



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR**

**EL DILEMA AUTONOMIA-MUTUALIDAD EN LA CONSTRUCCION DEL
VINCULO EN LA PAREJA A TRAVES DEL CICLO VITAL**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRIA EN PSICOLOGIA:**

P R E S E N T A :

ERIK GODINEZ LOERA

DIRECTOR DEL REPORTE:

MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY

COMITE TUTORIAL:

MTRA. CARMEN SUSANA GONZALEZ MONTOYA

MTRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE

DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA

MTRA. MARIA ROSARIO ESPINOSA SALCIDO

DRA. MARIA SUAREZ CASTILLO

DR. JAIME MONTALVO REYNA

MEXICO D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Cuando inicia y termina una etapa de nuestras vidas hay muchas experiencias, recuerdos, personas, lugares, anécdotas, que son incontables pero todas y cada una de ellas son igualmente importantes para formarnos y construirnos como somos en el presente.

En estas páginas quiero expresar mi sentir sobre todos aquellos que de alguna u otra forma me han ayudado a conseguir lo que en un principio era un sueño y ahora se convierte en una realidad y un camino para guiar mi futuro.

Quiero dar las gracias a mi madre Magdalena, a mi hermana Janet y a mi tía Martha que ha lo largo de toda mi vida han creído en mí siempre, han estado en las buenas y en las malas y me han apoyado en todo momento; me faltan palabras para expresar todo mi amor.

Al amor de mi vida, Tere; por todo su apoyo, su paciencia, por compartir juntos la vida y ser cómplices en ésta aventura.

A Juan, que a pesar de los años y de los cambios que implican los mismos, ha sido un amigo con el que puedo contar.

Al Mtro. Eduardo, gracias por creer y ayudarme a creer en mí, por sus consejos, su apoyo, su amistad y por el gran respeto y admiración que le tengo.

A mis compañer@s: Alejandra, Araceli, Claudia, Yolanda, Santiago, Elizabeth, Karina, Gissell, Angélica; que compartimos innumerables momentos, que aprendimos, reímos, lloramos juntos, gracias por dejarme entrar en sus vidas.

A la Mtra. Ofelia por su guía, confianza, consejos y por ayudarme a aprovechar los recursos que hay en mí como persona y profesional.

A la Mtra. Susi, Chayo, María, Juanita, Xochitl, Lulú y Carolina por ayudarme a descubrir lo mejor de mí; porque en cada uno de los momentos que compartí con ustedes siempre aprendía algo nuevo y sus enseñanzas las llevo en mis pensamientos.

A mis compañeros de la 5ª generación: David, Rubí, Jesús, Ana, Ricardo, Mónica, Liliana y Yolanda con quienes he compartido buenos momentos fuera de las aulas.

A la Universidad Nacional Autónoma de México; a la FES Zaragoza e Iztacala por abrirme sus puertas y permitirme aprovechar todo lo que hay en ellas; por formarme como persona y profesional.

Erik Godinez Loera

INDICE

INTRODUCCION Y JUSTIFICACION	1
1.1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.	1
1.1.1. Características del campo psicosocial.	1
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias.	11
1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas familiares.	20
1.2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.	27
1.2.1. Análisis sistémico de los escenarios clínicos.	27
1.2.2. Descripción de los escenarios clínicos.	35
1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios del trabajo clínico.	36
MARCO TEÓRICO	39
2.1 ANÁLISIS TEORICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO CLÍNICO.	39
2.1.1. Análisis Teórico Conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	39
2.1.2. Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	56
DESARROLLO Y APLICACIÓN DE LAS COMPETENCIAS PROFESIONALES	91
3.1. HABILIDADES CLÍNICO TERAPÉUTICAS	91
3.1.1. Descripción de las familias atendidas.	91
3.1.2. Aspectos teóricos considerados en el análisis del proceso terapéutico.	118
TEMA: “El dilema autonomía-mutualidad en la construcción del vínculo en la pareja a través del ciclo vital”.	118
3.1.3. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con familias.	141
3.1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total desde la Cibernética de Segundo Orden.	155
3.2. HABILIDADES DE INVESTIGACION	172
3.2.1. Reporte de investigación realizada utilizando metodología cuantitativa y cualitativa.	172
3.3. HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO, ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.	184
3.3.1. Productos tecnológicos.	184
3.3.2. Programas de intervención comunitaria.	186
3.3.3. Reporte de la presentación de la investigación en foros académicos.	190
3.3.4. Actividades complementarias.	192
3.4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL.	194
3.4.1. Análisis de las consideraciones éticas surgidas de la práctica profesional.	201
CONSIDERACIONES FINALES	210
REFERENCIAS	216

INTRODUCCION Y JUSTIFICACION

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

La familia, núcleo principal de intervención de la Terapia Familiar, no se limita o se restringe a los procesos de relación al interior de ésta, sino que toma en cuenta la multicausalidad intersistémica, es decir, en la familia se entrecruzan todos aquellos aspectos históricos, culturales, políticos, religiosos, económicos, demográficos, morales, éticos, que se conservan y se transforman, al mismo tiempo, en las sociedades a través del tiempo.

Este caleidoscopio de procesos que se entrecruzan al interior de la familia es lo que hace a la Terapia Familiar un actividad compleja que requiere de un marco o mapa que permita considerar a la familia como un sistema que está en constante interacción con otros sistemas, y que posibilite el observar, explicar e intervenir dentro del ámbito familiar. En este sentido, el enfoque sistémico, aplicado a la terapia familiar es la alternativa que permite generar una visión de complejidad y es por este motivo que las páginas siguientes abordarán los múltiples factores que intervienen en la familia, sus problemáticas y el análisis del papel que tiene la Terapia Familiar con enfoque sistémico dentro de este amplio contexto en el que interactúa la familia.

1.1.1. Características del campo psicosocial.

La familia mexicana se desarrolla entre lo nuevo y lo viejo, entre el pasado indígena, colonial, feudal y el presente y futuro modernista de la urbanidad, la tecnología y el imperio industrial internacional. Su dinámica gira en torno a estas dos realidades, luchando por conservar los usos y costumbres de un pasado y generando nuevas pautas de convivencia, al igual que valores y creencias que permitan hacer frente a los retos actuales de las sociedades. Es importante destacar que la familia no se convierte en un espectador pasivo de las transformaciones histórico-culturales sino que es un constante participante activo que contribuye a la conservación de las costumbres y tradiciones en los modos de vida o a generar cambios sociales.

Es así que, la familia como hoy se conoce, no ha sido siempre igual y ha cambiado junto y en interacción con las transformaciones histórico-sociales, económicas, culturales, políticas. Para explicar cómo es que se ha dado la construcción de la familia moderna del siglo XX se pueden ilustrar, principalmente, dos factores macrosociales que contribuyeron a la creación de una estructura familiar tradicional y a la generación de nuevas pautas de convivencia. El primero de ellos es la revolución industrial del siglo XVIII, que a partir del cambio en los modos de operar en los espacios laborales con la división del trabajo, el consumo y el capitalismo, contribuyó a que la familia se convirtiera en un espacio privado; a partir de esta división con lo público se creó una ilusión de espacios de poder para las

mujeres dentro de la familia y a los hombres se les asignó el espacio público de la racionalidad y la economía; el otro movimiento es la revolución francesa que promovía los ideales de libertad, igualdad y fraternidad, valores que los movimientos feministas de los sesentas retomaron para promover las relaciones equitativas dentro y fuera de la familia, y que hasta hace poco en la década de los ochentas también ha traído un cuestionamiento a la identidad masculina en países latinoamericanos (Burín, 2006).

Al respecto, Ariza y de Oliveira (2001) afirman que las familias latinoamericanas se ven envueltas en un discurso ideológico que ensalza la estructura de familia nuclear tradicional como un ideal o modelo social que ayuda a la conservación de los valores patriarcales, pero que sin embargo, a raíz de las transformaciones en los procesos demográficos, culturales y económicos se empiezan a mostrar tímidas señales de cambio. También expresan que hay una falta de sincronía entre las transformaciones macroestructurales (económicas, demográficas, culturales, etc.) y las familiares; para sustentar dicha afirmación toman en cuenta diferentes dimensiones de la vida familiar como son: la estructura de los hogares, los procesos de formación y disolución familiar, la organización doméstica y algunos aspectos de la convivencia familiar.

En cuanto a los factores socioeconómicos que contribuyen a la continuidad y transformación de los procesos familiares están: la tendencia globalizante hacia la integración de monopolios y la fragmentación y desplazamiento de los pequeños grupos, trastocando los procesos de identidad, con la inclusión de valores y realidades culturales extrañas y distantes de la cotidianidad familiar latinoamericana; también acelerando en magnitud e intensidad el fenómeno migratorio que contribuye de manera directa a la pérdida de la importancia de la coresidencia como criterio de pertenencia a los hogares y/o unidades domésticas; y en cuanto al mundo del trabajo, incrementando el trabajo de tiempo parcial, el subempleo y el desempleo, pérdida de la seguridad en el empleo, creciente polarización del mercado laboral, lo que origina un aumento en la tendencia de la “feminización” del mercado de trabajo debido a que muchos países latinoamericanos han ampliado sus procesos de terciarización económica que incluyen las economías de servicios con ocupaciones típicamente femeninas (maestras, secretarias, recepcionistas, meseras, enfermeras, entre otras), en detrimento de la disminución de empleos “protegidos” (con prestaciones, sueldos altos y seguridad laboral); esto ha tenido como consecuencia que la economía familiar se vea afectada, siendo poco sólida y llevando a que otros integrantes de la familia incursionen en el mundo laboral; por ejemplo, en el caso de las mujeres, su jornada laboral fuera del hogar puede traer conflictos y/o reorganizaciones en cuanto a quién se hace cargo de las tareas domésticas, en el caso de los hijos adultos o menores que dejen los estudios y que inviertan mayor tiempo al trabajo para obtener dinero y apoyar a la familia.

Con relación a esto, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, INEGI (2006), la población total económicamente activa en México, ha registrando un aumento, ya que en el año de 1991 era de 31 229 048, de los cuales 21 630 013 eran hombres y 9

599 035 eran mujeres; y para el 2004 el total fue de 43 398 755 de los que 28 013 539 eran hombres y 15 385 216 eran mujeres. Otros datos importantes se refieren a la posición en el trabajo, en los que se observa que para el año 2004 las diferencias entre hombres y mujeres con respecto a si son trabajadores asalariados (62.8% y 62% respectivamente) o trabajan por su propia cuenta (25.3% y 23.8%) no son notables, pero si se clasifican según el sector de actividad en el que se desempeñan se aprecia que en el año 2004 en el sector secundario, los hombres abarcan el 27.9% mientras que para las mujeres es el 19.4%; en el sector comercio es de 15.2% y 26.9% respectivamente; y en el sector servicios los hombres forman el 34.7% frente al 47.7% de las mujeres; lo anterior indica que dentro de los sectores de actividad los hombres abarcan el 77.8% de la población mientras que las mujeres el 94%.

El Consejo Nacional de Población, CONAPO (2001) destaca que en las tres últimas décadas se ha presenciado el aumento del número de hogares que cuentan con la contribución económica de las mujeres, que representa más de la mitad (13.4 millones). De este conjunto de hogares, en cuatro de cada diez de ellos (5.5 millones) la mujer es la contribuyente única o la contribuyente principal de los ingresos; esto revela que en los hogares mexicanos se están produciendo cambios en los papeles o roles de sus miembros, en particular los asignados tradicionalmente a hombres y mujeres.

Con respecto a lo anterior, González (2001; en: Ibarra, 2003) afirma que debido a que el trabajo de ama de casa no se entiende como trabajo y no se remunera, permanece la mayoría de su tiempo en el ámbito familiar y tiene escaso reconocimiento social, además de que su participación en el ámbito laboral se toma como una opción más que como una aportación básica, lo que ha contribuido a que la proporción de mujeres sobre el total de pobres aumente y con ello crezca también la falta de equidad en las relaciones entre hombres y mujeres dentro de la familia. Sin embargo, Arriagada (2002; en: Ibarra, 2003) expresa que el principio de igualdad se manifiesta lentamente y se relaciona con el aporte económico de mujeres e hijos en el hogar, debido a fenómenos de creciente desempleo, donde otros miembros de la familia han tenido que incorporarse al trabajo.

Ariza y de Oliveira (2001) señalan que estas transformaciones socioeconómicas junto con las recurrentes crisis económicas han influido en la inestabilidad y caída del ingreso familiar, lo que lleva a la necesidad de maximizar el apoyo económico de los integrantes del hogar (incluyendo principalmente a las mujeres y posteriormente a hijos mayores, adultos jóvenes e incluso niños en casos de pobreza extrema); todo esto se da con ondas reestructuraciones sobre la organización familiar, pues contribuye a que las mujeres ya no sólo construyan su identidad a través de las labores domésticas y familiares y que los hombres emprendan la construcción de su identidad no sólo en el espacio público del trabajo.

En este sentido, en la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares en México (INEGI, 2006) se hace notar que la participación de la mujer en el ingreso familiar de 1992 a 2004 ha tomado mayor fuerza frente a la

disminución de la participación del hombre, ya que en 1992 la participación del hombre en el ingreso familiar (tomando como base hasta dos salarios mínimos) abarcaba el 33.4% el cual se redujo a 29.1% en el 2004; en contraste, la participación de la mujer en 1992 era de 39.9% que para el 2004 se transformó en el 40%. Por otra parte, el mayor porcentaje del gasto de los hogares para hombres y mujeres tiene que ver principalmente con el consumo de alimentos, bebidas y tabaco (34%), después con transportes y comunicaciones (18%), enseguida educación y esparcimiento (13.9%) y por último, cuidado personal con 10.6%, quedando con menores porcentajes actividades tales como vestido y calzado, vivienda, limpieza del hogar y cuidados médicos. Esto indica que los esfuerzos por aumentar el ingreso familiar tienen que ver con la asignación a actividades y artículos de consumo diario más que a los de una duración a mediano y largo plazo, lo que también permite apreciar el día a día en el que viven muchas familias mexicanas.

Otro de los datos importantes que se deben de tomar en cuenta al hablar del ingreso familiar es el que se refiere a la edad de trabajo. CONAPO (2002), en un artículo sobre las proyección de fecundidad, mortalidad e inmigración en México durante los próximos 50 años, señala que la población en edad de trabajar (15 a 59 años) y los adultos mayores (60 años o más) abarcarán cada vez mayores proporciones de la población: la concentración de la primera aumentará de 59.8% en 2000 a 62.3 en 2005 y 64.5 en 2010, para descender a 62.2% en 2030 y 55.3% en 2050; la del grupo de mayor edad se incrementará de 6.8% a 7.7, 8.8, 17.5 y 28% en los mismos años, respectivamente. Esto lleva a suponer que el ingreso familiar en los años venideros no sólo tendrá un aumento de la participación de la mujer sino también de los adultos mayores, pero también conduce a pensar sobre las posibilidades de apertura del mercado de trabajo para estos grupos.

