológicos, en este caso a la psicoterapia

colaborativa. Se revisaron algunos de los principales aspectos teóricos-clínicos que definen a los dos enfoques y se mostró una modalidad de trabajo desarrollada por la expositora en la que ambas posturas han sido utilizadas en el trabajo clínico.

Los espejos de la memoria. Ilian Lafon del Centro de Integración y aplicación de las nuevas Ciencias de la Conducta.

Este fue un trabajo sobre fotos familiares grupales para entender nuestro personaje en la obra familiar y la interacción con el resto. Y a través de técnicas eriksonianas, se realizaron algunos cambios.

“Juego, Imaginación y Posibilidades Terapia con niños pequeños” Matthew Selekman

El Centro para Desarrollo y la Investigación de la Psicoterapia Sistémica, S.C.(CEDIPSI.) organizo este curso-taller con una duración de 14 hrs. Los días 29 y 30 de Agosto del 2003, tuvo el objetivo desarrollar habilidades terapéuticas para el trabajo con niños que presentan diversos problemas. Selekman señalo que a través del juego, se puede conocer al niño al margen del problema e incluso sin llegar a saberlo puede desarrollar estrategias para que la familia pueda enfrentarlo. Conecta creativamente las habilidades de los niños en otras áreas que pueden utilizar para derrotar al problema, hace especial énfasis en las conexiones de amor. Y en el manejo del sentido del humor del terapeuta.

Asistí al seminario de terapia Familiar “ **El modelo de Milán**” los días 30 y 31 de octubre, en la Ciudad de México, con una duración de 20 horas organizado por el Centro de salud Humana A.C, La sociedad Analítica de grupo de Monterrey y el Mtro Hugo Ricardo Rosas, con la colaboración del Centro Milanés de terapia Familiar.

En dicho seminario se revisaron los conceptos de curiosidad e irreverencia. Se analizaron dos casos clínicos, en donde se vio ejemplificada la forma en como el Dr. Cecchin cuestiona las premisas.

En dicho evento tuve la oportunidad de presentar un caso Clínico, Me fue útil, conocer otra manera de aborda el caso. El motivo de consulta era depresión debido a una infidelidad de parte del cónyuge, lo que me pareció útil en mi formación, y en la atención a parejas, es

como se conversaba sobre las premisas que regulan las conversaciones y las conductas. Trataba de detectar las ideas que gobernaban y mantenían ciertas actitudes o conductas en un lugar determinado por ejemplo: “¿a usted que le duele más, la infidelidad emocional o la sexual”, identifique como el cuestionar estas premisas, permite modificar las conductas.

Lamentablemente meses después falleció el Dr. Giafranco Cecchin, y La Universidad de las Américas, A.C en coordinación con el Grupo Campos Elíseos, organizó un Homenaje póstumo a Giafranco Cecchin Este evento se realizó el día 26 de marzo. Hubo una mesa redonda en donde el Mtro. Jorge Pérez, Mtra Sylvia London, Dra Jaqueline Fortes, relataron la influencia que tuvo el trabajo de Cecchin en su práctica Clínica. Posteriormente la Dra Margarita Tarragona, Mtro Jorge Perez, La Dra. Bárbara Amunategui y el Dr. Adrián Medina comentaron el tema. “La Evaluación crítica de la Visión Posmoderna en la terapia Familiar”.

Se asistió al curso sobre “**Adicciones y Violencia**” organizado por Centros De Integración Juvenil” (CIJ) quien invito de España a los Doctores Luigui Cantrini y José Luís linares. Luigui, Cantrini dio a conocer sus investigaciones respecto a las adicciones, señaló la utilidad del modelo estructural, el ciclo vital y su amplia indagación de los sentimientos de la familia en la rehabilitación del adicto.

Por su parte Juan Luís Linares, desarrollo un modelo de Intervención con las adicciones basado en el amor, retoma la frase de Maturana “Somos criaturas amorosas y si el amor no interviene nos enfermamos” incorporó conceptos como “ amor complejo “ y “nutrición relacional”.

Participo en el taller vivencial “Miedo al Éxito” con una duración de 4 horas impartido por la Dra. Leticia Peña Sánchez. Asistí a este taller como parte de la atención de la persona del terapeuta, mis expectativas, eran primeramente descubrir, los obstáculos que me impiden el logro de mis metas y conocer el manejo de grupos, con técnicas vivenciales, ambas expectativas me fueron cumplidas.

Seminarios impartidos en la Facultad de Estudios Superiores, como formación complementaria de la Residencia.

La terapia de pareja. Coordinó: Mtra. Susana González

El objetivo de este seminario fue desarrollar habilidades terapeutas para el trabajo con parejas. Enfatizo las definiciones de amor y del matrimonio como una construcción social, y las posturas que genera en las parejas que nos llegan a consulta. Enfatizó la importancia de hacer un trabajo personal sobre nuestras propias construcciones en la relación de pareja.

Abordaje terapéutico con niños maltratados. Coordinó: Mtra. Norma Contreras

Este seminario me permitió aclarar conceptos como maltrato, violencia conyugal, violación, estupro, etc. Su modelo de abordaje consiste en una fase educativa donde se le informa a las personas que existe una problemática y sus consecuencias, una fase de toma de decisiones, (acciones legales, medicas, psicológicas). Además se explicaron las conductas, y los sentimientos que presentan las victimas al ser atacadas, y se expuso los factores de alto riesgo, para programas de prevención.

“El género en la terapia familiar sistémica” Mtra. Ofelia Desatnik Mechimsky

El género es un tema que se ancla en la violencia y la pareja, revisamos en este seminario el sistema patriarcal como un lugar de poder, así el como las funciones de la familia se encuentran relacionadas con estas premisas, pero otros son los supuestos que circulan en la sociedad, tales como: “el matrimonio es consecuencia de una elección recíproca libre establecida por amor”, “los hijos son productos del amor de la pareja”, “la relación de hombres y mujeres en la familia es igualitaria en relación a oportunidades de derechos y deberes”, “los niños son responsabilidad de la madre y el sostén del hombre”. En este interjuego de los supuestos implícitos e explícitos surgen estructuras familiares que se conectan con la violencia. Por tanto, como terapeutas debemos entender bajo que premisa se comportan y evaluar el nivel de flexibilidad de sus ideas. Al mismo tiempo señalar lo que es violencia Y remarcarla como algo dañino Este seminario también me ofreció lineamientos específicos para una terapia basada en el género.

Hipnosis: teorías, herramientas, dirigidas al campo científico. Coordinó Mtra. Juana Bengoa. En este seminario se revisaron las bases teóricas de la hipnosis y se observó un proceso hipnótico con un participante. Se revisaron algunas técnicas de inducción de hipnosis Eriksoniana, como son: el uso de la ilusión alternativa, producir confusión, la idea disociativa, la sugestión, y las ideas pos-hipnóticas.

Adicciones. Coordinó Alejandro Casillas

En este seminario se habló de la culpa, la vergüenza y el miedo en la familia adicta, casillas, comentó que se requiere una visión ecléctica en el tratamiento de las adicciones, distinguir entre abuso, uso y dependencia, hizo énfasis en que el terapeuta debe ayudar a los adictos recobren su identidad. En el tratamiento es necesario enfocarse en la sustancia, y trabajar el miedo que acarrea “el ambiente intoxicante”. Señalo que las características de los hijos de padres alcohólicos, son no hablar, no confiar no sentir. Refirió que “las droga se usan para esconder algo” dijo somos seres duales, tenemos algo dentro de nosotros que queremos resaltar, pero a la vez esconder, sugiere que se le pregunte al paciente adicto ¿a qué le tiene miedo? Y preguntarse el terapeuta a el mismo ¿a qué le teme en el trabajo con adictos?