En cuanto a los factores sociodemográficos se puede apreciar que en las últimas décadas ha habido una tendencia hacia la disminución de la fecundidad y, ligado a ello, una reducción en el tamaño de los hogares; CONAPO (2002) hace una proyección en la que señala que la tasa global de fecundidad en México descenderá de 2.11 hijos por mujer en 2005 a 1.83 hijos en 2030 y se mantendrá constante hasta 2050. Además, según datos arrojados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) en su artículo Numeralia de la Familia en México (SNDIF, 2005b) donde realiza un diagnóstico sobre la familia mexicana, muestra que el número de familias nucleares sin hijos e hijas aumentó casi 70% en la última década, y el número de hijos e hijas en el año 2000 en familias nucleares fue de 2.6, mientras que el total de miembros en el hogar estaba entre 3.2 y 4.6.

Sin embargo, en cuanto a la estructura de los hogares, la imagen es de estabilidad ya que la estructura predominante en las familias latinoamericanas es la nuclear (una pareja con hijos) ya que ascienden a montos superiores al 70% en países como Bolivia, Brasil y México, mientras que las familias extensas (padres, hijos y otros parientes) y las compuestas (que incluyen la presencia de no parientes) han mantenido su peso en la última década,

alrededor del 30%; el hecho de que persistan las familias extensas también es un indicador sobre la manera en que las familias están enfrentando las crisis económicas (Arriagada, 1998; en: Ariza y de Oliveira, 2001).

Datos de la Encuesta Nacional de Dinámica Familiar (SNDIF, 2005a) señalan esta predominancia del modelo de organización nuclear que no ha variado en 23 años y suma algo más de dos terceras partes del total (67.8% en el 2005), teniendo un poco de mayor frecuencia en las zonas urbanas que en las rurales (9.0% contra 7.8%) y con una mayor cantidad de hombres al frente de la jefatura del hogar (58.2% en los rurales y 54.2% en los urbanos). De igual modo los arreglos familiares extensos siguen representando poco más de una cuarta parte del total de hogares (25.7% en el 2005), teniendo mayor presencia en zonas urbanas que rurales (26.2% contra 24.6%) y dentro de éstos, el 59.5% se compone de tres generaciones, las cuales son especialmente frecuentes en arreglos de parejas con hijos y otros parientes y de jefes con hijos solteros y otros parientes. El resultado de una mayor presencia de estas organizaciones extensas en localidades urbanas señala que puede ser resultado de estrategias familiares encaminadas a aumentar la fuerza de trabajo laboral y doméstica disponible en hogares con escasos recursos.

A la luz de este análisis y sin dejar de tomar en cuenta la influencia de las transformaciones socioeconómicas y la relación que guarda junto al control de la natalidad, también ha posibilitado cambios, ya que las mujeres ahora tienen mayor autonomía sobre sus cuerpos lo que ha acentuado la separación entre sexualidad y reproducción, y ha generado una crítica sobre el papel de la mujer dentro de la familia, permitiendo la estructuración de familias alternativas, de las cuales se pueden destacar dos por su incremento en las últimas décadas; una son los hogares unipersonales, sobre todo en países con transición demográfica avanzada, debido al envejecimiento de la población, que en México han tenido un cierto aumento de 4.7% en 1982 a 6.6% en 2005 (SNDIF, 2005a). La segunda, las familias con jefatura femenina que conforman un espectro amplio debido a que engloban situaciones diversas ya sea por soltería, separación, divorcio, abandono, migración, viudez y mujeres solteras con elevada escolaridad, por ejemplo, en países como Honduras, Uruguay y Venezuela alcanzan niveles elevados en torno al 25% mientras que en países del El Caribe llega a representar más del 40% (Ariza et al., 1994; en: Ariza y de Oliveira, 2001).

Por ejemplo, en el año 2000, casi 3.8 millones de las familias de México eran uniparentales (18%). De éstas, 81% están a cargo de mujeres, lo que en términos del conjunto de familias en el país significa que 15% son familias uniparentales con una mujer al frente. Además, el crecimiento de esta estructura alternativa familiar aumentó 3.2% anualmente entre 1990 y 2000, a un ritmo de crecimiento casi igual que el total de las familias (SNDIF, 2005b).

Además, si la formación de estructuras familiares uniparentales encabezadas por mujeres se agrupan según su estado conyugal da como resultado que el 9% sean solteras, el 34% viudas, el 26% separadas, el 20% casadas o unidas y el 10% divorciadas, lo que indica que el 70% presenta mayoritariamente situaciones de disolución conyugal o viudez, según datos del diagnóstico sobre la familia mexicana (SNDIF, 2005b).

Entre los factores explicativos asociados que también permiten dar cuenta de dicho fenómeno se pueden mencionar la mortalidad diferencial por género, la migración masculina interna e internacional, además de la prevaencia de elevados niveles de violencia familiar asociados a alcoholismo, drogadicción y pobreza (Ariza y de Oliveira, 2001).

En relación a esto, los cambios en los índices de natalidad y mortalidad de hombres y mujeres debido a los avances en la Medicina también ha posibilitado el aumento en la esperanza de vida al nacer; en el documento realizado por CONAPO (2002) acerca de las proyecciones de la población para los próximos 50 años advierte que la esperanza de vida aumentará de 74 años en 2000 (71.5 para hombres y 76.5 para mujeres) a 76.6 (74.2 y 79.1) en 2010, 79.8 (77.5 y 82.1) en 2030 y, finalmente, a 81.3 años (79 para hombres y 83.6 para mujeres). Estos datos permiten observar un envejecimiento paulatino de la población y un aumento en la tasa de mortalidad, que ligado a la disminución de la tasa de natalidad se proyecta que poco después de 2050 no sólo se habrá completa la transición demográfica, sino que incluso el país experimentará una progresiva disminución de su población por crecimiento natural, fenómeno que ocurrirá por vez primera desde la culminación del periodo revolucionario (1910-1921).

Es así como los datos relacionados con la fecundidad y la mortalidad, llevan a hipotetizar que probablemente debido al aumento en la esperanza de vida en hombres y mujeres, el futuro de las familias tenderá a que transiten por diferentes y variadas etapas en el ciclo de vida familiar y que no se siga un curso único donde comience con la conformación de la pareja y termine con la etapa de vejez, soledad y muerte; por ejemplo, el aumento en las disoluciones conyugales en las primeras etapas, puede traer como consecuencia etapas del ciclo vital familiar alternativas que generen nuevas estructuras familiares como las uniparentales, de segundas nupcias, hogares reconstituídos, pluricompuestos, unipersonales lo que también implicará la construcción de nuevas pautas de convivencia.

Con respecto a ésto, en el Diagnóstico sobre la Familia Mexicana (SNDIF, 2005b) se señala que el número de matrimonios creció por debajo del 1% anual, mucho menos que la población; que en el año 2000 hubo 7 divorcios por cada 100 matrimonios y la proporción de divorcios creció en los matrimonios de 20 o más años de duración: esto representaba 11% del total en 1990 y en el 2000 era 17%. Por otro lado, la tasa de edad al momento de casarse ha disminuido, en el año 2000, la edad promedio en el matrimonio fue de 25 años y de 35 años para los divorcios, es decir, que el 31% de los contrayentes se casan a los 19 años o menos en comparación con hace una década que era de 37%.

Por su parte, El Programa Nacional de Población 2001-2006 realizado por el Consejo Nacional de Población, CONAPO (2001) indica que el índice de rupturas conyugales se ha incrementado entre las mujeres de generaciones más recientes, entre las que se casan a edad temprana y entre quienes transitan en los primeros años de matrimonio. Es así como la viudez ha cedido el paso a la separación y el divorcio como modalidades predominantes de disolución conyugal y ha posibilitado la generación de estructuras familiares alternativas.

Este mismo documento señala que el efecto combinado de la declinación de la mortalidad, los niveles más bajos de fecundidad y las pautas reproductivas cambiantes ha generado cambios al interior de la familia como:

1. *Cambios en el tiempo de vida en común de madres e hij@s*: se estima que las mujeres mexicanas dedican un número mayor de años a vivir en la condición de madre (de 1970 a 1974 era de 42.5 años en promedio; de 1990 a 1994 de 47.8 y para 2005 de 50.2), pero también junto con el descenso de la fecundidad el tiempo de vida en común lo disfrutaban con un número cada vez más reducido de hij@s sobrevivientes (del periodo 1970-1974 cerca del 55% de las mujeres transcurría en la condición de madre con más de tres hijos, del periodo 1990-1994 se redujo a 20% y para 2005 se hizo una proyección de un 3%).

2. *Disminución en el tiempo de cuidado y crianza de los hij@s por parte de las mujeres*: se estima que la esperanza de vida adulta de las mujeres dedicado a la crianza y el cuidado de los hij@s menores de 18 años no sufrió mayores transformaciones entre 1970-74 y 1990-94 (de 22.5 a 22 años), aunque sí lo hizo la proporción del tiempo de sus vidas invertido en cuidar dos o más hij@s de esas edades (de 14.1 a 11.9); en el 2005 se previó que las madres estarían dedicando en promedio cerca de 20.2 años de sus vidas a vivir en la condición de madre y alrededor de 8.7 años a la crianza y el cuidado simultáneo de dos o más hij@s. Estos también pueden ser indicadores indirectos de la mayor participación y tiempo invertido de las mujeres en los ámbitos extrafamiliares.

3. *Disminución de mujeres que sufren la muerte prematura de uno o ambos padres*: Se calcula que la esperanza de vida de las hijas con al menos un padre sobreviviente de 65 años o más se incrementó de 15.9 a 21 años entre 1970-74 y 1990-94 y se previó que esto aumentaría a 22.8 años en 2005. Asimismo, el número de años que las hijas vivirán con ambos padres sobrevivientes de 65 años o más aumentó de 2.8 a 4.9 años entre 1970-74 y 1990-94 y se previó un ascenso a 6.5 años en 2005. Lo anterior implica que la tendencia se dirige hacia un aumento en las necesidades de salud de los adultos mayores por lo que requerirán de más atención, cuidado y apoyo por parte de las redes familiares y sociales.

Como se puede observar, el cambio en la fecundidad y en las pautas reproductivas, por un lado, han contribuido a transformar el curso de vida de las personas en el ámbito familiar y social, ya que la reducción del tamaño de la descendencia modifica la carga de trabajo atribuible a las actividades domésticas y reduce el tiempo que los padres (en particular las madres) dedican a la gestación, crianza y cuidado de los hij@s, lo que crea condiciones para que los padres y las madres se propongan otras metas en sus vidas vinculadas con su desarrollo personal, y por otro, una mortalidad en descenso ha propiciado la ampliación del potencial de interacciones familiares y ha aumentado el número de años que una persona puede desempeñar una amplia variedad de papeles familiares y sociales.

La CEPAL (1994; en: Ariza y de Oliveira, 2001), ante este panorama de cambios y discontinuidades entre los factores macrosociales y las transformaciones estructurales, relacionales y de convivencia en la familia, resalta que se está dando una disminución en los matrimonios y al mismo tiempo un aumento en el retraso de la edad al

casarse, aumento en la fecundidad adolescente, aumento de separaciones, divorcios y segundas uniones conyugales.

Otro de los factores que contribuyen al aumento o disminución de una población es la migración; en cuanto al impacto de este fenómeno social sobre las relaciones familiares, tiene diferentes implicaciones dependiendo del sexo y de si el movimiento es colectivo o individual. Si el hombre es el que emigra y deja a la familia, los cambios en la estructura de autoridad de la familia no son duraderos ya que a la llegada del padre ésta se restablece; sin embargo, si las mujeres son las que emigran, puede introducir duda o cuestionamiento sobre su vida social. Si es la familia completa la que emigra se posibilita que las relaciones entre los cónyuges sean más igualitarias ya que se requiere de una participación más activa de las mujeres en la obtención de recursos económicos (Ariza y de Oliveira, 2001).

Enlazando los niveles de natalidad, mortalidad y migración se espera que en las próximas décadas pueda haber dos tendencias; la primera es aquella que proyecta una población y tasa de crecimiento mínimas y de migración constante de México hacia Estados Unidos; la segunda es aquella donde se espera un crecimiento de población mínimo pero con una tasa de migración en descenso; una explicación a esto último es que una parte significativa regresará a México a pasar los últimos años de su vida, gozando una pensión de retiro originada en una larga estancia laboral en E.U. (CONAPO, 2002). Lo anterior, permite vislumbrar que una parte importante de las familias mexicanas tendrán un aumento de integrantes adultos y adultos mayores, posiblemente las familias extensas irán en aumento, junto con las uniparentales y unipersonales, lo que también hace pensar en las oportunidades de trabajo para esta población y de los dilemas culturales que puedan existir en las familias migrantes.

Frente a los cambios socioeconómicos y sociodemográficos antes descritos, también se enlazan las continuidades y las transformaciones culturales acerca de lo que se espera cumplan un hombre y una mujer en el ámbito familiar. Por ejemplo, la disminución de un trabajo asalariado estable y la disminución de mano de obra masculina, a la par del aumento de empleos de servicios ocupados por mujeres y el control de natalidad que le permite mayor libertad para desarrollarse en otras áreas, contribuyen al desplazamiento de un ideal de familia con la presencia de un jefe-varón proveedor exclusivo y la figura de la mujer-ama de casa encargada únicamente de las labores del hogar y del cuidado de los niños, lo que por una parte ha dado pie a la construcción de nuevas imágenes de la feminidad, menos centradas en la maternidad, y por otro, ha posibilitado la resignificación de las nociones de masculinidad y las concepciones de paternidad que admitan la vinculación afectiva, el cuidado y la socialización de los hijos y el hogar. Pero en contraste, las continuidades se hacen notar en cuanto al desempeño de los trabajos domésticos y de crianza de los hijos, ya que las mujeres desempeñan una doble o triple jornada de trabajo y los hombres se integran de forma esporádica a estas actividades, las cuales asumen como ayuda o apoyo durante ciertos momentos y se centra más en el cuidado y recreación de los hijos, reparación de la casa y trámites administrativos, y menos en las labores domésticas como limpiar, lavar, planchar, cocinar, entre otras.

Respecto a estos cambios en los aprendizajes basados en la socialización asociados al género, González (1994; en Ibarra, 2003) arguye que los hombres, frente a las expectativas de cumplir con su rol tradicional de proveedor dentro de la familia tienen dificultades para integrarse a la vida familiar pues no existen modelos alternativos de masculinidad y paternidad que impliquen al hombre, lo que surge debido a dilemas y contradicciones entre el deber ser y el hacer de los hombres y las mujeres, pues mientras que las crisis económicas ha generado la inclusión de las mujeres a participar en el trabajo remunerado, no las ha librado de sus responsabilidades domésticas, aunado a que las normas y los valores asignados culturalmente a hombres y mujeres no han cambiado.