Se asistió a las conferencias “**Temas Selectos de Terapia Familiar**”, “donde se abordaron temas como: características socioculturales en las familias mexicanas. Violencia, y problemas de atención en niños.

La primera conferencia fue sobre ciclo vital, la impartió la Dra. María Rosario Espinosa, señaló como elementos de análisis a) Las características socioculturales, b) los principales problemas de cada etapa del ciclo, c) la organización estructural, d) los posibles síntomas, e) y los cambios necesarios que tiene que hacer el terapeuta para ayudar a las familias a la transición a otra etapa.

Este seminario me permitió concluir que conocer el ciclo vital de la familia es muy útil, pues constituye un instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico, y permite llegar con más facilidad al diagnóstico, también brinda la

oportunidad de revisar casos clínicos indicando las vías para intervenciones terapéuticas oportunas, y sobretodo me parece que constituye una explicación de cómo funcionamos y no una categorización de patologías.

La segunda conferencia fue sobre Violencia familiar, y fue impartida también por la Dra. María Rosario Espinosa brindo elementos para identificar el ejercicio de la violencia, y dio a conocer de una manera muy clara y específica algunas líneas de intervención, como lo es la terapia familiar sensible al género, y los procedimientos en la terapia grupal de hombres y mujeres.

La última conferencia la impartió la Mtra. Estela Flores, donde comentó, sobre el efecto que tiene en los niños la etiqueta, “niños hiperactivos” con base a una investigación realizada dentro de los proyectos, del área de educativa.

3.2. Desarrollo de programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres) y de formación de terapeutas y de otros profesionales.

La violencia familiar hoy en día constituye la segunda causa de muerte de infantes y mujeres en nuestro país. Por esta razón y por sus secuelas en las personas que padecen este fenómeno social, se elaboró e implementó el taller “ **Promotores de la No Violencia**” Con una duración de 10 horas dirigido al personal médico y administrativo de la Clínica de Consulta Externa Tlalnepantla del Instituto De Seguridad Social del Estado de México y Municipios. ISSEMYM

El objetivo general del curso, fue: Sensibilizar a los participantes respecto a la problemática de la violencia familiar, sus causas y consecuencias, así como desarrollar los conocimientos para identificar si los derechohabientes están sufriendo violencia y canalizarlos al área de salud mental.

Participaron 8 médicos y 6 administrativos (entre secretarías, archivo y farmacia), el taller se impartió en cinco sesiones de dos horas

Sesión 1: La familia.

Sesión 2: Violencia, Derechos Humanos y Legislación en materia de violencia

Sesión 3: Violencia Familiar

Sesión 4: Tipos de Violencia

Sesión 5: Atención a personas Víctimas de violencia

Los participantes se mostraron interesados en el tema, y comentaron que se cumplieron sus expectativas de cómo detectar las señales de violencia familiar en sus consultantes, sin embargo, se mostraron reacios a hablar de ellos mismos, tal vez porque en este ambiente institucional temen que lo expresado, pueda ser comentado.

Se impartió el taller de **“Autoestima Laboral”** al personal administrativo de la misma Clínica con una duración de 8 Horas. Este taller fue solicitado, debido a que se habían detectado casos en el personal de depresión, o falta de interés en su desempeño laboral, que afectaba la forma en como se atiende al derechohabiente. Los temas que se abordaron fueron:

Autoestima: ‘reflexionar sobre mi personalidad’

Aprendizaje: ‘Conocerme para ser mejor’

Visión: ‘Hacia donde quiero llegar’

Compromiso: ‘Plena convicción que alcanzaré mis metas’

Trabajo: ‘Mejoro disfrutando y aprendiendo lo que hago en cada momento’

Calidad: ‘Tengo la responsabilidad que lo que hago tendrá una gran utilidad para los demás’

Liderazgo: ‘Crecimiento organizacional que puedo generar’

Servicio: ‘Ofrecer no el fin último, sino un proceso continuo de dar’.

Creatividad: ‘Afronto los cambios y la generación de ideas’.

Excelencia: ‘Es el resultado de mis hábitos’.

En dicho taller asistieron 10 personas. Evaluaron el taller favorablemente, en un 90% se cubrieron sus expectativas, algunos comentaron que les hubiera gustado hablar de sus problemas en familia. Y aunque no fue el objetivo de este taller, esta observación nos reitera la importancia de la armonía familiar, en el desempeño laboral.

Se impartió el taller **“Aprendiendo a quererme y cuidarme”** en la escuela primaria “José Vasconcelos” turno matutino, perteneciente a la zona escolar No14 del departamento regional 11 Zona Nororiente Tepotzotlán. Este taller tuvo una duración de 10 horas.

Se elaboró este taller, como una respuesta a la dificultad que tienen los menores para acudir por voluntad propia a solicitar apoyo por ser víctimas de maltrato, sabemos que la demanda de atención por lo regular es presentada por parte de las madres. Se diseñó con técnicas grupales, y se retomó la información de los seminarios asistidos, como lo fueron Maltrato en los niños, por la Lic. Norma Contreras, ese taller fue aplicado a alumnos de 6to grado de primaria, y en el se abordaron los siguientes temas:

Mejorar la autoestima, autoconocimiento y aceptación de sí mismo. Manejo positivo de la energía. Necesidad de cuidar y apreciar su cuerpo. Comunicación Asertiva. Diferenciar entre pensamientos y sentimientos. Reconocer maltrato psicológico y sexual. Prevención de abuso sexual. Manejo positivo de la agresividad y conflicto.

El grupo se conformo por 56 niños, la respuesta al taller, fue de interés, ellos expresaron que habían descubierto características de ellos mismos que no sabían, y que la información les había ayudado para cuidarse más.

Por ultimo, se diseñó e impartió el taller **“la persona del terapeuta”**. Es sabido que, el terapeuta es un facilitador básico en la mejora de la salud de los miembros de una familia y de esta en su conjunto., y considerando que a veces los clínicos nos preocupamos por la salud mental de los demás incluyendo la de nuestros parientes y amigos pero a veces poco en la nuestra. pretendí contribuir a la salud mental de los profesionales en el área clínica, implementando un taller vivencial encaminado a que el clínico identificará y ampliará sus

recursos, superará las limitaciones y descubriera detrás del terapeuta a la persona, al ser humano de carne y hueso que se interesa en conectarse humanamente con las personas, familias y grupos. Se abordaron algunos aspectos relacionados con la estructura familiar, la identidad, puntos ciegos y recursos. Asistieron 9 terapeutas.

Es así como cada taller me permitió generar conocimiento, así como adaptar y/o seleccionar técnicas y procedimientos adecuados para hacer intervenciones que cumplieran los objetivos específicos y terminales, así como el cumplimiento de las expectativas de los participantes. Estos talleres pusieron a prueba mi manera de relacionarme con una comunidad o grupo, y me ofreció la oportunidad de detectar y diagnosticar con los participantes los aspectos relevantes de los problemas que siguen aquejando a las familias

3.3. Reporte de actividades de difusión: Avances de la investigación y/o práctica clínica en un foro académico.

Se participó como ponente en el XXI Coloquio de Investigación con el trabajo ***“Estrategias de intervención grupal, en mujeres víctimas de violencia conyugal: Basadas en la narrativa”***. Dicho evento fue celebrado los días 21 y 22 de noviembre del 2002, en las instalaciones del Campus Universitario Iztacala.