Parte de estas continuidades y cambios en las actitudes, valores, expectativas, normas y creencias acerca del matrimonio y la familia en hombres y mujeres se puede observar en los siguientes datos proporcionados por CONAPO, el Proyecto Observatorio de la Situación de la Mujer y otros autores que se citan a continuación (de la Paz y Salles, 2006).

Los números muestran que una de cada cinco mujeres considera que tener un hogar es el logro más importante que puede alcanzar una mujer, 11% dice que lo más importante es tener hijos y 4.8% señala que es casarse. Al agrupar las aspiraciones que pueden implicar mayor autonomía femenina, se encuentra que cerca de 48% percibe como máximo logro estudiar, trabajar o ser autosuficiente; en menor proporción (41.7%) señala los aspectos vinculados con su papel de esposas y madres: casarse, tener un hogar, hijos y sacarlos adelante.

Con respecto al matrimonio como acceso a la vida sexual en pareja, se observa que dos de cada tres mexicanos desaprueban que las mujeres tengan relaciones sexuales antes del matrimonio y alrededor de uno de cada dos opina en el mismo sentido respecto a las experiencias sexuales premaritales de los varones. La población femenina con respecto a este tema se muestra más conservadora que los hombres (69% contra 62%) aunque tampoco se favorece las experiencias sexuales prematrimoniales (54% contra 38%) (Beltrán, Castaños, Flores, Meyenberg, 1995; en: de la Paz y Salles, 2006). Alrededor del 55% de la población total señala que el matrimonio debe ser la única forma de vivir en pareja, en tanto que la proporción restante acepta que las parejas pueden vivir juntas, aun sin estar casadas.

En cuanto a los estereotipos sobre la formación de las parejas, para las mujeres, la pareja debe cumplir con la expectativa de ser mayor que ellas, ser soltero, que no haya tenido hijos previamente en otra relación y que tenga mayor preparación o posición social. Para los hombres, estas variables van en una dirección opuesta con respecto a su pareja, sin embargo, también se observa una modificación sobre esta visión de la pareja (López, Flores y Salles, 2000; en: de la Paz y Salles, 2006). En relación a la idea de que las mujeres se realizan con el matrimonio 16.4% de las mujeres y 21.7% de los hombres dice estar de acuerdo con esta idea, mientras que 10.7 y 16.4 por ciento están de acuerdo en parte y las más jóvenes muestran más desacuerdo que los hombres. En cuanto a la idea de que los hijos son lo más importante en la vida de las mujeres, si bien la mayor parte de la población opina en este sentido

(72% de las mujeres y 67.7% de los hombres) hay una franja de la población que esta de acuerdo solo en parte (18.8% y 22.3% respectivamente). Relacionado con este punto y específicamente en cuanto al rol de cuidadora y apoyadora que se le puede dar a la mujer dentro de la familia, el SNDIF (2005a) señala en su Encuesta sobre Dinámica Familiar que las mujeres ayudan más en momentos de crisis: muerte de un pariente, una enfermedad grave y/o cuando hay problemas económicos serios, mientras que los hombres apoyan más en situaciones de accidentes o en problemas de trabajo.

Otra de las ideas sobre las cuales se funda la vida en pareja y se cree que le da estabilidad a la familia es la fidelidad, y esto se observa en el valor que le dan hombres y mujeres; por ejemplo, los hombres (59.9%) señalan que no estarán dispuestos a perdonar la infidelidad de la pareja para salvar su matrimonio, frente a 41.3% de las mujeres, en cambio entre las mujeres, cuatro de cada diez se muestran dispuestas a perdonar la infidelidad y cinco de cada diez de las que tienen 45 años y más no lo harían.

En cuanto a la pregunta de si se casarían con una persona divorciada, 41.6% de hombres y 51.1% de mujeres señalan que no lo harían; entre las mujeres que declaran que no se casarían con un hombre divorciado, el porcentaje más alto se encuentra entre aquéllas de 45 años o más. En cambio, entre los hombres el mayor porcentaje se ubica entre los que tienen 35 a 44 años, y se destaca que los jóvenes entre 18 y 24 años de ambos sexos se muestran también conservadores ante esta pregunta. Es de llamar la atención de que a pesar de que un porcentaje significativo de hombres y mujeres (45.7% y 37% respectivamente) estaría dispuesto a contraer nupcias con una persona divorciada, esta proporción disminuye notablemente si se trata de que la persona tenga o hubiera tenido hijos.

También es importante resaltar que los cambios en los roles de hombres y mujeres podrían ser percibidos de diferente manera en los diferentes sectores socioeconómicos de la población. Por ejemplo, Ariza y de Oliveira (2001) señalan que el aumento de las uniones consensuales y el leve retraso en la edad de la unión entre las mujeres tiene un significado distinto en los sectores medios y altos en relación con los más pobres. En los sectores empobrecidos, se podría vincular con el deterioro en los niveles de vida, pues las dificultades para ingresar al mercado laboral, la disminución de salarios y la escasa cobertura de seguridad social es lo que hipotéticamente pudiera contribuir al retraso de la salida del hogar y de la edad de la unión, inclusive por la inversión económica que representa el evento del matrimonio podría indirectamente reforzar las pautas de unión consensual. En los sectores de clases medias y altas, el control de recursos económicos con los que cuentan las mujeres podría permitirles una mayor participación en las decisiones domésticas y extradomésticas, ya que toman un papel más activo en la procuración de relaciones de género más igualitarias.

En síntesis, el cambio y las continuidades en las percepciones, creencias, expectativas, valores en la pareja y la familia podrían contribuir a dos tendencias en las relaciones de los hombres con las mujeres y viceversa; la primera

es que ayuden a favorecer relaciones más equitativas entre hombre y mujeres en el seno del hogar y un mayor grado de influencia de las mujeres en las decisiones familiares; la segunda, que las relaciones se tornen conflictivas y violentas cuando las mujeres intenten modificar la división del trabajo doméstico y los patrones de conducta y pensamiento tradicionales de sus cónyuges.

Por último, es importante resaltar que el contexto de complejidad en el que la familia interactúa es uno donde se conjugan las continuidades y rupturas, las tensiones y contradicciones en las pautas relacionales, creencias, valores, expectativas, roles y significaciones de lo que es la familia.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias.

Bajo el gran espectro de cambios, tensiones y continuidades del contexto histórico-sociocultural con el que interactúa la familia y como participante activa en este proceso de transformaciones-continuidades, se pueden generar en sus integrantes tendencias saludables que permitan un desarrollo y crecimiento de sus habilidades y potencialidades, pero también pueden generar condiciones limitantes, de incertidumbre, riesgo, vulnerabilidad y daño social que derivan de serios problemas de pobreza, como accidentes en el trabajo, discriminación, delincuencia, suicidios, violaciones, desintegración familiar, violencia a la mujer; de salud como un aumento de número de casos de cáncer, SIDA, drogadicción, alcoholismo y; de educación, como analfabetismo, reprobación y deserción escolar.

Según Cicchelli-Pugeault y Cicchelli (1999; en Ariza y de Oliveira, 2001) las situaciones de riesgo e incertidumbre que se pueden generar en el ámbito familiar pueden emanar de tres fuentes:

La primera de ellas es con respecto a las restricciones que las actuales condiciones de fragmentación, polarización e inseguridad del mercado de trabajo imponen a la familia como vehículo de movilidad social y unidad socioeconómica de producción y consumo; esto se refiere a que las familias enfrentan enormes dificultades para darle certidumbre hacia un determinado rumbo socioeconómico a sus miembros por el sólo hecho de pertenecer a ese espacio familiar; por ejemplo, debido al limitado e inestable ingreso familiar y la disminución de oportunidades, no se garantiza el acceso a un buen puesto de trabajo, a servicios de salud o instituciones educativas, también hay una imposibilidad de lograr el bienestar material de la familia descansando sólo en el ingreso del jefe proveedor o de adscribirse a carreras laborales estandarizadas que abran paso a la movilidad social.

En el Programa Nacional de Población 2001-2006, algunos de sus datos revelan que los hogares con mayores propensiones de vulnerabilidad y situaciones de riesgo están: las unidades domésticas encabezadas por mujeres que cuentan entre sus miembros con menores dependientes de 15 años de edad (alrededor de 1.2 millones de unidades domésticas carecen de ingresos suficientes); los hogares encabezados por adolescentes y jóvenes (alrededor de medio millón de unidades domésticas cuentan con muy escasos recursos); y los hogares formados

únicamente por adultos mayores (alrededor de 650 mil hogares viven con ingresos reducidos). Asimismo, la información disponible muestra marcadas insuficiencias en la capacidad de los hogares mexicanos de contar con otros bienes y activos, alrededor de dos de cada tres no disponen de automóvil (66.8%) o de teléfono (62.9%); uno de cada dos (47.6%) no tiene lavadora; y poco más de uno de cada tres (31%) carece de refrigerador; de igual forma hay una proporción muy significativa de los hogares que no pueden aspirar a tener estos satisfactores.

En cuanto al acceso a servicio de salud, en las mujeres, se sufre todavía la posible eventualidad de una muerte vinculada al embarazo, gestación y parto o puerperio debido al restringido acceso a los servicios de salud. Se calcula que en el año 2000 hubo una tasa de mortalidad materna (número de defunciones de las madres por cada 10 mil nacidos vivos) de 6.2 muertes maternas, el 70% de ellas ocurridas en áreas marginales principalmente rurales (2.3 veces más que en las marginales urbanas). A su vez, estas muertes maternas, ocurren mayormente en municipios indígenas, y en estos en mayor medida en mujeres menores de 20 años y en las de más de 34 años; el impacto que tiene en la familia la muerte de la madre (en estas zonas de marginación y pobreza) se hace notar en el abandono y falta de protección en las que pueden quedar los hijos ya que pueden quedar huérfanos y muchas veces desamparados por el mismo padre que se vuelve a casar o que los abandona (SNDIF, 2005c).

En segundo lugar está la manera inequitativa en que la propia familia redistribuye los recursos sociales a los que tiene acceso y el modo en que dicha distribución se ve influida por su particular ubicación en la estructura social (sector social de pertenencia y la composición interna de los hogares). La falta de equidad tiene que ver con los valores y criterios que gobiernan las relaciones de hombres y mujeres en el espacio familiar, pues al otorgarle a la mujer como valores máximos su dedicación a la esfera doméstica y la familia, el acceso a niveles de escolaridad más elevados puede considerarse una irresponsabilidad en sectores más conservadores o una opción en sectores un poco más abiertos, y si éstas tienen el acceso al trabajo o a la escuela, las responsabilidades de las mujeres se incrementan sin darse un ajuste de funciones al interior de la familia. En el caso de los hombres en condiciones de pobreza y considerando el espacio público signo de su identidad masculina, puede favorecer una entrada precipitada a la calle. Es así como la falta de equidad entre los sexos, el sector social al que se pertenezca, el tipo de familia y la edad puede llevar a problemáticas tales como violencia familiar, embarazo adolescente, desnutrición, abandono escolar, drogadicción y suicidio.

En cuanto a las exigencias de cumplir un determinado rol en la vida familiar pueden presentarse problemas de carácter depresivo o tensional. En algunos estudios (SNDIF, 2005c) se indica que la condición psicológica, emocional y anímica se relaciona directamente con síntomas somáticos y sentimientos de insatisfacción y falta de bienestar producidos por las exigencias de la vida familiar. En el caso de las mujeres, en cuanto a su satisfacción en la vida marital y sexual, alrededor de dos terceras partes no dicen tener una vida de satisfacción y felicidad; una tercera parte dice perder fácilmente su salud; casi la mitad se siente esclavizada por las labores domésticas. Casi el

80% siente que la mayor satisfacción de su vida familiar, no reside en el afecto y la comprensión de su pareja, sino más bien en sus hijos y en encontrar cierta seguridad y respeto social, lo cual la lleva a dedicarse a las responsabilidades hogareñas como la madre abnegada, pero con la frustración afectiva relacionada con su pareja.

Burín (2006) por su parte, afirma que dentro de las condiciones de vida enfermantes para los hombres se encuentra el desempleo y la pérdida de posición económica, ya que en el espacio laboral pueden haber condiciones enfermantes que generen trastornos psicosomáticos derivados de emociones como el miedo a perder el trabajo, la ira o furia que despiertan las condiciones injustas y el dolor y tristeza de verse a sí mismos en posiciones de injusticia. Además, si a esto se agrega la falta de pautas alternativas que integren al hombre a la vida doméstica y familiar, se incrementan los niveles de drogadicción, depresión y suicidio.

En relación a estas problemáticas, de acuerdo a los resultados de la segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, realizada en 1993), el 3.9% de la población urbana de 12 a 65 años reportó haber usado alguna droga ilícita al menos "una vez en la vida", incluyendo inhalables. Esto representó un total de 1,638,000 personas, de las cuales solamente 319,000 la usaron durante el año previo, en tanto que el 0.3% de los encuestados dijo haberlas consumido durante el último mes, lo que equivale a 229,581 sujetos en todo el país. En 1995, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) indicó que fueron hombres entre 15 y 24 años quienes acudieron más frecuentemente a centros de tratamiento de organizaciones no gubernamentales. En este caso la droga de uso actual que más se reportó fue la cocaína (22.6%), seguida del alcohol (21.2%) (Borges y Castro, 2006).

En 2002 el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) junto con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), y en colaboración con el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente y la Dirección General de Epidemiología acordaron realizar la Cuarta Encuesta Nacional sobre Adicciones, en donde destacaron que siguen siendo los hombres quienes más beben, en una proporción de 1.69 hombres por cada mujer cuando se considera a la población urbana y una diferencia considerablemente mayor, de 3.2 hombres por cada mujer en las comunidades rurales. Los problemas derivados del consumo de alcohol son más frecuentes en los varones que en las mujeres con una proporción de 12.8 hombres por cada mujer. Estas diferencias en las conductas de consumo se ligan con expectativas sociales que consideran que la mujer no debe de beber y de hecho bebe menos, sin embargo sufre de mayor rechazo social que el hombre cuando lo hace, no porque la conducta de uno y otro sea diferente bajo la intoxicación, sino porque se considera que el consumo es incompatible con los roles tradicionalmente asignados a la mujer (Medina-Mora, Villatoro, Cravioto, Fleiz, Galván, Rojas, Castrejón y Kuri, 2003).

En cuanto a la problemática del suicidio, el INEGI (González, 2001) reveló que durante 1999 ocurrieron 417 intentos de suicidio, de ellos 158 --37.9%-- fueron realizados por hombres y 259 --62.1%-- por mujeres. También, en el mismo año hubo dos mil 531 suicidios, dos mil 142 correspondieron a varones y 389 a la población femenina. A nivel

nacional 41 de cada 100 intentos de suicidio se debieron a disgustos familiares, en 30 de 100 casos se ignora la razón del intento y 11 obedecieron a causas amorosas. Para la población femenina que intentó suicidarse los motivos fueron por disgusto familiar --47. 9%-- y por problemas amorosos, 12%. Mientras que los hombres declararon que los disgustos familiares fueron los causantes en casi 30% de los intentos de suicidio, y los conflictos amorosos representaron 7%. Además, si el intento de suicidio tenía por causa las enfermedades graves, los remordimientos o las dificultades económicas, en la mayoría de los casos se trataba de varones.

Lucio y Morales (Boletín UNAM, 2004) señalan que en México representa la cuarta causa de muerte en los adolescentes de 15 a 19 años de edad, aunque también incide en los niños mayores de ocho años. Los motivos principales son la depresión, pobreza, desempleo y falta de comunicación con los padres, en el primer caso, mientras que en el segundo sobresalen desesperanza y maltrato.

Detallaron que los intentos de suicidio de los adolescentes son 20 veces más que los casos consumados. La idea de cometer esta acción se da entre el 20 y 40 por ciento, de acuerdo a diferentes estudios; el intento, entre el ocho y 13 por ciento y el lograrlo entre el dos y cuatro por ciento. Los hechos reportados en el 2001, señalan que el 11.5 por ciento pertenece al grupo de hombres y el 21.4 al de mujeres, ambos entre los 15 y 19 años de edad. Los primeros son quienes más concretan este acto, en tanto que las segundas lo intentan con mayor frecuencia. Rechazaron el mito de que la desilusión amorosa sea causa fundamental de este fenómeno en el grupo de 13 a 18 años de edad, y que se relacionan más y con mayor frecuencia los problemas familiares; también señalaron que el lugar donde cometen con mayor frecuencia este hecho es en el hogar, aunque también lo hacen en la escuela o parques.

Otros datos que aportan una idea acerca del efecto que tienen las desigualdades al interior de la familia son los índices de violencia familiar, que se ha convertido en uno de los problemas fundamentales a tratar para los profesionales de la salud y así lo indican los estudios realizados en este tema; por ejemplo, los resultados de la Encuesta sobre Violencia en la Familia realizados por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres A. C. (COVAC) en 1995 (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001) muestran que los niños (61.2%) son identificados como los miembros de la familia que pueden sufrir mayor frecuencia de maltrato físico o mental, seguido por las madres (29.9%) y las demás mujeres de la familia (9.7%) entre las que se encuentran las hijas, cuñadas, primas, etc. En cuanto al problema de suicidio, los números muestran que el 42% se relacionan con problemas familiares; en el caso de las mujeres el disgusto familiar representa el 51.3% mientras que en el caso de los hombres representa el 29%.

Por último, dentro de los factores de riesgo e incertidumbre dentro del ámbito familiar se puede ubicar la decreciente certeza que genera la familia como un espacio de crecimiento personal futuro frente a un contexto de creciente individualidad. Esta tensión surge de los dilemas y contradicciones que surgen entre los valores asignados a la familia, como la solidaridad de grupo y su falta de respuesta frente al desarrollo personal, lo que ha llevado a la

búsqueda de pautas alternativas de convivencia tanto familiares como no familiares no necesariamente centradas en el matrimonio y los hijos, e incrementando un clima de ampliación de posibilidades de elección pero también de dudas e incertidumbres sobre los itinerarios familiares que se deben de seguir.

Con relación a esto, los cambios en los vínculos familiares han tenido como consecuencia que muchos niños y jóvenes queden solos y tengan que sobrevivir con sus propios medios, lo que lleva a aumentar los casos de deserción escolar, drogadicción, delincuencia, explotación laboral, embarazos no planeados y enfermedades de transmisión sexual (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

Relacionado con lo anterior el SNDIF (2005c) muestra que a pesar de que hay una baja tasa de mortalidad infantil (de 178 defunciones por cada 1 mil niños nacidos vivos en 1930, hasta 28, en 1997), aparece el problema de la salud de esos niños que han nacido y crecido y no se han muerto, pero que presentan diversas posibles enfermedades y disfunciones fisiológicas. En cuanto a los jóvenes, reconocen tener una falta de salud física (más de la cuarta parte); igualmente muchos (más del 12% en las ciudades) acusan explícitamente tener problemas de salud mental y de carácter psíquico. Otros problemas que presentan son: una mala alimentación que trasciende a su salud actual o futura, problemas ginecológicos, enfermedades de transmisión sexual, síndromes de dolor, cefaleas, dolor psicógeno, síncope y vértigo, trastornos del sueño, enfermedades infecciosas, problemas dermatológicos, epilepsias, talla baja, discapacidades, trastornos oftalmológicos, traumatismos, problemas de adicciones, en donde los porcentajes van creciendo notablemente.

En cuanto a la vulnerabilidad y daño social, Ariza y de Oliveira (2001) afirman que están estrechamente relacionados con los factores anteriores, pues el hecho de ser vulnerable, implica estar susceptible a padecer situaciones de desigualdad, exclusión o discriminación social dependiendo de la posición social en la que se encuentra una persona y que incrementa o decrementa las posibilidades (riesgo) de que ocurra; en cuanto al daño social tiene que ver con las consecuencias irreversibles sobre las potencialidades sociales y humanas de la vivencia familiar en condiciones de vulnerabilidad, riesgo e incertidumbre, tales como el efecto negativo que puede tener la movilidad ocupacional de hombres y mujeres ligado a una unión matrimonial precoz acompañada de la procreación o a la generación de un ambiente violento en el interior de la familia.

Como se puede observar, existe una gran diversidad de factores macrosociales que intervienen en las problemáticas familiares, pero también derivada de este contexto y atendiendo a las especificidades de la familia, en cuanto a su posición social, espacio geográfico, ciclo vital, estructura, composición y los vínculos entre sus miembros se pueden notar problemas específicos.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en su Prediagnóstico sobre la Dinámica Familiar de México (2005c) clasifica los problemas que se presentan en las familias atendiendo a una serie de variables, como se muestra a continuación:

1. *En cuanto a sus condiciones socioculturales.* Atendiendo a la región, zona y localidad en la que viven las familias se reconoce la variedad de historias culturales existentes y, por lo tanto, referirse a la dinámica familiar en las distintas regiones del país lleva a considerar dos realidades en sentidos aparentemente distintos: por un lado, se quiere preservar las raíces culturales heredadas y sus derechos para seguir sus modelos tradicionales en sus propios estilos de subsistencia y modos de vida familiar; pero por otro, se busca los cambios de una modernización venida del exterior a la que quieren acceder principalmente las nuevas generaciones.

De lo anterior, las familias se ven ante el dilema de asegurar su propia identidad familiar y comunitaria, pero al mismo tiempo, trastoca el “equilibrio” anterior (de desigualdad social) tras la búsqueda de oportunidades de trabajo y la presión generada por la concentración citadina de riquezas económicas basadas en un sistema productivo de un mercado globalizado. Ante estos fenómenos de migración dentro del país y fuera de él, las comunidades se hacen cada vez más heterogéneas y las relaciones familiares entre parientes sufren de mayor desvinculación, pues debido a la escasez de oportunidades en el campo los padres e hijos tienen que emigrar, pero aún sin haber tal migración, los hijos al formar sus familias en otras áreas vecinales diferentes a las que habitan sus padres, hermanos o parientes cercanos, tienen una identificación cada vez menor; en el caso de las ciudades, los espacios residenciales en diferentes sectores contribuyen a la separación de los hijos casados de sus padres, abuelos y hermanos.

2. *En cuanto a sus condiciones socioespaciales.* Derivado de las condiciones de una concentración de trabajo en las áreas urbanas y de los fenómenos de migración debido a la escasez del trabajo, para principios del nuevo siglo se vislumbra una triple diferenciación de la cotidianidad de la vida familiar, entre lo rural, símbolo equívoco del subdesarrollo, de lo urbano-intermedio y de lo metropolitano, símbolo de la modernización y el progreso, lo cual lleva a una hegemonía sobre los modos de vida familiar que presenta una dinámica de conformación interna, cerrada y egocéntrica que caracteriza a la familia nuclear conyugal desvinculada de la parentela, que está sujeta a las incitaciones de la sociedad de consumo y que es ajena a familias de localidades rurales y urbanas menores en donde las relaciones familiares se abren al interior de la propia localidad del pueblo o barrio y en donde las familias se conocen y las dinámicas de control social derivan de las relaciones primarias cara-cara.

3. *En cuanto a sus condiciones socioeconómicas.* Aquí se puede ubicar tres grupos. El primero de ellos abarca a las familias que se encuentran en condiciones de pobreza extrema (más de 2 millones de familias), con problemas de subsistencia básica (que comprende un 21% de la población total de familias mexicanas). En cuanto al primero grupo, buscan sobrevivir realizando actividades informales o realizando tareas esporádicas nada calificadas con lo cual pretenden obtener el pan cotidiano para la familia y además carecen de seguridad médica y social; aquí se

pueden encontrar muchos menores en la calle, que trabajan o que han abandonado sus hogares. El significado de la paternidad, la conyugalidad, la filiación, la fraternidad, la parentalidad y el valor de los hijos depende de lo que les permiten y exigen la subsistencia básica cotidiana, como lo es la carencia alimentaria, la salud precaria, la incapacidad para alcanzar una autosuficiencia mínima; por ejemplo, en cuanto a la vinculación con sus parientes cercanos son necesarias las relaciones pero con frecuencia están deterioradas debido a que en sus mismas familias de procreación están constituidas por parejas o parientes en situaciones críticas, por enfermos o discapacitados que no han podido recibir atención debida, o son indigentes que se mantienen precariamente de limosnas callejeras, lo cual los hace vulnerables a enfermedades crónicas o de alcoholismo. De esta manera, la pobreza convierte a la familia en un lugar de desesperanza y frustración, donde los valores familiares se contaminan por celos, sufrimientos, odios y violencia derivados de la desigualdad entre las familias no pobres frente a las muchas que carecen de los recursos básicos.

En cuanto al segundo grupo, se refiere al conjunto de familias en pobreza relativa o de clase proletaria dependiente (22.5%), en el que a pesar de que la jefa o jefe de familia cuente con un empleo fijo de bajo o medio nivel y los parientes dependientes de él o ella sean derechohabientes de la seguridad medicosocial, sus ingresos no resultan frecuentemente suficientes para el mantenimiento de una familia que quiere asimilarse a las clases medias con mejores condiciones de vida por lo que dos o más miembros trabajan o emigran a E.U. para ganar un ingreso en dólares. En este sector ocurre menos la participación laboral de la mujer (si estas no son abandonadas por el marido) y en cambio, los hijos son los que suelen trabajar. Estas familias de pobreza relativa suelen tener problemas de vivienda propia o rentada y dificultades para acceder a créditos con el propósito de construirlas poco a poco, o adquirirlas al lograr ser beneficiarios de una vivienda de "interés social". El modelo de familia nuclear-conyugal, más generalizado en las clases medias, opera desventajosamente, debido a que desarticula las redes de parentesco e incluso introduce la ruptura intergeneracional entre padres e hijos, al momento en que estos alcanzan la juventud, se unen maritalmente o llegan a una adolescencia independiente, lo que provoca que el costo per cápita de un hogar, incluso con un núcleo más reducido de personas sea demasiado elevado. En el caso de los padres mayores (abuelos) aunque cuentan con pensiones de jubilación, tienen problemas de manutención y de atención de su salud.

En el tercer grupo se ubican las familias de clase media; abarca más de la quinta parte de las familias mexicanas (22.5%) cuyo manutención socioeconómica se obtiene mediante trabajos con cierto nivel de clasificación, tanto en el sector primario, secundario o terciario (de comercios y servicios), como en el medio rural y urbano, aunque este último sea el más característico. El nivel de vida logrado por estas familias puede considerarse como básicamente asegurado, de tal manera que se presenta un virtual rompimiento de las relaciones comunitarias y parentales, debido a su autosuficiencia pero implicando una sensible debilidad debido a la falta de recursos humanos y económicos al momento en que la autonomía familiar produce aislamiento. Los procesos de desintegración familiar con manifestaciones psicológicas-afectivo-volitivas que tiene que ver con conflictos entre la pareja marital, en las

relaciones entre padres e hijos o de los hermanos entre sí, se relacionan con los desequilibrios sociales y económicos derivados de los cambios en los mercados de trabajo, a la competencia mayor o a una crisis de la economía colectiva, pues al no saber como ajustarse a un nivel de consumo y de restricciones debajo de la posición y del status social anterior puede entrar en una crisis que afecte gravemente sus relaciones internas.

En el último grupo, se encuentran las familias acomodadas, de las cuales se calculan un millón y medio (poca más de la décima parte del total de las familias); estas familias adoptan muchos de los rasgos de los modelos de familia propios de las clases medias, pero con un mantenimiento de vinculación consanguínea y de concertaciones matrimoniales de conveniencia, provenientes de sus antepasados, en los que se ha basado su status superior actual. Para estas familias el patrimonio familiar es una cuestión clave para ellas y las problemáticas y fuente de conflictos familiares giran en torno a ello.

4. *En cuanto a la etapa del ciclo vital familiar.* Se puede dividir en tres etapas. La primera de ellas es la etapa de recién casados y su problemática de integración, que gira en torno a la reivindicación femenina frente a la autoridad ejercida por el hombre como jefe de familia, lo cual ha producido una crisis de las relaciones conyugales en la misma medida que ha generado una nueva concepción de equidad de género. Entre las manifestaciones críticas de la falta de equidad se pueden encontrar una ruptura frontal cada vez más temprana después de la formación de la pareja, o una relación marital ambivalente llena de insatisfacciones de ambas partes, de desacuerdos, tensiones o violencias.

Ibarra (2003) menciona que las parejas jóvenes de profesionistas suelen presentar dificultades para lograr acuerdos respecto a la distribución del trabajo doméstico y la crianza de los hijos; estos problemas no se podían hablar abiertamente y en varios casos las mujeres se embarazaban para hacer frente a estas diferencias, pero el resultado era una mayor frustración y una exacerbación de los conflictos en la pareja.

Por su parte, el SNDIF (2005b) en su Encuesta sobre Dinámica Familiar, muestra que de aquellas personas en cuyas familias hubo al menos un evento conflictivo en el último mes, los gritos estuvieron presentes en alrededor de la mitad de los hogares, mientras que sólo un 5.2% declara abiertamente que hubo violencia física; y pese a que el 76.3% dice que llegó a un acuerdo después de conversar sobre el hecho, alrededor de un 40.3% admite que terminó haciendo lo que alguien de la familia dijo que debía hacerse. El escenario parece sugerir una dinámica de conflictos en la que, existiendo cierto grado de violencia, las diferencias se resuelven en parte por la aceptación –dialogada o no- de la voluntad del algún miembro de la familia, presumiblemente la figura de autoridad. Unido a esto, se hacen una serie de preguntas vinculadas con ideas predominantes acerca de la masculinidad y feminidad; los resultados dan cuenta de que una sexta parte de los mexicanos, con un mayor respaldo en las localidades rurales (alcanza a la quinta parte de la población), aún comparte la idea de que la hombría esta indisolublemente ligada a la demostración de poder en la familia y a la capacidad de ejercer control sobre sus miembros. Por otra parte, sólo una tercera parte

de los mexicanos aprueba la idea de que las mujeres trabajen fuera de la casa si tienen niños pequeños y, prácticamente un 45% la responsabiliza a ella de la cohesión e integración familiar.