En la exposición se describieron los temas y el desarrollo metodológicos de un taller dirigido a 12 mujeres víctimas de violencia conyugal, los ejes que se manejaron en las sesiones fueron, lo grupal, género, historias de violencia (de padres y cónyuge) sistema de creencias y crianza, con objetivo de dilucidar respecto a las creencias aplastantes que recaen en el sexo femenino y promover una alternativa para las relaciones de equidad y respeto mutuo. Se analizaron algunos dibujos que representaban la depresión como un efecto de la violencia realizados al inicio y al final del taller, y que arrojaron datos comparativos.

Se concluyó que las ventajas del abordaje narrativo en el trabajo grupal permite que se recuente la historia al escuchar otras historias, y con la identificación de los acontecimientos extraordinarios, las mujeres incorporan nueva información y posibilidades, haciendo que la historia alterna adquiera más consistencia. La narrativa ofrece elementos para facilitar la construcción de historias libres de violencia, y que por comentarios de las mujeres emanaban en la nueva narración acciones de prevención, para que no reproducir historias de violencia. Se concluyó que aún hay mucho más que decir y hacer en la recuperación de mujeres. este trabajo, ofrece una línea de intervención para la recuperación de hombres y mujeres que sufren los efectos de la violencia masculina, y se observaron los beneficios del trabajo grupal y las bondades de este enfoque pos-moderno.

Se participo en el XXII Coloquio de Investigación con el cartel, ***“Disfuncionalidad Familiar y su relación con la violencia en la Familia”***. Se expuso en modalidad de cartel la Investigación cuantitativa, realizada en la Residencia. En este evento celebrado los días 18 y 19 de noviembre del 2003, en la Unidad de Seminarios perteneciente a la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

Esta actividad cumplió el objetivo de proporcionar enseñanza a colegas, usuarios y a la comunidad para facilitar la adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes, pues presentó categorías que evalúan el funcionamiento familiar, y como estas tienen una relación con la violencia.

Se participo en el XXIII Coloquio de Investigación como co-autora del cartel: ***La terapia en Red: Una alternativa para la intervención en problemas derivados en la etapa de hijos adolescentes***, evento celebrado los días 25,26 y 27 de agosto de 2004.en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

En este cartel se presento la terapia de red, que se realizo en la Clínica de terapia familiar del Colegio de Ciencias y Humanidades plantel Azcapotzalco, Participar de esta manera en los coloquios, difunde la labor clínica exitosa, que se hace dentro de la residencia

Por ultimo se organizo un cine-Debate *“La mirada del terapeuta en el cine.* El objetivo fue conversar acerca de las historias cinematográficas desde diferentes perspectivas teóricas relacionadas con la terapia familiar.

Se proyectaron las películas “Una vuelta más”, con un análisis desde el constructivismo. Y la película “Inhala” con un análisis construccionista social. Este evento se llevo a cabo como un cierre académico de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica de la segunda Generación, coordinó el evento la Mtra. Maria Rosario Espinosa Salcido.

Este evento académico y reunión fraterna formo parte de un rito de pasaje, esta fue una idea del grupo y represento la ultima actividad de la formación como terapeutas.

4. Consideraciones éticas que surgieron de la práctica profesional.

Reflexionar sobre la ética, hace pensar en la difícil tarea de discernir, entre lo que esta bien y lo que esta mal, por decirlo de algún modo, el contenido de la vida moral. Esta tarea la llevo a cabo constantemente como persona y se pone en juego en el ejercicio de mi profesión.

La ética se considera un fenómeno cultural colectivo, encarnado en una sociedad específica en tiempo y espacio. No significa lo mismo para ciertos sectores de la población que para otros. En nuestro caso el contexto fue la sede, la maestría, el supervisor, la población. Este tema tan controversial, requiere describir su significado etiológico, Ética (del griego ethika, de ethos, significa ‘comportamiento’, ‘costumbre’) principios o pautas de la conducta humana, a menudo y de forma impropia llamada moral (del latín mores, ‘costumbre’) y por extensión, el estudio de esos principios a veces llamado filosofía moral. (Escobar, 1992)

La ética, como una rama de la filosofía, está considerada como una ciencia normativa, porque se ocupa de las normas de la conducta, constituye una epistemología que regula una conducta que juzga lo que es “bueno “ y lo que es “malo”, e implica una puntuación en

juicios de valor. La moral al estudiar los valores los clasifica en individuales y universales, entre los últimos encontramos, la lealtad, la honestidad, el respeto, la justicia, etc., en base a ello y aunado a mis valores individuales, como terapeuta en formación, fue fundamental:

- ♣ Comprometerme a respetar las normas para el trabajo de supervisión, las normas en cada sede, como horarios, y actividades, así como promover una buena imagen como profesionalista en formación.
- ♣ Guardar la confidencialidad, de lo confiado por el paciente en el consultorio, y no comentar la información en otros espacios que no fuera con fines de supervisión de caso o encaminados al aprendizaje, guardando lo más posible el anonimato de nuestros consultantes.
- ♣ Abstenerme de exhibir al público grabaciones que no obedecieran a fines educativos.

Forma de trabajo

El asignarnos familia marco un ciclo donde dejamos de ser observadores “pasivos” a observadores-participantes, e iniciar el rol de terapeuta (segundo semestre), inicialmente me encontré que un principio básico que guiaba mi trabajo, era el encuadre de este, mismo que resulta importante, no solo porque es una forma de trabajo que nos ayuda como terapeutas en formación, sino también porque da a conocer a nuestros consultantes que somos honestos, en la forma de conducirnos, así que consideramos sumamente necesario:

Explicarle de una manera honesta a nuestros consultantes, las condiciones de trabajo⁷. Esto fue importante, porque los usuarios en algún momento podrían solicitar sus videos para fines legales o con otros fines y hacer énfasis en que pertenecen a la Institución, definió un marco de trabajo.

⁷Se explicaba “Atrás de mi, como se habrán dado cuenta hay cuatro terapeutas mas que nos acompañan en todas las sesiones, el equipo podrá llamarme, para hacerles a ustedes alguna pregunta o darme alguna indicación, también trabajamos con un equipo de filmación, para tomar notas y/o fines educativos, además del uso del video se resguarda con la ética del terapeuta, firme su consentimiento”

Si alguna familia no aceptaba estas condiciones, canalizamos a otras instituciones, donde no se trabaja con equipo o con cámara, pues en nuestros consultorios era fundamental, ya que es una forma de trabajo para el entrenamiento. Lo que me parecería antiético sería ocultar o informar insuficientemente sobre estas condiciones por temor a una negativa.

Emplear la cortesía con los clientes y colegas para cancelar, cuando no se podía atender una terapia, antes que terapeutas somos personas, con una vida privada, en donde al igual que todos nos surgieron imprevistos que nos impidieron asistir, así que el cancelar con anticipación y cortesía le da a conocer a nuestros clientes el respeto que tenemos hacia ellos y hacia su tiempo.