En la etapa de procreación y educación de los hijos, se ubica el 40% del total de las familias mexicanas; las problemáticas principales que se presentan son la rebeldía de niños y adolescentes, la confusión de los padres sobre la manera de educarlos y encauzarlos cuando la diferencia educativa-escolar entre padres e hijos es todavía muy grande. Ibarra (2003) señala que en las familias con hijos adolescentes una queja frecuente es la distinción que suele hacerse entre las hijas y los hijos con respecto a los permisos y las llegadas tarde, ante lo que las jóvenes reaccionan cuestionando las diferencias en las libertades y responsabilidades asignadas. Ante esto, se registra el trato rudo y el recurso de los castigos en los niños, mediante los golpes o su ruptura afectiva en más de la mitad de los casos. Otros problemas que se presentan en esta etapa se dan en las relaciones conyugales derivados de la rutina cotidiana y de la falta de adecuación a los cambios en la edad de los hijos. Es así que la pareja puede entrar en una crisis de identificación amorosa y que aparezcan entre los padres (sobre todo en el hombre) aventuras amorosas e infidelidades o la incidencia agudizada de un alcoholismo que antes pudo no haberse mostrado en forma aguda.

También puede presentarse, sobre todo en familias de los sectores pobres y en clases medias modestas la situación de trabajo de los menores. Los mismos padres favorecen en muchos casos, que sus hijos, niños y adolescentes, trabajen para ayudar a solventar el gasto familiar. Cuando esto sucede, se agudiza casi siempre cierta emancipación moral del muchacho o muchacha pues siente que se puede valer económicamente y que sus padres dependen de alguna manera de esos hijos.

En la etapa posterior a la salida de los hijos, se puede dar el caso que debido a la muerte o enfermedad de uno de los abuelos se vaya a vivir con uno de sus hijos o hijas ya casados; entre las dificultades que se suelen presentar es una actitud de desilusión y de cierta insatisfacción por lo que fue y no pudo ser la vida familiar; esto debería ser un punto a tomar en cuenta para el siglo XXI pues las proyecciones apuntan a un crecimiento del número de personas mayores.

En síntesis, los principales problemas que se presentan en las familias mexicanas, según su orden de importancia son (SNDIF, 2005b): 1) los que se relacionan con la concesión de permisos y con la autoridad; 2) asuntos económicos; 3) dificultades de convivencia y comunicación; 4) problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos; 5) diferencias de carácter de opinión; 6) adicciones; 7) cuidado y orden en el hogar. Estos motivos dan cuenta del 75% de las causas expresadas por los entrevistados como la primera causa de conflicto o pleito.

5. *En cuanto a las vinculaciones sociales y a la conformación de los hogares.* Esto lleva al análisis de una estructuración social desarticulada desde el nivel familiar. Esto tiene que ver con el argumento expuesto por Parsons

(1980; en SNDIF, 2005c), el cual sostiene que derivado de la modernidad, con todos sus procesos de industrialización, urbanización masiva, institucionalización burocratizante e individualización, presenta una fuerte tendencia a que la familia nuclear conyugal tienda a desvincularse de las redes de parentesco y a enfatizar un creciente hermetismo familiar. Esto representa un problema cuando la familia sufre desequilibrios y presenta necesidades insatisfechas por sus miembros; sobre todo cuando en el hogar sólo existen dos adultos o uno solo, ya que la ausencia de adultos produce una imposibilidad de superar múltiples necesidades frecuentes: como el cuidado de los hijos, la atención del hogar, cuidado de enfermos, etc.; además este hermetismo puede propiciar también una actitud de desinterés por los demás que repercute en la ruptura o inexistencia de lazos de solidaridad con vecinos, e incluso amigos o compañeros.

Es así que, reflexionando sobre el papel que juegan los profesionales, instituciones y servicios de salud en la prevención y/o generación de pautas funcionales en las familias es importante analizar el papel que juega la Terapia Familiar con enfoque sistémico dentro del contexto antes descrito.

1.1.3. La Terapia Familiar con enfoque sistémico y posmoderno como alternativa para abordar la problemática señalada.

Lafarga (2003) en su artículo "El psicólogo que México necesita", afirma que nuestro país atraviesa por uno de los momentos más importantes en su historia ya que se está redefiniendo pero al mismo tiempo se encuentra en una crisis de crecimiento pues en él convergen tanto la abundancia como la miseria, los recursos humanos y materiales con la marginación, las diferencias raciales y las nuevas oportunidades de convivencia y colaboración entre razas y sectores diversos de la población. México, así lo define, se debate entre el dolor y la esperanza. Atendiendo a esto, concluye que la formación del psicólogo en México debe manifestar con creciente claridad las relaciones entre disciplina psicológica y las necesidades nacionales y regionales de México.

De esta manera, el reto para los profesionales de la salud, en específico psicólogos y terapeutas familiares, es intervenir sobre esta realidad social y familiar continua y cambiante a la vez, llena de tensión, desequilibrios y contradicciones. Para esto no basta sólo la aplicación de técnicas específicas con miras a modificar conductas, sentimientos o creencias, sino obliga a que los profesionales transformen su manera de comprender y acercarse a los fenómenos humanos. Por tal motivo, es necesario en este apartado analizar, dentro del macrocontexto, cuál es la visión de las políticas públicas dirigidas a las familias y cuál es la importancia y el papel del psicólogo y terapeuta familiar dentro de esta visión de complejidad.

Considerando que el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) es una de las instituciones gubernamentales en México dirigida a la atención de las necesidades y problemáticas que se presentan en las

familias, se expondrá su propuesta de política pública familiar con la finalidad de resaltar la importancia que tiene el papel del psicólogo y terapeuta familiar en la prevención, atención e intervención de los procesos familiares, así como de las entidades educativas en la formación de dichos profesionales.

Una política familiar, como la define el SNDIF (2005c) es “el conjunto de disposiciones normativas y ejecutivas para el encauzamiento de acciones en relación a los problemas de las familias” (p. 151). Además, esta definición hace énfasis en la pluralidad, pues resalta la importancia de la participación de actores, de ámbitos de aplicación, de orientaciones ideológicas, de enfoques estratégicos y de atención a diversas necesidades, situaciones y demandas.

Bajo esta perspectiva se considera importante la participación activa de la familia junto con los profesionales de la salud así como de las entidades académicas y de investigación que tengan que ver con el área de la vida familiar, la salud física y mental, el género, la niñez, la adolescencia, la tercera edad, la vivienda, las relaciones comunitarias, los derechos humanos y todos aquellos que se vinculen con la realidad familiar.

Es así, que la propuesta de política pública familiar por el SNDIF (2005c) considera importante tener una amplia visión, abierta a las corrientes más actualizadas, pero también, considerando lo que forma parte del patrimonio sociocultural y religioso.

De esta manera, la propuesta de política familiar que plantea el SNDIF considera fuertes implicaciones en tres áreas fundamentales del quehacer científico: teoría, investigación y práctica, que como lo plantea Kuhn (1986) son necesarias para que exista un paradigma unificado que permita el desarrollo uniforme de un campo.

De igual manera, Lafarga (2003) considera que los currículos de los psicólogos en cualquier campo de aplicación y a cualquier nivel, sea este de licenciatura o de posgrado, deben de girar sobre cinco ejes fundamentales:

1. Conocimiento de la teoría psicológica.
2. Familiaridad con la teoría científica.
3. Práctica profesional supervisada.
4. Reflexión sobre la ética.
5. Desarrollo personal a través de experiencias significativas que deriven en autoconocimiento, autoestima y mejor manejo de las relaciones interpersonales.

En cuanto a la teoría, la política familiar del SNDIF (2005c) parte de una teoría constructivista, lo que implica dirigirse al sentir de las propias familias que se construyen en sus ciclos vitales y que el profesional de la salud responda a ello y no de las directivas macroscópicas. Para esto tendrá que acercarse a la familia con un sentido teleológico, entendiendo el sentido y el significado de la vida familiar, como parte vital de la vida humana y colectiva que va renovándose en cada época. No se trata de una política que se diagnostique desde afuera, sino que se base en la

comprensión de los recursos utilizables y no en los pensados idealmente, que provengan del interior de la familia a partir de su propia realidad en el aquí y ahora. Además, esta propuesta lleva hacia una “promoción familiar e interfamiliar”, lo cual no implica conducir a las familias a ciertas formas de acción o de utilización de servicios, no es conducir, ni siquiera proteger paternalistamente; tampoco es impartir educación desde el que sabe frente al que supuestamente no sabe nada. Se trata más bien de despertar el propio sentido creativo y compartido de construcción familiar desde las mismas familias, aprendiendo de la experiencia de la gente, las estrategias de una acción colectiva desde el propio interés familiar e interfamiliar.

Es así que, partiendo de la necesidad no sólo de las políticas gubernamentales sino de una realidad complejizante en la que se construyen diariamente las familias lleva a considerar que tanto la comprensión como la intervención hacia los procesos familiares, deben rebasar el carácter individual de los procesos mentales y conductuales.

Por lo tanto, la Terapia Familiar que es una intervención que va dirigida al grupo familiar (Eguiluz, 2001), no es sólo un conjunto de técnicas y estrategias que van encaminadas a la modificación de conductas, sentimientos o creencias. La Terapia Familiar con enfoque sistémico (TFS), se construye sobre una epistemológica que permite acercarse, comprender y aprehender una visión complejizante de la realidad familiar y los procesos humanos, se basa en distintas corrientes de pensamiento, como por ejemplo, la Teoría General de Sistemas, la Cibernética, la Teoría de la Comunicación Humana y las corrientes Constructivistas y Construccionalistas Sociales. Esta terapia no plantea un eclecticismo sino una manera de entender a los fenómenos humanos como sistemas que interactúan de manera circular, es decir, donde las conductas de un individuo o varios afectan las de otros y viceversa; como procesos comunicativos, donde todo lo que haga o no haga un individuo comunica algo a otro dentro de un contexto particular; y además, donde se entiende que la realidad individual y familiar se construye en base a la experiencia de vida y los intercambios comunicativos de unos con otros a través del lenguaje.

Es decir, asumir esta postura sistémica implica ir más allá de las relaciones humanas, pues incluye las relaciones de los humanos con su entorno de manera circular, en donde los seres humanos, como seres vivos, están en una continua interacción con su entorno de forma tal que ambas partes funcionan y cambian juntos. Además de que dentro de esta epistemología se considera que la forma en que los seres humanos construyen cognitivamente y en el lenguaje el mundo en el que viven repercute en la formación de problemas humanos y en el cambio terapéutico (Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001).

Lafarga (2003), por su parte, considera que el conocimiento de una teoría psicológica sólida deriva de la práctica creativa y de la investigación pertinente. Debido a ello, el SNDIF (2005c) dentro de su programa de política familiar es que considera importante la investigación y la práctica.

Para la segunda área, se destaca la importancia de la investigación aplicada a los procesos de construcción y reconstrucción familiar para abrir la perspectiva comprensiva sobre una realidad compleja. En este sentido, se hace necesario diagnósticos específicos que no sólo describan hechos manifiestos y aparentes de la realidad familiar (sociografía, demografía, etnografía, psicografía, etc.) sino análisis descriptivos y comprensivos aplicados a problemáticas específicas. Por tal motivo, se hace necesaria una investigación comprometida con la comprensión del sentido de los hechos y actitudes familiares que respondan a la lógica de los mismos protagonistas. Una investigación que distinga los tipos y circunstancias familiares, que no simplifique y presuponga un modelo “natural” único y rígido de familia.

Lafarga (2003) considera que la familiaridad con una metodológica científica no implica una relación directa con una visión reduccionista y positivista sino una que no descalifique métodos legítimos de investigación.

Por tal motivo, la Terapia Familiar con enfoque sistémico no sólo pondera la parte práctica y aplicada, sino, como ya se observó, también se designa la teoría y una forma específica de entender el mundo (sistémica) y de hacer investigación. Por una parte, al hacer una revisión sobre su proceso histórico como campo disciplinar se puede apreciar que comienza en los años cincuenta como una simple técnica experimental y como innovación clínica. Posteriormente, durante los años sesenta, se extiende por E.U. formando varios centros de atención, entrenamiento e investigación y, una década después, esta expansión toca a Europa y América Latina. Actualmente, se reconoce como un área bien establecida que cuenta con asociaciones profesionales, revistas especializadas y una amplia literatura que permite legitimar su ejercicio en el área de la salud mental (Eguiluz, 2001).

Por otro lado, la TFS ha ido formando una manera de hacer investigación; basada en los métodos cualitativos y vinculando la investigación con la terapia le ha permitido tener un acercamiento con los fenómenos familiares atendiendo a los procesos, interacciones, actitudes, creencias, desde las particularidades y especificidades de las familias, además de enfocarse en las estructuras y los sistemas dinámicos que son immanentes a los eventos observados.

Debido a esta característica de la investigación en el campo de la TFS que ha sido teórica y aplicada, se pueden citar algunos temas que han sido ya estudiados (Navarro, 1992; en: Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001):

1. Estructura y funcionamiento de familias y parejas.
2. Elaboración de instrumentos de evaluación familiar.
3. Efectividad clínica de la terapia familiar (comparada con otras formas de terapia y en su aplicación a problemas específicos).
4. Terapia familiar y enfermedades crónicas.

5. Interacción terapeuta-familia
6. Interacción equipo terapéutico-familia.
7. Comparación entre distintas modalidades de terapia
8. Estudio de técnicas y procedimientos de intervención.
9. Interacción familia-cultura
10. Interacción familia-síntoma/problema.
11. Ciclo vital y crisis de transición.
12. Comunicación e interacción familiar y marital.
13. Diseños de estrategias terapéuticas.
14. Construcción de modelos teóricos de psicopatología y salud mental.
15. Epistemología y terapia.
16. Ética y terapia.

Lo anterior, permite observar que el papel de la TFS es sumamente importante no sólo en cuanto a los aportes que puede brindar al estudio de las familias, sino que vincula dos áreas que se enriquecen mutuamente como lo es la teoría con la práctica, pero nacida desde los procesos de interacción entre investigador/terapeuta y familia.

Por último, en cuanto al área de la práctica, el SNDIF, al orientarse desde una visión constructivista aplicada a las acciones interventoras de carácter promocional, educativa, psicoterapéutica y organizacional, se exige y se compromete al profesional a que sus acciones no sean a partir de sus paradigmas elaborados y prefabricados, sino que aprenda a construir su diagnóstico operativo en el proceso de acompañamiento de las familias. Que la metodología de intervención no esté basada en un saber técnico aprendido desde fuera de la realidad, sino que sepa descubrir las virtudes de la gente y de sus estrategias vitales, delante de todos sus problemas. Descubrir en ellos su potencialidad para estimularlos a que encuentren, entre sí mismos, con otras familias, su camino y su andadura. La intervención así concebida, deja de ser una nueva imposición docta, paternal o de poder, para convertirse en una fuente de aprendizaje recíproco.