Aunque no se proporcione la Declaración de los Derechos del Paciente en Psicoterapia, (elaborada por terapeutas, pacientes y otros trabajadores de la salud mental (Peyru y Brusca, 1992) me parece conveniente que nosotros los terapeutas tengamos conocimiento de que existe, pues nos da una guía de los derechos de las personas que nos consultan

- 1.- Toda persona tiene derecho a recibir asistencia psicoterapéutica y a que esta se le brinde dentro de las mejores condiciones posibles para la recuperación de su salud o la prevención de la enfermedad.
- 2.- Todo paciente tiene derecho a que se respete su individualidad, sus creencias religiosas, éticas, morales y políticas, sin que estas sean consideradas en sí mismas patológicas o anormales.
- 3.- Todo paciente tiene derecho a ser informado que existen técnicas y otra metodología de trabajo, distintas a la que se propone el equipo tratante.
- 4.- Todo paciente tiene derecho a que el terapeuta no se considere dueño exclusivo del conocimiento y a que sus aportes sean estimados con paridad con los del terapeuta.
- 5.- Todo paciente tiene derecho a que las comunicaciones entre profesionales, acerca de su problema, se realicen con el debido respeto a su dignidad
- 6.- Todo paciente tiene derecho a discrepar con las intervenciones de su terapeuta, sin que ello sea considerado ineludiblemente una forma de resistencia, interferencia o ataque a su dignidad.
- 7.- Todo paciente tiene derecho a que se resguarde su intimidad, mediante el secreto profesional.
- 8.- Todo paciente tiene derecho a que se le confirme la realidad de sus percepciones, incluyendo aquellas que se refieren a sus terapeutas.
- 9.- Los pacientes tienen derecho a que todas las intervenciones técnicas sean realizadas de tal modo que su autoestima no resulte dañada.

- 10.- Todos los pacientes tienen derecho a expresarse libremente pero también a guardar silencio en aquellos momentos que comunicarse pudiera resultar humillante denigrante o peligroso.
- 11.- Todo paciente tiene derecho a la empatía, comprensión y paciencia de su terapeuta.
- 12.- Los pacientes tienen derecho a una mirada de su terapeuta que tenga en cuenta sus posibilidades de cambio y también sus limitaciones, que respete y considere su tiempo personal, pero que también insista en que cambie hoy lo que puede ser cambiado.
- 13.- Los pacientes tienen derecho a un proceso diagnóstico que permita organizar adecuadamente su tratamiento sin ser por ello etiquetados ni limitados arbitrariamente en sus posibilidades de desarrollo.
- 14.- Todo paciente tiene derecho a recibir información diagnóstica y pronóstica, administrada de forma tal que permita la autonomía de sus decisiones sin dañar la valoración de sí mismo
- 15.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas aporten todos los recursos y métodos que sea necesario aplicar para la resolución o alivio de sus problemas.
- 16.- Los pacientes y los terapeutas tienen derecho a equivocarse y a tener razón
- 17.- Los pacientes tienen derecho a que los terapeutas revisen los modelos y teorías que sustenten sus prácticas, a fin de descubrir si estas los llevan ineludiblemente a vulnerar los derechos enunciados.

Esta declaración no es propiamente un código internacional de ética profesional de los psicoterapeutas, sirve solo como referente, no podemos valorar su uso en el mundo profesional como regulador de la actividad de los psicoterapeutas, pues los dilemas éticos pueden ser resueltos de distintas maneras.

Experiencias en el consultorio.

Considerando que la ética es la que nos señala si los actos que realiza el hombre son buenos o malos, y la psicología ayuda a entender como los hombres dirigen su conducta por uno u otro camino, haciendo hincapié en que no juzga si el acto es bueno o malo, bajo esta puntuación, las experiencias en el consultorio me permitieron entender un poco más sobre las intenciones de las conductas.

Considero que si respetamos por donde quieren conversar los consultantes esta bien para ellos y para nosotros, porque estamos siendo respetuosos, y ayuda a que se sientan escuchados, sabemos que hay ideas en las que creemos, y que es fácil dejarnos ir a esos temas o evitarlos, pero en nuestro rol de terapeuta, identificarlos, nos hace conscientes de porque a veces nos dirigimos a un camino u otro. Estos puede ser el inicio de los llamados “puntos ciegos”.

Otro principio que lleve a cabo fue renunciar a prescribir, tratar o aconsejar a un cliente cuya problemática estuviera fuera del ámbito de mi competencia; ni expedir un diagnóstico basado en el relato de un consultante, sin un estudio previo y a la persona en cuestión.

Tuve a mi cargo dos casos clínicos, que éticamente conllevo la responsabilidad de informarme teóricamente sobre el tema, (adolescencia, miedos infantiles, etc) y no solo de las estrategias, discutir con el equipo lo investigado, para proporcionarles un campo de información más amplio, que nos permitiera hacer un análisis más completo del caso.

Sin embargo atender a la información teórica de los casos, adolescencia, suicidio, depresión, no nos hace terapeutas más eficaces, sino que creo que esto lleva un nivel más profundo, tal y como es el de reflexionar sobre nuestros propios conceptos. Simplemente el de " familia ", entendido teóricamente como un grupo de personas unidas por un lazo de consanguinidad, pero en la práctica la realidad de las familias resulto mucho más diversa de lo que se ha sugerido el concepto normativo de la estructura familiar "típica o ideal" basado en los valores aceptados en la sociedad, algunas de las estructuras que vimos fueron:

1. La familia nuclear (marido, mujer e hijos viviendo juntos en una sola unidad familiar)
2. Familias compuestas por la pareja (los cónyuges viven juntos ; no tiene hijos o no viven con ellos)
3. Familias con un solo progenitor (como consecuencia de un divorcio, abandono o separación,
4. Familias de tres generaciones (diferentes posibilidades de cohabitación, en una sola unidad familiar, de las estructuras familiares, 1,2,3)
5. Matrimonio de edad adulta o avanzada
6. Familias extensas (familiares nucleares o parientes solteros que viven cerca e intercalan en un sistema recíproco de intercambio de bienes y servicios)

Así aunque estas son algunas estructuras, cada familia fue tan particular, que nos invito a ser flexibles, tanto en como las vemos, lo que oímos, y decimos respecto a estas estructuras familiares.

En algunas ocasiones (y válidas también) aceptamos el supuesto, de las familias que nos consultaron, respecto a que venían a que les elimináramos un problema o un malestar, y que nosotros debíamos incidir sobre ella para que este cambio se diera, resultaría una eterna discusión, para algunas concepciones sistémicas apuntar a la eliminación de estas intervenciones, tan directivas y como expertos, por otro lado teníamos las posturas que señalan, el papel del terapeuta como experto y resulta ético y válido realizar intervenciones que profundicen el desequilibrio del sistema familiar. Distingamos solo que se trata de influencia sobre nuestros consultantes, sea en la visión moderna o posmoderna y no manipulación.

Y en esta influencia, las intervenciones paradójales, me llevan a preguntarme ¿qué pasa si decimos a los miembros de la familia lo que esperamos que hagan para mejorar? pero en múltiples ocasiones indicamos lo contrario, resultando que el cambio ocurrió fuera de la sesión, y sin que ellos tuvieran conciencia de qué fue lo que lo provocó. Entonces ¿hasta donde llega el consentimiento informado en este método terapéutico?, ¿son éticas estas limitaciones de información?, ¿qué es lo que hay que informar?

Desde mi punto de vista no podemos informar de las técnicas, como lo hace la reeducación emocional de la Terapia Racional Emotiva, que llenan registros, porque los sistémicos tenemos otra forma de hacer terapia, por ejemplo: “quiero cambiar a mi hijo, que está incontrolable” (adolescente), y ante esto nosotros en la post-sesión ya estamos pensando “vamos a actuar sobre los roles, la jerarquía y los afectos que determinan el funcionamiento de esta familia, para que esta cambie, incluso cambie la conducta del muchacho” y desde un corte posmoderno (colaborativo, reflexivo) los terapeutas no somos adaptadores, normalizadores o salvadores de la familia.

Pero es posible ¿estar libres de las influencias ideológicas sobre la familia y las teorías? Imposible, pero podemos principiar un vínculo respetuoso desde los objetivos terapéuticos, empezando por retomar los objetivos del paciente (objetivos propositivos) pues el querer trabajar un objetivo acorde a nosotros no significa que es lo mejor para el paciente o la familia, no considerar sus metas sería anularlo, y como dice Cecchin. “la violencia terapéutica es querer hacer creer a los demás que nuestro punto de vista es el verdadero”.

Es importante que nosotros los terapeutas estemos conscientes del fin por el cual se revela o se dan a conocer ideas, o nuestras experiencias a nuestros consultantes, alguno de los fines pueden ser normalizar o transmitir algunas ideas desde la experiencia que puedan al cliente serle útil en la resolución de su problemática. (cuidar sea cuál sea el modelo, juicios, o ideas que perjudiquen o afecten la imagen de si mismo del cliente)

Además de formarme como terapeuta, y ser influida por mis pacientes, también influyo en la formación de mis compañeros de equipo, eso implico seguir ciertos principios encaminados a promover en todos el desarrollo como terapeutas y personas. Esta relación con mis compañeros de equipo me hizo pensar que algunas situaciones y sugerir:

- ♣ Que en caso de haber oposición de algunos de los participantes respecto a la labor del Terapeuta a cargo de la familia, aclarar explícitamente los argumentos y buscar llegar a un consenso en beneficio del consultante. Hacer un buen uso del conocimiento. No luchar con los compañeros respecto a ¿cual es teoría es mejor que otra?. ¿Cuál explica mejor lo que le pasa al paciente?, mejor le preguntamos al paciente ¿te suena lógica esta idea? ¿Cuál es tu explicación de lo que ocurre?

- ♣ También considero que debemos ayudarnos entre compañeros de equipo al desarrollo de conocimientos y habilidades a fin de mantener niveles de funcionamiento óptimos y eficacia en su práctica clínica así como fomentar un espíritu de colaboración y respeto mutuo.

- ♣ Comprometernos los terapeutas cuando fungimos como equipo terapéutico a hacer un análisis de lo que escuchamos que ocurre con el terapeuta y su cliente, y del cliente en la terapia por ejemplo: identificar procesos, pautas, patrones de interacción y otros indicadores que pueden bloquear el proceso terapéutico, así como el análisis del cliente en su contexto con miras a ayudar a elaborar hipótesis, estrategias o ideas útiles para el trabajo clínico.

♣ Considerando también que cada paciente que vemos de nuestros colegas , merece la misma atención y compromiso que el nuestro, la participación que tenga el terapeuta en su consulta, también es nuestra responsabilidad. El estar en el lugar de equipo también implico buscar el bien común, o lo que creíamos que, estratégicamente, podía ser mejor para que dar un tratamiento eficaz y cálido.

♣ Aprender a intervenir terapéuticamente en “equipos reflexivos” donde se integren los aportes de diferentes perspectivas involucradas en el proceso y a diferentes niveles de comunicación, responsabilizarnos de cubrir los lineamientos de un equipo, o tal vez expresando lo que les pueda ser útil.

Del equipo a la supervisoras.

Es importante que cuando la supervisora sugiera hacer una pregunta o una intervención, se adopte una actitud de respeto. Si entendemos la supervisión y la función del supervisor como lo plantea Troya y Auron(1988, citado en Desatnik, y otros, 2002) como un “un espacio de reflexión e integración teórico, técnico y metodológico en el que el supervisor facilita el análisis y la generación de una amplitud de visiones, ayuda al equipo a integrar y/o priorizar cual de estas visiones podría ser útil para trabajar conjuntamente en la resolución del problema que presenta la familia, sin descuidar a la persona del terapeuta” (P.48) los terapeutas en formación ,debemos tener una actitud de aprendizaje hacia lo que ocurre en ese espacio, considerar los puntos de vista sin descalificarlos o subestimarlos, en caso de no coincidir, al igual que con los colegas y expresar nuestro punto de vista a manera de buscar lo más conveniente para lograr el éxito en el proceso terapéutico.

Entender el trabajo clínico como un acto que conlleva una alta responsabilidad ética. Me hizo reflexionar, que no podemos sustraernos de los dilemas y conflictos éticos que implican el abordaje terapéutico, la cuestión fundamental de una ética en la acción terapéutica responde a la pregunta ¿qué vía o técnica debo aplicar? Realmente no hay una respuesta, un método seguro, pero en las problemáticas de intentos de suicidio y violencia, me cuestione ¿cuál sería lo más ético en el abordaje estos casos?

Atendí como terapeuta el caso de una chica que refirió haber intentado matarse con un cuchillo, aquí retome lo que me pareció muy útil de lo que una de mis supervisoras hace en estos casos que son “los contratos de vida”

“Quizá no pueda evitar que atentes contra tu vida, pero para seguir trabajando contigo, necesito que te comprometas contigo misma y con los demás, a no intentar hacer algo en perjuicio de tu vida, al menos en el tiempo que estés en terapia”.

Esto me parece que pone en la mesa el énfasis y lo delicado que es este problema. Además de los contratos de vida, es necesario informar a los familiares, sobre estas ideas o intentos. no podemos guardarlo en secreto, también pensé en los efectos que podría tener en mi vida o practica clínica, el que un consultante realmente cumpliera este tipo de amenaza en el proceso de terapia, así que reafirme que no solo es promover la salud mental, sino la vida como el principal valor que tenemos las personas.

Tanto en el segundo y tercer semestre observe familias cuyas relaciones implicaban las diversas manifestaciones de la violencia, (física, psicológica, económica, social, etc.) desde nuestro marco sistémico se considera que la pregunta circular éticamente no es valida ¿que esta haciendo A para que B, le pegue? Porque esto es una cuestión de poder. La intervención con violencia a mi juicio debe ser directiva y hasta coercitiva, pues atenta contra la vida, la integridad de las personas así el trabajo terapéutico implica dar a conocer hasta de manera muy general, que la violencia no es algo común, sino que es perjudicial además de ser un delito, y una causa de muerte.

A medida que los semestres avanzaron, tuve más claro que nosotros somos nuestro propio instrumento de trabajo, siendo nosotros nuestro instrumento, este también sufre un desgaste ¿pero como se manifiesta en los terapeutas?. El desgaste puede observarse en la disminución o daño de la capacidad terapéutica: des-atención, confusión, mezcla de información, disminución de la empatía, disminución de la creatividad, y una administración inadecuada del tiempo, como toda persona, podemos sentirnos así en algún momento, pero cuando estos síntomas se presentan en un periodo permanente, el terapeuta

debe desarrollar las habilidades para restablecer su capacidad terapéutica, por ejemplo, las alternativas serán: incorporar nuevos conocimientos, psicoterapia individual, supervisión periódica, interacción con colegas, etc.

Emma Espejel en el XXI, Congreso de Terapia Familia, Textos y Contextos al final del Milenio, dio a conocer el Decálogo del profesional del siglo XXI que llevar a cabo algunos de estos principios puede fomentar un sentido de bienestar en la persona del terapeuta.

Renuncio a toda forma de relación que no me haga sentir bien en mi ser completo.

Renuncio a todo trabajo que me impida disfrutar del gusto de estar en él, ser creativo, desarrollar mi potencial y saber que desde él estoy participando en el bienestar personal y del mundo que habito.

Renuncio a recorrer distancias que alteren mi equilibrio como persona, sea porque yo conduzco o porque no tengo confianza en quien conduce.

Renuncio a toda actividad que altere mis hábitos cotidianos de comer, dormir o amar.

Renuncio a cualquier reunión donde no me sienta bien, porque estoy lastimando mi dignidad como ser humano o sienta que se lastima la de otro.

Renuncio a toda expectativa de superación, en sacrificio de mi propia estabilidad y bienestar.

Renuncio a toda actividad que reduzca el tiempo que quiero permanecer en contacto conmigo mismo(a)

Renuncio a cualquier situación que halague o adule mi imagen externa, sin permitirle valorar mi ser interior.