En relación a esto último, el SNDIF plantea la necesidad de una terapia familiar, que permita una rehabilitación en familia y para ello se plantea dos interrogantes: ¿Cómo montar programas de promoción familiar que no inviertan el sentido constructivo de las propias familias? y ¿Cómo adecuarse a ellas y no tratar que ellas se adecuen a los programas?

En respuesta a estas preguntas, se puede citar lo que Lafarga (2003) afirma con respecto a la importancia de la inclusión en los currículos de Psicología de una práctica supervisada: "...nuestras escuelas... no estarían formando profesionistas, sino teóricos que solo van a trabajar como profesores de psicología y no como profesionales competentes al servicio del público" (p. 3). Agrega además, que México necesita un nuevo modelo de promoción de

la salud, uno que no esté basado en un modelo médico sino psicológico, ya que el hecho de que en la población haya una carencia de enfermedad esto no representa que haya salud, lo que lleva a diagnósticos médicos que suponen que las personas están enfermas y que deben de ser curadas. Este autor, considera que se requiere de una psicoterapia mucho más psicológica que ponga el énfasis en los aprendizajes significativos de las personas, más relacionado con el desarrollo de recursos en los individuos y en los grupos.

En relación a este contexto, la TFS encuentra su espacio y su cabida, pues como práctica clínica cuenta con una gran variedad de modelos que van desde la intervención enfocada en el cambio de las estructuras familiares, los procesos comunicativos, los patrones de interacción problemáticos al interior de la familia hasta la construcción y deconstrucción de identidades individuales y familiares atendiendo a los procesos discursivos que generan problemas en la vida de las personas.

De esta manera es que la Terapia Familiar con enfoque sistémico, como proceso terapéutico, se puede identificar como una aproximación que permite la atención de los procesos humanos en función del contexto y de sus relaciones, además de que considera una amplia gama de problemáticas. Dichas características que han mostrado su viabilidad y efectividad en instituciones, pueden observarse en el siguiente cuadro.

TABLA DE RESULTADOS DE TRATAMIENTO

Autores	Año	Título	Referencia	Resultados
Weakland, Fisch, Watzlawick, Bodin.	1974	Brief Therapy: Focused Problem Resolution	Family Process, 13:141-168	97 Casos Éxito: 39 casos/40% Mejora significativa: 31 casos /32% Fracaso: 27 casos /28%
Beyebach M., Morejon A.R., Palensuela D.L., Rodríguez-Arias J.L.	1996	, Research on the process of SF brief therapy	Handbook of System Family Brief Therapy	39 pacientes externos 80% objetivo logrado; avg 5 sesiones.
Burr W	1993	Evaluation of the Use of Brief Therapy in a practice for Children and Youth	Familiendynamik, 18:11-21	55 casos; Seguimiento 6-12 meses; 34 respuestas, 77% (26) Mejoraron, avg 4 sesiones, problemas nuevos reportados en 4 con mejoría y 4 sin mejoría
DeJong P, Hopwood LE	1996	Outcome research on treatment conducted at the Brief Family Therapy Center 1992-93	Handbook of Solution Focused Brief Therapy	275 casos; edad 50% < 19, 93%. 45; avg 2.9 sesiones, 45% lograron su objetivo, 32% algún progreso.
de Shazer S	1985	Keys to Solutions in Brief Therapy	Norton: New York	28 casos (pregunta del milagro); 23 (82%) lograron mejoría; 25 resolvieron otros problemas; avg 5 sesiones.
de Shazer S	1991	Putting Differences to Work	Norton: New York	29 casos: 23 (80%) reportaron que habían resuelto la dificultad original o que habían hecho un progreso

				significativo.
Franklin, C.; Biever, J.; Moore, K. C.; Clemons, D.; Scamardo, M.	1997	The Effectiveness of Solution Focused Therapy with children in a school setting		19 casos: Alguna mejoría en todos; 4 de 5 mejor en el seguimiento a un mes

Fuente: Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica, 2001.

En cuanto a la Terapia Familiar con un enfoque posmoderno, debido a que su conformación es todavía más reciente y rechaza las aproximaciones convencionales de investigación cuantitativa, existe una base que puede dar muestra de su utilidad, eficacia y viabilidad.

Besa (1994; en: Biever, Bobele, Gardner & Franklin, 2005) por ejemplo, realizó una serie de experimentos de caso único usando un diseño de línea base múltiple y demostró la eficacia de la terapia narrativa con seis familias que experimentaban conflicto padres-hijos. O también, en el uso de equipos de reflexión, Andersen (1995; en: op. cit.) reporta diferencias observables inmediatas después del uso de un equipo de reflexión en una sesión de terapia. Griffith y sus colegas (1992; en: op. cit.) usando el Análisis Estructural de La Conducta Social (SASB) compararon la interacción de familias antes y después de la intervención de un equipo de reflexión y observaron que las conversaciones de las familias mostraron cambios significativos en donde exhibieron mayor confianza, comodidad y apoyo mutuo.

Otro de los factores a favor de esta modalidad de terapia posmoderna es en cuanto a la forma como abordan ciertas problemáticas que en la actualidad tienen un peso específico, por ejemplo, en el caso de abuso sexual y violencia donde a través de la metáfora narrativa se lleva a la persona víctima de abuso a construir una historia que no limite su experiencia y su identidad a ese hecho. En cuanto a los abusadores, la terapia se centra sobre los factores que impiden a éstos actuar responsablemente, en lugar de centrarse en los factores que causan la violencia; esto lleva al abusador a enfrentar su violencia, a abogar por una relación no violenta, a externalizar restricciones tales como la propiedad masculina, los sentimientos opresivos, los patrones de dependencia y la evitación de responsabilidad. También lleva a considerar la importancia de los contextos sociales para comprender significados, conductas y relaciones y trabajar sobre ellos en su comprensión sin supuestos a priori, lo que puede llevar a la construcción de historias dominantes sobre los valores familiares en relación al género, al amor, la lealtad, los lazos familiares, etc. e incitar a historias alternativas más liberadoras dentro de cada cultura (Biever, Bobele, Gardner & Franklin, 2005).

Como punto final, es importante mencionar que el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar impartido en la Universidad Nacional Autónoma de México, atendiendo a las problemáticas, necesidades y áreas de atención antes señaladas; integra la formación de los profesionales en cuatro áreas:

1. Habilidades clínicas terapéuticas.

2. Habilidades de investigación.

3. Habilidades de Enseñanza, y Difusión del conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria.

4: Habilidades de compromiso y ética profesional

Es por ello, que los siguientes apartados se atenderán a estas áreas y se enfocaran en el aprendizaje obtenido a lo largo de los dos años de formación.

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

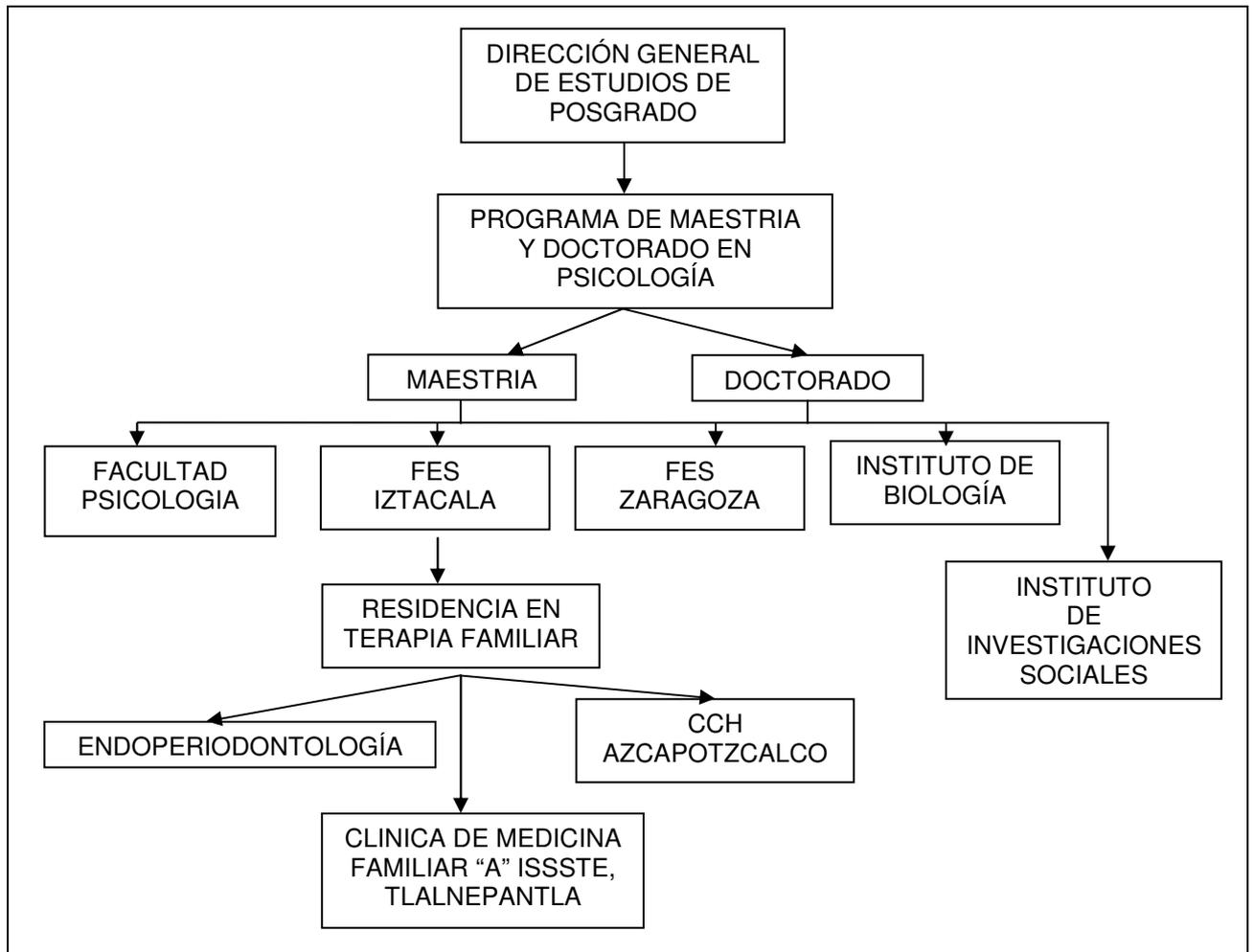
1.2.1. Análisis sistémico de los escenarios clínicos.

Los escenarios clínicos del Programa de Maestría en Psicología de la Residencia en Terapia Familiar, están insertados en un contexto más amplio el cual se debe de considerar debido a que esto influye tanto en la forma de trabajo, en la población de pacientes que se canalizan y se atienden y en los modelos de intervención a seguir.

El Programa de Maestría en Psicología impartido en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) pretende acentuar el desarrollo de habilidades para realizar investigación aplicada y el conocimiento profesional de la disciplina a través de la incorporación de programas de residencias, en donde se desarrollen competencias profesionales específicas por campo de conocimiento aplicado y en donde se puede ubicar tres:

- a) Procesos Sociales, Organizacionales y Ambientales, en el que se incluye la residencia en Gestión Organizacional y Psicología Ambiental.
- b) Educación y Desarrollo humano, en el que están la residencia Escolar, en Educación Especial y Evaluación Educativa.
- c) En el área de la salud se incluyen las residencias en Psicología de las Adicciones, Medicina Conductual, Terapia Familiar, psicología Infantil, Psicoterapia para Adolescentes y Neuropsicología Clínica.

Este programa cuenta con la participación de diferentes entidades académicas (Facultad de Psicología, la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza). En el caso de la Residencia en Terapia Familiar que se imparte en la Facultad de Psicología y en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala cada una de éstas cuenta con escenarios clínicos donde se aprenden, desarrollan y aplican las habilidades clínicas terapéuticas, de investigación, de enseñanza, difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria y de compromiso y ética profesional.



ORGANIGRAMA DEL PROGRAMA DE MAESTRIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Cada uno de estos escenarios está dentro de ámbitos institucionales los cuales ya cuentan de antemano con una estructura de organización e infraestructura para la atención a las personas y bajo las cuales también se guían y dirigen las diferentes residencias.

Son tres los escenarios clínicos con los que cuenta la Residencia en Terapia Familiar impartida en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) como entidad académica; el primero de ellos se encuentra en la FESI en el edificio de Endoperiodontología, ubicada en la Av. de Los Barrios s/n en la col. Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla, Edo. de México.

Como este escenario se encuentra dentro del contexto académico de la UNAM y específicamente de la FESI, la estructura del plan institucional, está sustentado en tres ideas rectoras que, de manera permanente, articulan a seis líneas estratégicas tales que permiten generar programas y diseñar acciones para abordar las diferentes áreas de oportunidad que se presentan en la facultad: (FESI, 2003)

1. Fortalecimiento y Consolidación de la Multidisciplina
2. Cohesión y desarrollo armónico del pregrado, posgrado e investigación

3. Consolidación de un desarrollo científico, tecnológico y humanístico

Como se advierte, en este Plan Estructural estas tres ideas rectoras cruzan de manera permanente a las siguientes seis líneas estratégicas que dan forma operativa al plan. Estas líneas obedecen a una jerarquía al enumerarlas, sin embargo, en términos operativos se ejecutan de manera simultánea.