Renuncio a cualquier verbalización, actuación o fantasía que lesione mi integridad como ser humano pleno y multidimensional.

Renuncio a cualquier obstáculo que me impida amarme a mi mismo y a los demás.

Respecto al proceso, otra pregunta que nos hacemos es ¿Cuándo dar de alta a un paciente? En la psicoterapia familiar este concepto nos plantea una contradicción, que requiere de una posición teórica pero con implicaciones éticas, que se puede plantear como una serie consecutiva de interrogantes: ¿Dónde finalizamos el tratamiento, ¿terminamos cuando se resuelva el problema que los trajo a nosotros? ¿continuamos las sesiones trabajando sobre otras áreas disfuncionales y así aumentar su calidad de vida?.

Diferentes escuelas teóricas dan respuestas opuestas, los estratégicos dicen que basta con solucionar el problema, los estructuralistas que hasta arreglar la “estructura familiar”, etcétera. Y aunque un aspecto muy vinculado a esto es la calidad de vida, esto es un trabajo conjunto con varios profesionistas, y la familia, pero sobretodo responsabilidad de cada

persona. La autonomía es una característica a la que se aspira, así que una terapia exitosa para mi, puede considerarse como aquella que elimina la dependencia hacia el terapeuta y el tratamiento, devolviendo a ambos la responsabilidad sobre sí mismos, y cuando el paciente puede aplicar sus herramientas en diversos contextos.

Como he planteado, la ética puede llevar un análisis de varios sistemas, del terapeuta al consultante; del equipo a su colega, del supervisor a su supervisado, y también debemos reflexionar de nuestra influencia como “autoridad de la salud mental”

Esto me hizo reflexionar en el poder de las teorías, sobre todo aquellas que se basan en el discurso del “trauma”. inspirada en una versión extrema de la importancia de los sucesos de la primera infancia, es que si se “frustra” un deseo infantil o adolescente se genera un “trauma” que puede tener todo tipo de consecuencias psicopatológicas imprevisibles en la vida adulta. Dicho discurso resulta omnipresente en nuestra sociedad, basta ver con cuánta frecuencia se explican las acciones de un adulto (especialmente las antisociales o delictivas) haciendo referencias deterministas a episodios traumáticos de su infancia. Así, la cuestión no es tan simple como la inexistencia de límites claros entre el subsistema parental y el filial, sino que tal ausencia de límites tiene una justificación discursiva que trasciende incluso a la propia familia.

Quizá nunca podremos dejar de ser considerados como una “autoridad” “profesionales calificados para la enfermedad mental” pero si podemos no dejar de pensar en el poder que a veces nuestros discursos tienen, y buscar la responsabilidad de asumir nuestros comportamientos.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

R*esumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas*

La residencia me generó una visión integrativa, que me permitió abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y otros sistemas sociales (pareja, familia, grupos) tomando en cuenta los diferentes contextos (social, institucional, cultural, político y económico) en los que se desenvuelven etc.,. Esta habilidad de analizar casos integrando elementos sistémicos en la elaboración de hipótesis y estrategias de intervención, fue gracias a los seminarios asistidos, a las múltiples hipótesis que se desarrollaron en mis sesiones supervisadas y en las de mi equipo terapéutico, y a la incorporación de esta idea señalada por Cecchin, que “cuando nos sentimos incapaces de desarrollar hipótesis, es porque hemos aceptado el guión de la familia y perdido nuestro sentido de curiosidad”, “ Una señal de pensamiento lineal, es creer en lo que dice la familia”. El plan de estudios, me permitió integrar muchas posiciones teóricas, y estar curioseando sobre los guiones, o relatos que los clientes ofrecían, evaluar la eficacia de una u otra técnica, y tener la confianza de cambiar de modelo si consideraba que el que estaba llevando a cabo no estaba siendo útil para la familia.

Un aprendizaje más fue el de cuidarme de la trampa de la expertés. No enseñar a las parejas o a las familias como vivir, pues no hay verdades, solo puntuaciones, cuando se trata de establecer el significado de las conductas solo hay diferentes puntos de vista, sin que haya ninguna certidumbre o absolutos. Y así evitar lo que se conoce como “violencia terapéutica” definida como un intento del terapeuta de instruir a la familia según sea su propio patrón.

Asimismo, asistir a talleres y conferencias no solo me dieron un aprendizaje en conocimiento, sino en el manejo de grupos, que me conformaron un modelo para implementar mis propios talleres.

I*ncidencia en el campo psicosocial*

En la cotidianidad de la vida, en las conversaciones con mis clientes, observó este panorama que describía en el capítulo 1, de competitividad, de condiciones de dependencia familiar, de las dificultades en establecer una relación de pareja; la inquietante cultura “Light”, estas situaciones han contribuido a este vacío existencial que reportaron muchas de las familias atendidas, pero a su vez estos cambios vertiginosos, han hecho que estas familias mostraran su flexibilidad y su capacidad para adaptarse a tales circunstancias. Solo una parte de los muchos recursos que tienen los vimos en las sesiones.

Las estadísticas nos marcan una tendencia creciente de padecimientos como depresión, anorexia, drogas, suicidio, desintegración familiar, etc. Alarmantemente estas, han tomado dimensiones cada vez más complejas y que requieren urgentemente propuestas de intervención a nivel preventivo y de tratamiento. Se pronostica que en los próximos 10 años la demanda de servicios de salud mental constituirá una de las principales presiones para el sistema de salud. La experiencia en el ISSSTE nos hizo darnos cuenta de esta situación donde se padece la insuficiencia de medicamentos, donde las consultas psicológicas duran 30 minutos, y donde no todos los derechohabientes pueden acceder a un servicio de Terapia familiar. Por ello, creo que los terapeutas debemos hacer investigación, acerca de la importancia de crear estrategias que mitiguen los efectos de este panorama psicosocial; diseñar programas de gran alcance, como lo es la terapia en red. Abrir un mayor campo de acción en empresas, hospitales y escuelas.

Esta revisión del campo psicosocial, tanto de manera teórica, como lo escuchado de las familias, me hizo reflexionar, en el peso que tienen las características personales, los hechos de la vida a los que uno está expuesto y las formas en que se adapta uno a ello para el proceso de salud. Por ejemplo, las características personales específicas influyen en las oportunidades que las personas tienen en su momento. Sabemos que nacer en un momento histórico determinado delinea la experiencia del desarrollo humano, así lo psicosocial y la perspectiva del ciclo vital proporcionan un punto de vista histórico, para entender como van modificando las relaciones de pareja, la relación madre-hijo etc. Y me hizo preguntarme en la función de la familia, en los roles de los padres y las madres; la nueva formas de

relacionarse con la pareja; el papel de la mujer en la sociedad, el papel de los jóvenes en general e incluso el papel de los terapeutas.

La Terapia Familiar Sistémica representa una opción deseable y práctica para contribuir a facilitar un proceso de mejora en las relaciones familiares y sociales, por sus características de eficiencia y brevedad ya que casi todas las escuelas de Terapia Familiar Sistémica se basan en intervenciones breves y oportunas.

A*nálisis del sistema terapéutico total*

Después de haber recorrido el lugar de observador, terapeuta, parte de un equipo, puedo hacer algunas reflexiones generales de esta experiencia.