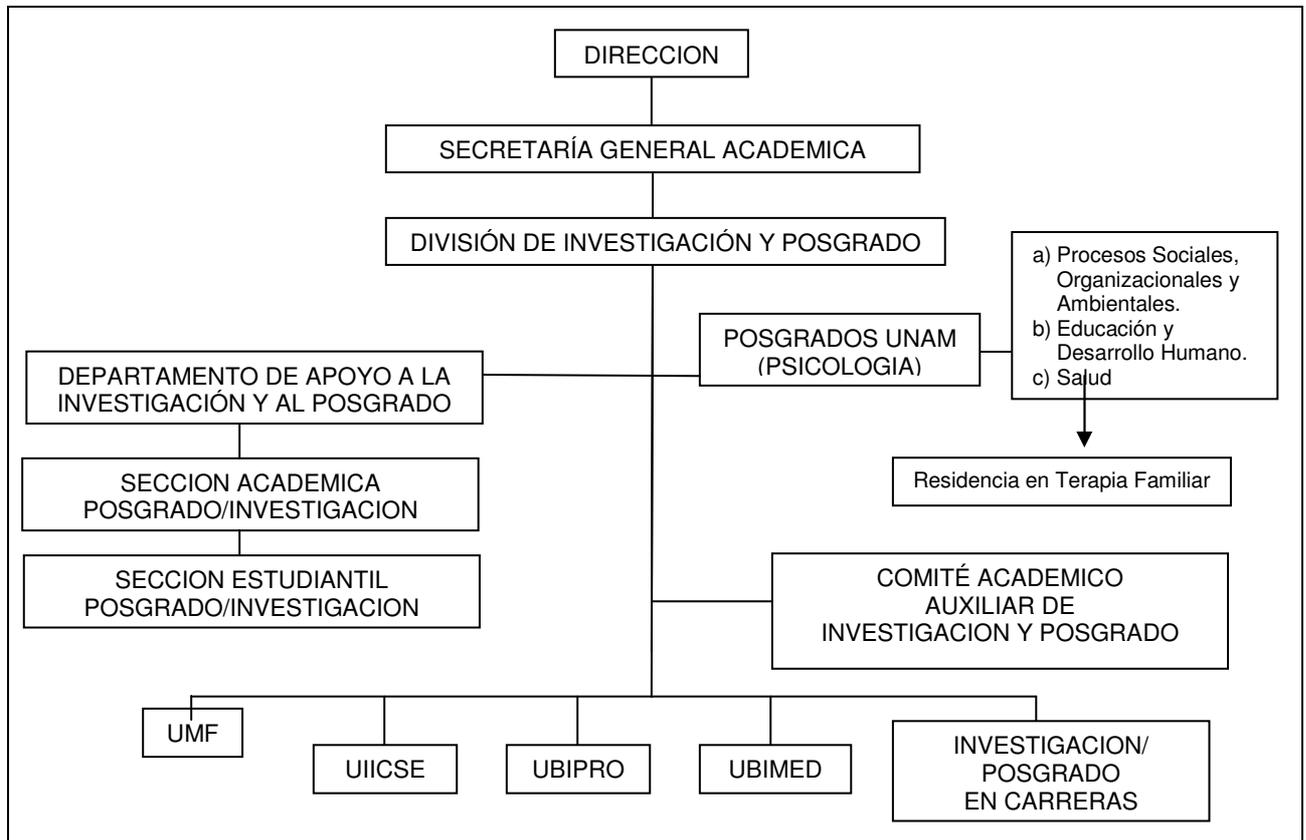
- 1.- Fortalecimiento económico y autogestión de recursos.
- 2.- Cualificación, promoción y desarrollo académico.
- 3.- Impulso a la investigación y definición de áreas estratégicas de conocimiento.
- 4.- Compromiso institucional, eticidad y cultura del trabajo.
- 5.- Extensión universitaria y servicios a la comunidad.
- 6.- Creación de un plan maestro de mantenimiento de la infraestructura de soporte para las actividades académicas.

De lo anteriormente planteado, tanto el punto dos de las ideas rectoras junto con el punto tres y cinco de las áreas estratégicas, bien pueden adscribirse a la función que tiene el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar, ya que la creación de dicho programa genera espacios multidisciplinarios, de servicios académico-profesionalizantes, curricular y extracurriculares en los que se vinculan docencia-servicio-investigación.

Bajo esta óptica el Programa de Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar y, específicamente el escenario clínico que se ubica en la FESI, se integra en lo que es la División de Investigación y Posgrado (DIP), a cargo de la Dra. Patricia Dávila Aranda. Dicha división tiene el propósito de coordinar los proyectos de investigación y la docencia en el posgrado, promover y apoyar la superación académica de su personal académico, aprovechar el aprovechamiento de los programas y proyectos de investigación con el servicio remunerado, establecer necesidades y prioridades de los proyectos, además de dar seguimiento académico de los diferentes grupos, y promover la obtención de financiamiento externo por los diversos grupos para cubrir los gastos de sus proyectos en desarrollo (Gaceta Iztacala, 2005).

Adscrita a la Secretaría General Académica, de ella se desprende el Departamento de Apoyo a la Investigación y al Posgrado, a cargo de la Dra. Yolanda Guevara Benítez, que cuenta con las secciones Administrativa y Académica con quienes se tiene un contacto directo en lo que respecta a las actividades de la residencia.

La DIP también cuenta con el Comité Académico Auxiliar de Investigación y Posgrado (CAADIP), que es un órgano colegiado cuya función es apoyar, emitir opiniones y desarrollar actividades académicas que le sean solicitadas por la dirección, el H. Consejo Universitario y la propia división. En él participan 22 profesores provenientes de la misma División, de las carreras de la facultad, de los diferentes programas de posgrado en los que participa la dependencia; además de las áreas de investigación multidisciplinaria.



ORGANIGRAMA GENERAL DE LA DIVISION DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO DE LA FESI.
FUENTE: GACETA IZTACALA, 2005

Es así, como las actividades de la Residencia en Terapia Familiar, incluidas las que se desempeñan en el escenario clínico que se ubica en la FESI, están integradas a la DIP. En cuanto a la canalización de los pacientes que se atienden, abarcan la población estudiantil, docente, empleados de la FESI y población cercana a la institución; su ingreso a la atención de terapia familiar se hace a través de un buzón que está colocado en la puerta de la clínica, en él se encuentran papeletas donde se le solicitan algunos datos personales y su motivo de consulta para después establecer un contacto con ellos y concertar una cita, también se puede hacer a través de las trabajadoras sociales de la CUSI, de la misma comunidad de la FESI, de Centros Comunitarios, etc. Como es un servicio comunitario el cobro es de \$50 pesos por sesión.

En cuanto a los modelos de intervención que se siguen pueden ser los diferentes enfoques en terapia familiar sistémica, que van desde los modelos estratégicos y estructurales hasta los que abarcan el construccionismo social.

El segundo escenario clínico donde se lleva a cabo la práctica clínica es el Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) Azcapotzalco, ubicado en la Av. Aquiles Serdan No. 2060, Ex-hacienda del Rosario, en Azcapotzalco, México D.F.

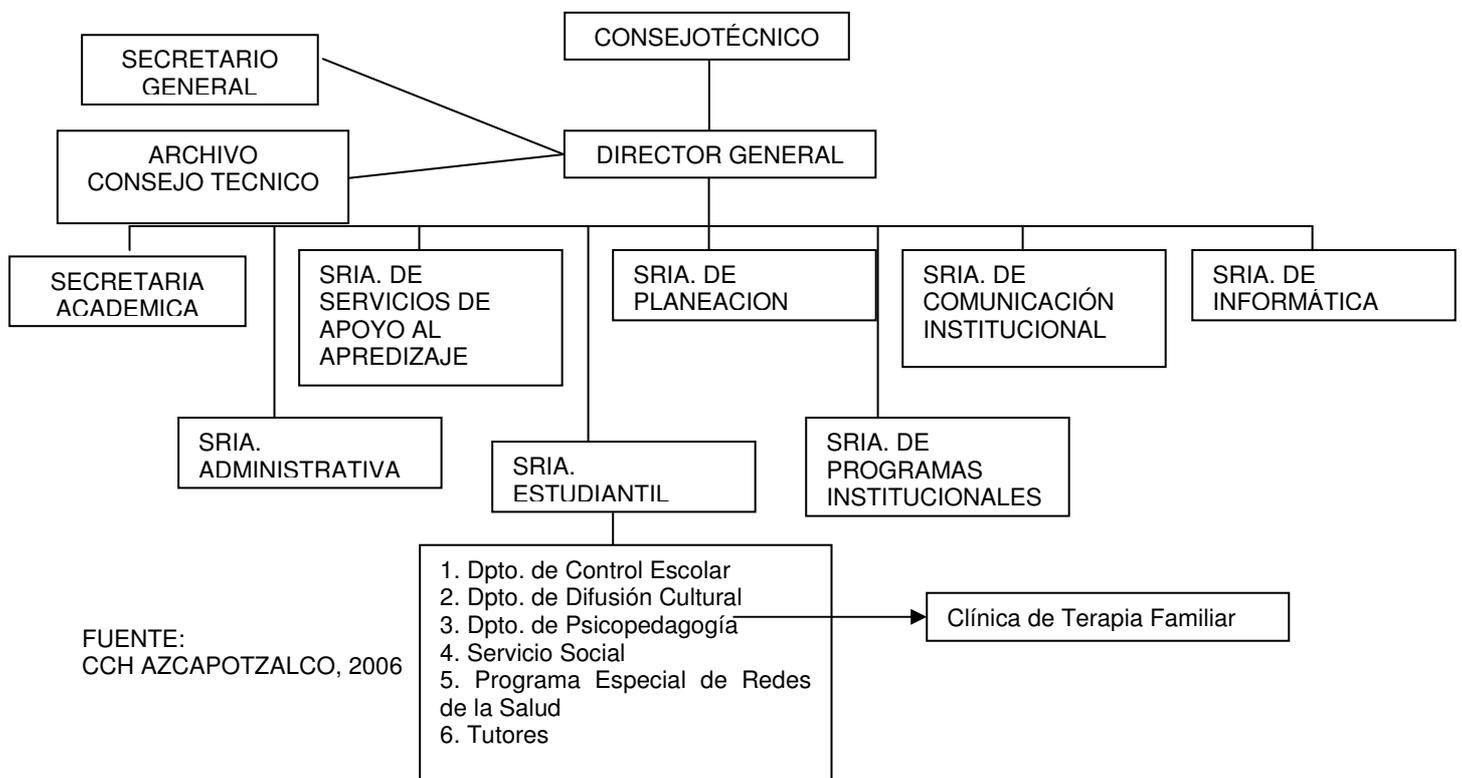
Ambiente también académico que busca que sus egresados tengan una formación integral; que sean sujetos y actores de su propia formación y de la cultura de su medio, capaces de obtener, jerarquizar y validar información, utilizando instrumentos clásicos y tecnologías actuales, y resolver con ella problemas nuevos. Sujetos poseedores

de: conocimientos sistemáticos y puestos al día en las principales áreas del saber; actitudes propias del conocimiento, de una conciencia creciente de cómo aprenden, de relaciones interdisciplinarias en el abordaje de sus estudios, y de una capacitación general para aplicar sus conocimientos y formas de pensar y de proceder, a la solución de problemas prácticos. Además de esa formación, el Colegio busca que sus estudiantes se desarrollen como personas dotadas de valores y actitudes éticas sólidas y personalmente fundadas; con sensibilidad e intereses variados en las manifestaciones artísticas, humanísticas y científicas; capaces de tomar decisiones, de ejercer liderazgo con responsabilidad y honradez y de incorporarse al trabajo con creatividad, para que sean al mismo tiempo, ciudadanos habituados al respeto y al dialogo y solidarios en la solución de problemas sociales y ambientales (CCH Azcapotzalco, 2006).

Las actividades de la práctica clínica en el CCH Azcapotzalco se insertan bajo la siguiente estructura organizativa: (CCH Azcapotzalco, 2006)

El Colegio de Ciencias y Humanidades está conformado de una Dirección General y cinco planteles (Azcapotzalco, Naucalpan, Vallejo, Oriente y Sur). Su máximo órgano colegiado de gobierno es el Consejo Técnico (instalado el 26 de Febrero de 1992 por el Consejo Universitario de la Universidad Nacional Autónoma de México), y la conducción académica-administrativa de la institución esta a cargo de la Dirección General.

En la actualidad la Dirección General se encuentra conformada por las Secretarías General, Académica, Administrativa, Servicio de Apoyo al Aprendizaje, Planeación Estudiantil, Programas Institucionales, Comunicación Institucional, e Informática.



En específico, en la Secretaría Estudiantil y sus diferentes departamentos y áreas, es donde se presta el apoyo para las actividades de la práctica clínica en el CCH Azcapotzalco, pues su objetivo es: propiciar la integración de los alumnos al colegio y a su modelo educativo; contribuir al desarrollo integral de los alumnos del colegio, mediante actividades que informen de los procesos de orientación vocacional y personal, escolares, educativos, culturales, recreativas y de salud; así como llevar el registro del desempeño y avance escolar que permita informar y presentar los datos a las autoridades del colegio para la toma de decisiones.

A través de su departamento de Psicopedagogía que se encarga de la orientación educativa y profesional y de su incorporación al modelo educativo de los alumnos, son canalizados los estudiantes para su atención en el servicio de terapia familiar. El procedimiento que se sigue para esta canalización de psicopedagogía a terapia familiar es por la detección por parte de los profesores o psicólogos que laboran ahí de los alumnos que han incurrido en faltas, como por ejemplo, vandalismo dentro de la escuela o consumo de drogas, o también puede ser a petición directa de los mismos estudiantes; lo que a continuación se realiza es el llenado por parte de los alumnos de una solicitud donde se piden datos personales y motivo de consulta, posteriormente las solicitudes son enviadas o recogidas por los mismos terapeutas para establecer el contacto y concertar la cita de la primera sesión. Las sesiones no tienen ningún costo, pues se considera como parte de los servicios a los cuales tiene derecho el estudiante del CCH.

Los modelos de intervención que son más usados dentro del escenario clínico del CCH Azcapotzalco son el modelo de la escuela de Milán y el estructural.

Por último, el tercer escenario clínico se ubica en la Clínica de Medicina Familiar "A" (C.M.F.) Tlanepantla, del Instituto de Seguridad Social y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), con dirección en Av. Chilpancingo S/N Esq. Jalapa, Col. Valle de Ceylán Tlanepantla, Edo. de México. Aquí el ambiente institucional y la estructura organizativa es distinta a la de los dos anteriores, pues los objetivos, la población y la intervención a las familias se dirige bajo una visión médica.

La misión de esta institución es contribuir al mejoramiento de los niveles de bienestar integral de los trabajadores al servicio del Estado, pensionados, jubilados y sus familiares derechohabientes, mediante el oportuno y eficiente otorgamiento de los servicios: médicos, prestaciones económicas, sociales y culturales, tiendas y farmacias y servicios turísticos. Su visión es contar con servicios acordes a las necesidades y expectativas de sus derechohabientes, normados bajo códigos de calidad y calidez que permitan generar valores y prácticas para la mejora sostenida de bienestar y calidad de vida, en las áreas económica, de salud, vivienda, formación y actualización; así como una diversificación de las actividades en materia de deporte, cultura y recreación (ISSSTE, 2006).