Respecto a las supervisoras no encuentro diferencias sustanciales en la forma de percibir el papel de las supervisoras desde cualquiera de estas posturas. Para mí, el rol de supervisora se describiría más allá de la función de tener una “super - visión”, más allá de mirar añadiría su función de cuidadoras de procesos, pues cuidan a la familia, al entender su realidad, entender su lenguaje sus vivencias, sus recursos personales y de familia, para así poder promover o diseñar cambios encaminados al bienestar de la familia, y también cuidan a los terapeutas, ya que entendían a cada uno de los miembros del equipo, considerando de cada uno, la formación, las experiencias laborales, la personalidad; También cuidaron la integración como equipo de trabajo, a mi parecer, lograron esto, con la flexibilidad que tuvieron para poder hacer un consenso en los mensajes o intervenciones dirigidos a la familia, de igual forma, fueron comprensivas al entender la vivencia de nosotros los terapeuta frente a la familia, pues si bien hay un reconocimiento como profesionalista también genera una gran responsabilidad con aquellos que confiaron en nosotros y considero que las supervisoras cuidaron y acompañaron en esta responsabilidad.

Desde otro ángulo, como observador, miraba como se relacionaba el supervisor con sus supervisados, desde el lugar como terapeuta comencé a preguntarme desde ¿dónde vienen las ideas de mi supervisora?, ¿cuál es su contexto? y así pude tener más claro desde donde se construyen las ideas de cambio, se promovió definitivamente un acercamiento afectivo.

La influencia de las supervisoras es tal, que a través de sus estrategias, modelos favoritos, conversaciones y forma de relacionarse con el equipo transmitieron una definición de la terapia.

El papel de supervisora es una forma de estar en terapia y una comprensión de esta forma de estar, pues creo que se preguntaban en cada sesión ¿cómo dirigir sin quitarle dirección y/o espontaneidad al terapeuta?, ¿cómo estar sin sentir que se impone?, ¿cómo darle la libertad al terapeuta bajo una conducción?. Experimente un justo ejercicio de este poder, un respeto y tolerancia a las diferencias de personalidad de cada uno de nosotros, se creo un ambiente de apertura y algo importante para mi el control de ansiedades al decir ‘no hay una certezas’, y el saber que todos tenemos puntos ciegos.

Creo que juntos elaboramos constructos lingüísticos y sociales que construyeron una realidad terapéutica, buscando realizar un consenso deliberado y equitativo de valores y discursos.

Como ya fue señalado en la descripción de los escenarios, la supervisión sin cámara de Gessel, (ISSSTE) trajo consigo modificaciones en la forma de trabajo y por supuesto en la experiencia. Esta condición produjo una nueva modalidad del tratamiento y de la supervisión, que me pareció enriquecedor, porque las personas tenía contacto con el equipo, éramos conocidos de vista, en las tareas o mensajes positivos a mi parecer producían un mejor efecto que cuando no nos conocen, se entablaba cercanía. Creo que los clientes fueron personas adaptados a múltiples voces y miradas que requirieron terapeutas familiares sin miedo al escenario. La supervisión era más evidente desde el lugar de observador, porque contábamos con un pizarrón en el cual las supervisoras anotaban preguntas o líneas de trabajo, la ventaja fue, que la conducta no verbal de la supervisora (asentar la cabeza) reafirmaba o constituía un reconocimiento a que la sesión marchaba bien y también hubo algunos momentos en que esta situación nos generó ansiedad.

R *eflexión y análisis de la experiencia*

La experiencia, fue un relato significativo en mi vida laboral y profesional, un vaivén de posturas. Desde lo moderno hasta lo posmoderno, desde poner atención más a la técnica que a la familia, hasta hacer de la terapia un arte.

I *mplicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionalista y en el campo de trabajo*

Este programa de estudios no solo me ofreció una formación en los modelos sistémicos, sino el trabajo de la persona del terapeuta mediante metodologías experienciales destinadas a facilitar el desarrollo de recursos y el reconocimiento y manejo de dificultades personales que actúan a favor del proceso terapéutico. La oportunidad de haber tenido un equipo reflexivo, conversado por mis compañeros, resultó muy enriquecedor; la revisión de mi genograma y la identificación de mis puntos ciegos, gratos regalos que recibí de mi supervisora Carolina Rodríguez. Es ahora un deber, seguir procurándome estos espacios, pues el reflejo de un profesionalista, tiene su correlato en como esta la persona del terapeuta.

Más allá de la experiencia de la residencia, la dedicación a la labor de terapeuta deviene en una vocación de servicio que nos lleva a estar siempre cerca de la “enredada madeja” del sentir, el saber y el actuar de las personas y los grupos y lo que es un más complejo, de su modificación.

REFERENCIAS

Anderson,H y Goolishian,H.(1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la teoría clínica y la terapia familiar. En: *Revista de Psicoterapia*. Vol II.41-72

Anderson, H.(1997). *Conversaciones, lenguaje y Posibilidades. Un enfoque Posmoderno en la Terapia*. Argentina: Amorrortu.

Andolfi, M.(1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.

Bartolucci, I, J. (1994) *Desigualdad social, educación y sociología en México*. México: UNAM, Centro de Estudios sobre Universidad. Porrúa

Bateson G. y Ruesch,J.(1984).*Comunicación: La matriz social de la psiquiatría*. Barcelona: Paidós.

Bateson, G.(1979). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Carlos Lohle.

Bazan, L, J.(1996) “*Plan de estudios actualizado*”. México: Cuadernillo. No 70.Secretaria de divulgación. UNAM-CCH,p.53.

Bergan, J.L. (1986) *Pescando Barracudas. Pragmática de la Terapia Sistémica Breve*. Buenos Aires: Paidós.

Bertalanffy, L. V.(1976) *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

Boscolo; L y Bertrando, P.(2001).*El tiempo en los tiempos. Una nueva perspectiva para la consulta y la terapia sistémica*. Barcelona: Paidós.

Bowen, M.(1978). *De la familia al individuo*. Barcelona: Paidós.

Brazelton,B,T(1991). *Las crisis familiares y su supervisión clínico casos reales*. México. Paidós.

Cecchin, G. (1987).Una invitación a la curiosidad y a la evolución del interrogatorio circular. El entrenamiento de terapeutas familiares. En: *Revista Sistemas Familiares*. 9 Abril.

Corona, C,C.(2002). La sociedad sin opinión. Problemas de la comunicación política en la democracia de nuestros días. En: *Ensayos Democracia y Medios de Comunicación*: México: Instituto Federal Electoral.

Corsi, J.(1995).*Violencia masculina en la pareja: Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Argentina: Paidós.

De la Torre A; Medina, L (1991). *Problemas Socioeconómicos de México.I*. México: Trillas.

De la Torre A; Medina, L (1993). *Problemas Socioeconómicos de México.II*. México: Trillas.

De Shazer, S (1982). *Claves en psicoterapias breves*. Barcelona: Gedisa.

Desatnik, O; Franklin, A y Rublo, A. *Visiones y re-visiones y super-visión del proceso de supervisión*. Terapia y Familia.2002. Vol.15. No.1.

Diaz G,R.(1994).*Psicología del Mexicano, descubriendo la etnopsicología*. México: Trillas.

Duncan, L.B & Rock, W.J. (1995). *Mejore su vida conyugal. Técnicas innovadoras para lograr el cambio sin la colaboración del otro*. México: Edamex.

Durrant, M; White, Ch (comp) (1990) *Terapia del abuso sexual*. Barcelona: Gedisa.

Eguiluz, R. (2001). *La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar*. México: UNAM. UAT.

Elkaïm, M. (1989). *Las prácticas de la terapia en red*. España: Gedisa.

Epston, D y White, M. (1995). *Medios narrativos para fines terapéutico*. Barcelona. Paidós.

Epston, D. (2000). *Obras Escogidas*. España: Gedisa. Cap.7

Escobar (1992). *Etica*. México. Prentice Hall

Espinosa, S. R. (1992). *El ciclo vital en familias mexicanas: Características culturales y estructura familiar*. Tesis Master of Arts in Familia Counseling and Therapy, No publicada. Universidad de las Américas, México. D.F.

Fernandez, E. London, S & Tarragona, M. (2002). Las conversaciones reflexivas en el trabajo clínico, el entrenamiento y la supervisión. En Licea, G; Paquetin, I y Selicoff, H. (Eds) *Voces y más Voces: el equipo reflexivo en México*. México: Alinde. Instituto de psicoterapia.

Freedman, J. Epston, D. & Lovotis, D. (2001) *Terapia narrativa para niños. Aproximación a los conflictos familiares a través del juego*. Buenos Aires: Paidós.

García, L & Balanzario, L. M “Depresión y consumo de drogas”. En: *Centros de Integración: Informa*. Año 8. No.28, abril-junio.2003.p.25-30(2003)

Gámez D, R. “*Propuesta para el plan de trabajo del departamento de psicopedagogía*”. Colegio de Ciencias y Humanidades, UACB. UNAM, 1996.p1.

Gergen, K. (1996) *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.

Graing, G. (1988) *El desarrollo psicológico del niño*. México: Prentice Hall.

Haley, J. (1980). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrourtu

Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrourtu.

Haley, J. (1988) *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona:Toray

Hernández, R, J. L (2000) Los medios de comunicación y su participación en la democracia. En: *Ensayos Democracia y Medios de Comunicación*: México: Instituto Federal Electoral.

Hernández, R. R. (2005) *El papel del psicólogo en el Centro de apoyo a la mujer (CAM) Tlalnepantla*. Tesis de Licenciatura en psicología, no publicada. UNAM. México.

Hoffman, L. *Una posición constructivista para la terapia familiar*. Psicoterapia y Familia, 1989. 2 (2). Asociación Mexicana de Terapia Familiar.

Hoffman, L.(1998).*Fundamentos de la terapia familiar*. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.(INEGI)(2001).*Hombres y Mujeres en México*. México: Autor.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (INEGI)(2003).*Hombres y Mujeres en México*. México: Autor.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (INEGI)(2004).*Hombres y Mujeres en México*. México: Autor.

Jutoran, S. B. (1994) *El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas*. Buenos Aires, Argentina. Sistemas Familiares. Año 10 (1).

Keeney, B & Ross, J. (1993) *Construcción de terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrourtu.

Keeney, B.(1987) *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.

Leñero (1983) *El fenómeno familiar en México*: Instituto Mexicano de Estudios Sociales. A.C: IMES

Leñero (1995) *La familia, investigación y política*. México. Instituto Mexicano de Estudios Sociales. A.C: IMES

Leveton. (1987).*El adolescente en crisis, su apoyo en terapia familiar*. México: Pax-Mex.

Licea, I. Paquetin, Selicoff, H (2002) *Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde. Instituto de Psicoterapia.

López, O; Escalante, F (2001) *Comportamientos preocupantes en niños y adolescentes*. México: Asesor Pedagógico S.A de C.V.

Lecannelli, F. (2002) *Juego de ficción, narrativa y desarrollo de la experiencia humana en: http://inteco.c.cl/articulos/014/textos_esp.htm*

- Madanes, C. (1989). *Terapia estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Maldonado, I. (2000). *Evaluación crítica de la corriente narrativa y conceptos interrelacionados en la terapia familiar*. México.
- Mastache, M.C.(2000). *La co-construcción del proceso terapéutico, perspectivas del paciente y perspectivas del terapeuta*. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Minuchin, S & Fishman,Ch.(1981). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin. ¿Dónde queda la familia en la terapia familiar narrativa. *Mosaico*. 1992. No.13.
- Minuchin, S.(2001). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Nieto, H, M.(1987) *¿Por qué hay niños que no aprenden?.*México: Ediciones científicas. La Prensa Médica Mexicana. S.A.
- O'Hanlon; Weiner y Davis(1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Gedisa.
- Ochoa, de Alda, I.(1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Palacios, J. (1984).*La cuestión escolar. Críticas y alternativas*. Barcelona: Iaiá.
- Payne, M. (2002). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Barcelona, España. Ed. Paidós Psicología, Psiquiatría, Psicoterapia.
- Pérez, L, L (2004) *Reporte de experiencia profesional*. Tesis de Maestría con residencia en Terapia familiar Sistémica. UNAM. FESI

Peyru, G & Brusca, J “*Los derechos de los pacientes en psicoterapia*”. Revista de psicología en Buenos Aires. Año 1. No.4. Marzo,1992.

Phyllis, H. *Algunas reflexiones sobre el movimiento de la terapia familiar*. Revista mexicana de psicología. Universidad Iberoamericana. Vol II.No.2.2001

Ramirez, M, A.”*Una pieza más del rompecabezas. Salud mental y adicciones*”. En:Centros de Integración juvenil: Informa. Año 8.No.28, abril-junio,2003,p.9-16 (2003)

Ramirez,H.(1977). *El mexicano, psicología de sus motivaciones* .México: Grijalbo.

Riane, E .(2002) *Placer Sagrado I. Sexo, Mitos y Política del cuerpo*. Barcelona: Pax

Robert, J.(1994). *Tales and transformaciones: Stories in families and Family therapy*: Norton.

Salles y Turian. Mitos y creencias sobre la vida familiar: En: I.Solis (ed). *La familia en la ciudad de México, pasado, presente y devenir*. p.61-101.México: Miguel Ángel Porrúa.

Sandoval.(1984). *El mexicano: Psicología de sus relaciones familiares*. México. Ed Villacaña.

Selekman, M.(1996) *Abrir caminos para el cambio*. Barcelona: Gedisa.

Selicoff, H.(2002). El impacto del equipo reflexivo en las sesiones privadas de una cliente. En. Licea, I. Paquetin, Selicoff, H (comp)*Voces y más voces: El equipo reflexivo en México*. México: Alinde. Instituto de Psicoterapia.

Selvini, M, M.Boscolo, L.cecchin, G. Prata, G. (1989) "Hypothesizing-circularity-neutrality". Family Process, vol.19, p 3-12-

Selvini, M, M.Boscolo, L.cecchin, G. Prata, G. (1994). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós.

Solis(1997) *La familia en la ciudad de México, pasado, presente y devenir*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Stern, c & Reates, P. Programas de salud reproductiva para adolescentes en el D.F. estudio de dos servicios de atención. Colegio de México. 2001.No.5 *Documentos de trabajo, sexualidad, salud y reproducción*.

Steinglass,P (1989).*La familia alcohólica*. España: Gedisa.

Terapia de Soluciones. En: www//terapiadesoluciones

Troya y Auron, F.(1988). *La diferencia de los constructor de terapeuta en la supervisión*. II Congreso Nacional de Terapia Familiar. México.

Virsedá, H. J.(2000). *La salud y el terapeuta familiar: El trono vacío*. México: Universidad Ibéroamericana.

Vicencio,G,J,A "familias Alcohólicas:Una investigación primera y segunda fases".*Psicoterapia y Familia*,1991.Vol.4,No1.(1991)

Watzawick, P. Weakland, H.J. & Fish, R.(1988).*Cambio*. Barcelona, España. Biblioteca de psicología 35:Herder.

Watzlawick, P.Beavin, J.B & Jackson, D.D.(1987). *Teoría de la Comunicación Humana*. Barcelona, España. Biblioteca de Psicología 100: Herder.

White, M. (1995) *Reescribir la vida*. España: Gedisa. Cap.1

White, M & Epston, D (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

White, M (1997) *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa

Witzeaele, J & García, T.(1994). *La escuela de Palo Alto (Historia y evolución de las ideas esenciales)*. Barcelona: Herder.