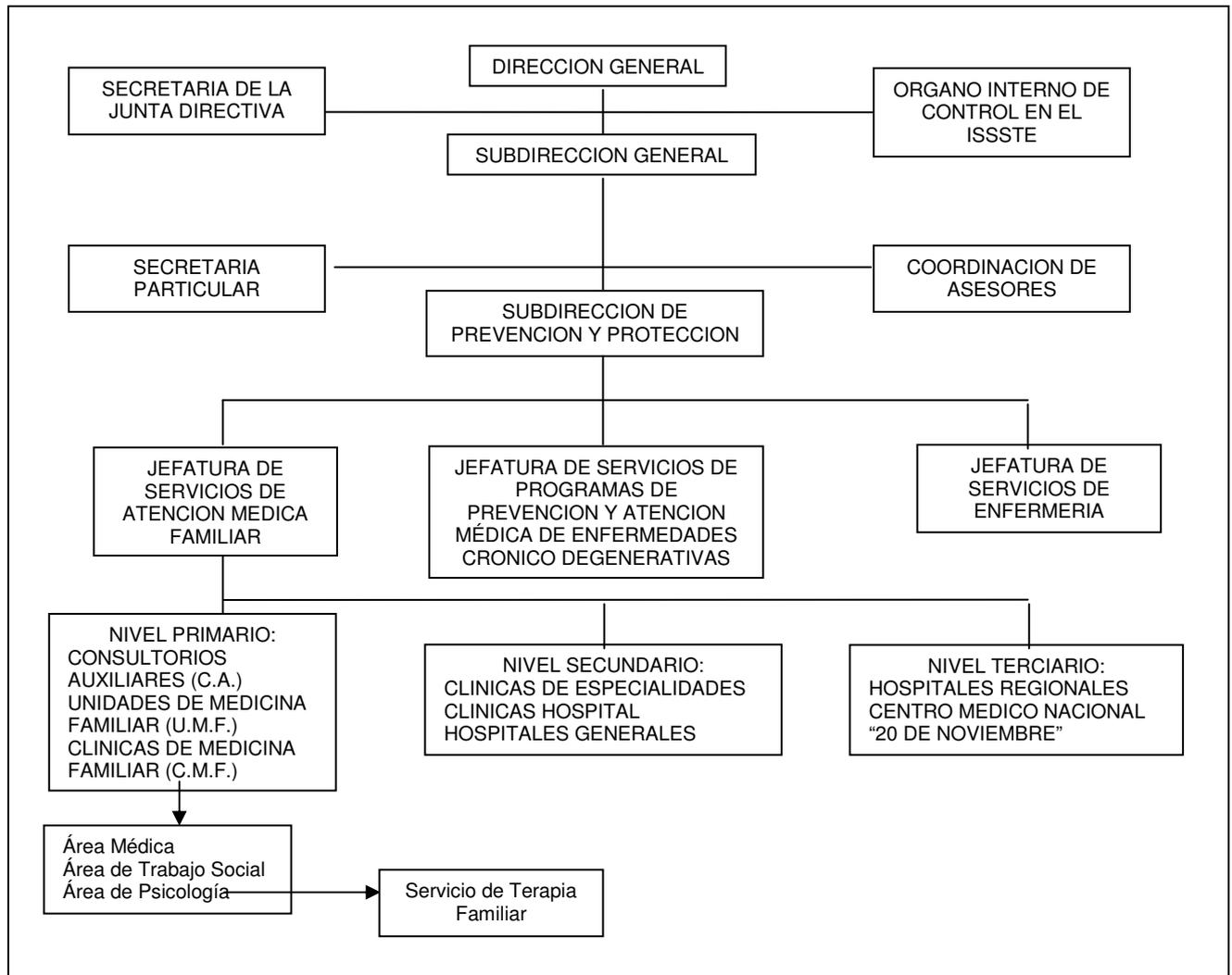
La estructura organizativa del ISSSTE, tiene a su cabeza a un Director General, el cual tendrá a su cargo la conducción y ejecución de las acciones operativas del Instituto; este será auxiliado por los Subdirectores Generales,

Coordinadores Generales, el Vocal Ejecutivo de la Comisión Ejecutiva, Delegados, Directores de Unidades Administrativas desconcentradas y demás servidores públicos de primer nivel que, a propuesta del mismo, nombre la Junta.

La Subdirección dentro de la cual se puede ubicar a la C.M.F. Tlalnepanla, es la Subdirección General Médica, puesto que se encarga de normar, planear, supervisar, y evaluar la atención médica que por Ley se presta a la población derechohabiente a través de una red de servicios en tres niveles de atención (primario, secundario y terciario); además de gestionar los recursos que necesitan las unidades médicas para su operación óptima y para su desarrollo en función de nuevas demandas.

Dentro de las unidades de primer nivel, su objetivo es preservar y conservar la salud de la población a través de acciones de promoción, protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de padecimientos que se presentan con frecuencia y cuya resolución sea factible con la combinación de recursos simples y poco complejos. Representa el primer contacto del derechohabiente con el sistema, puesto que atiende los padecimientos de mayor frecuencia y de menos complejidad de resolución; resuelve el 85% de la patología general. Aquí se encuentran Consultorios Auxiliares (C.A.), Unidades de Medicina Familiar (U.M.F.) y Clínicas de Medicina Familiar (C.M.F.); estas últimas, son unidades con mayor capacidad resolutive de ocho a veinte consultorios, de uno a dos consultorios de Odontología General, uno de Epidemiología y Medicina Preventiva, dos secciones de laboratorio y una sala con equipo fijo de rayos "X"; además de estos servicios se agregan Planificación Familiar, Trabajo Social, así como Ultrasonografía, Nutrición y Gerontología. Proporcionan atención ambulatoria de problemas de salud comunes y de mayor frecuencia; se coordinan a través de un director, un subdirector médico y un subdirector administrativo.

Para las unidades de segundo nivel, su propósito es orientar acciones hacia la restauración de salud, atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad de los pacientes que deriven del primer nivel para urgencias médico quirúrgicas. Y en el tercer nivel, deberán realizarse actividades para restaurar y rehabilitar la salud de los usuarios que presenten padecimiento de alta complejidad diagnóstica y de tratamiento y que han sido remitidos por los otros dos niveles de atención.



FUENTE: ISSSTE, 2006

Dentro del ISSSTE no hay un área de Psicología como tal, pero dentro de la C.M.F. ISSSTE Tlalnepantla, existe un consultorio destinado para dicho propósito el cual está a cargo de una psicóloga, quien junto con las autoridades de dicha clínica se organizan, planean y canalizan a los derechohabientes que van a recibir el servicio de terapia familiar; éstos son informados del servicio y si lo aceptan, la psicóloga proporciona a cada uno de los terapeutas una ficha de ingreso que contiene datos personales, familiograma y motivo de consulta para establecer el primer contacto vía telefónica y concertar la primera cita.

Es así como la población que se atiende en esta institución está formada exclusivamente por derechohabientes y sus familiares de la C.M.F., lo cual implica que el servicio como parte de la institución no tiene costo. Debido a la gran demanda de los derechohabientes por la atención psicológica y de los requerimientos propios de la institución en el sentido de atender a la mayor cantidad posible de usuarios se trabaja primordialmente con los modelos de terapias breves centrado en problemas y/o soluciones, aunque tampoco se descarta la utilización de otros modelos.

1.2.2. Descripción de los escenarios clínicos.

Las responsables de la supervisión en el escenario clínico de la FESI son la Mtra. Ofelia Desatnik M., la Dra. Luz de Lurdes Eguiluz R., la Dra. María Suárez C. y la Mtra. Xochitl Galicia M. Ellas estaban coordinadas en dos equipos de 2 integrantes cada uno para trabajar un equipo los martes y otro los jueves.

Las responsables de la supervisión en el escenario clínico del CCH Azcapotzalco fueron la Mtra. Carolina Rodríguez y la Mtra. Juana Bengoa; mientras que en la Clínica de Medicina Familiar "A" ISSSTE Tlalnepantla fueron la Mtra. Carmen Susana González y la Mtra. María Rosario Espinosa Salcido. Los días martes se trabajó en el CCH y los días jueves en el ISSSTE. En los tres escenarios la periodicidad con que se veían a las familias era de cada quince días.

En cuanto al espacio físico para poder llevar a cabo el trabajo clínico con las familias, en la FESI se cuenta con una sala dividida en tres partes, una donde los terapeutas y las supervisoras antes de entrar a sesión discuten acerca del caso; la segunda donde el terapeuta y la familia se reúnen y donde también se encuentran la cámara de video, la televisión y la videogradora para filmar las sesiones; y por último, está el cuarto de observación donde se junta el equipo y las supervisoras para observar al terapeuta y la familia por medio de un espejo unidireccional.

En la Clínica de Medicina Familiar ISSSTE Tlalnepantla, el espacio físico está conformado por un consultorio sin ninguna división o espejo unidireccional, tanto el equipo terapéutico, como la familia y el terapeuta estaban reunidos en el mismo lugar. Si la supervisora quería dar alguna línea de trabajo al terapeuta se lo comunicaba por medio de un pizarrón que quedaba a espaldas de la familia. Al concluir la sesión, se les pedía a los integrantes de la familia que salieran del consultorio y que se les iba a llamar para darles un mensaje final.

En el CCH Azcapotzalco, el espacio es amplio, se puede dividir en dos partes, una sala que sirve para dos propósitos: para reunirse y discutir el caso con el equipo terapéutico y las supervisoras y también para estar con la familia en compañía del terapeuta, la otra se compone por la cámara de observación dividida por un espejo unidireccional y en la que se reúne el equipo terapéutico para observar a la familia y el terapeuta.

Cabe mencionar que en los tres escenarios clínicos, los aparatos técnicos con los que se cuenta, en el caso de la FESI y el CCH Azcapotzalco, cada una con una T.V. de 21", cámara de video de 8mm., una videogradora y un interfon para facilitar la comunicación entre equipo terapéutico y terapeuta; en el ISSSTE se tiene una T.V. de 21", una cámara de video de 8mm. una videogradora, un pizarrón y plumones que son utilizados por las supervisoras para transmitir sus ideas. Estos aparatos tienen la función de grabar en video las sesiones terapéuticas con las familias (después de que firmen una carta de autorización) para hacer su posterior revisión.

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

Durante los dos años de formación la secuencia de participación en los distintos escenarios clínicos tuvo un proceso de dos etapas.

La primera de ellas abarcó un período de un semestre. Como primer paso, a los diez integrantes del grupo se dividió en dos equipos con cinco integrantes, cuatro mujeres y un hombre; cada equipo fue asignado a un escenario clínico donde ya estaban trabajando con las familias los compañeros de la generación anterior. La función principal era como observador dentro del equipo terapéutico y el objetivo era aprender, integrar y asimilar las distintas áreas de formación (teórica, clínica y metodológica).

El trabajo clínico que se hacía desde el enfoque sistémico, era observando el desempeño de los compañeros de la 3ª generación; el aprendizaje abarcaba desde los aspectos conceptuales, metodológicos, emocionales, personales que pudieran estar interviniendo en la interacción con las familias hasta los aspectos técnicos del manejo de los aparatos electrónicos. Cabe mencionar que no por ser observador se mantenía una postura pasiva ya que en alguna medida se podía tener participación a través de preguntas o dudas que surgieran a partir del trabajo realizado o haciendo un análisis teórico-metodológico de alguno de los casos y discutirlo en clase posteriormente. En conjunto, todo este proceso fue útil en la asimilación, aprendizaje y aprehensión del modelo sistémico en la intervención con las familias.

La segunda etapa, abarca los tres semestres restantes de formación; aquí se realizan dos modificaciones importantes, una es la reorganización en los equipos que se formaron en primer semestre pues se hace la rotación de algunos de los integrantes que los conformaban y la segunda es el cambio en los escenarios clínicos donde se iba a trabajar directamente con las familias. En esta etapa se diversificaron las funciones, responsabilidades y tareas, pues aquí ya se hacía un trabajo directo con las familias, parejas o personas como terapeuta a cargo de la sesión, se ayudaba a la conexión y supervisión de los aparatos electrónicos para que tuvieran un buen funcionamiento en la grabación de la sesión y además se participaba como parte del equipo terapéutico en la generación de ideas para la integración del mensaje final y/o las tareas que se le dejarían a la familia, siempre coordinadas estas actividades por la(s) supervisora(s) a cargo.

En los tres escenarios clínicos la forma de trabajo constaba de una secuencia de seis etapas, las cuales se llevaban en cada sesión cuando eran pertinentes al modelo y objetivos:

1. Una primera llamada telefónica donde se hacía el contacto con las familias consultantes y se obtenía información que permitía conocer el motivo de consulta.

2. Una presesión donde se conversaba y analizaba el caso y se daban puntos de partida para trabajar en base a las hipótesis expresadas.
3. Encuadre, donde se le informaba a los consultantes sobre como era la forma de trabajo, lo que incluía la duración de las sesiones, la función del equipo, la firma de la solicitud de su aceptación a ser videograbados, unido a la explicación de cual era la función y utilidad de la filmación y de su carácter confidencial y ético.
4. Durante la sesión, donde el equipo terapéutico y las supervisoras observaban al terapeuta y la familia. Durante el transcurso de la sesión si había nuevas líneas de trabajo se le expresaban al terapeuta vía el interfon, en el caso de los escenarios de la FESI Y CCH Azcapotzalco y en la Clínica de Medicina Familiar del ISSSTE Tlalnepantla a través del pizarrón.
5. Una pausa, que en el caso de La FESI y el CCH el terapeuta iba a donde se encontraba el equipo de terapeutas y las supervisoras y se hablaba acerca del cierre de la sesión y en los casos pertinentes, del mensaje y/o las tareas que iba a realizar la familia en casa; en el ISSSTE a la familia se le pedía que saliera un momento del consultorio para hacer comentarios en el equipo y se le decía que se le iba a llamar una vez terminada la conversación para darles un mensaje final.
6. Una postsesión, donde se analizaba el trabajo realizado por el terapeuta, se le pedía que expresará su sentir, pensar y actuar, además de que los demás miembros del equipo hacían sus observaciones tanto al terapeuta como lo observado en la familia.

MARCO TEÓRICO

2.1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO-EPISTEMOLÓGICO QUE SUSTENTA EL TRABAJO CLÍNICO.

Al hablar de Terapia Familiar Sistémica no sólo se hace referencia a la labor que se ejerce sobre la familia, sino que también se pone a la luz una manera de pensar sobre ella. Esa manera de pensar integra supuestos, teorías, creencias, historias, hipótesis, sobre la vida y las relaciones humanas que poco tienen que ver con una visión del hombre como centro del mundo y que tiene la capacidad de dominio sobre su entorno, y que se relaciona más con una visión que rebasa el ser individual y afirma que somos codependientes o interdependientes de nuestro entorno y que nuestra supervivencia está condicionada al equilibrio de todas las partes, las relaciones con el clima, la tierra, la cultura, las leyes, las relaciones con sus semejantes y otras especies (Trullá, 2004). De igual modo, el terapeuta familiar sistémico alejado de esta visión antropocéntrica trata a la persona, pareja o familia que lo consulta como una parte o una totalidad que guarda relación con otras, los ayuda a encontrar formas alternativas de relacionarse con lo que a ellos les resulte significativo y así encontrar nuevas condiciones de equilibrio que les permitan sobrevivir y adaptarse a su entorno.

Esta manera de pensar recibe el nombre de “epistemología sistémica”, llamada también circular, recursiva, ecológica o cibernética (Kenney, 1987), la cual no se establece como una postura opuesta a una epistemología lineal que pretenda reinar en el mundo de la Ciencia. Es una manera de conocer, pensar y decidir que permite mirar la complejidad de los procesos, va más allá de la causa y el efecto y reconoce a los seres vivos como sistemas cibernéticos (Bateson, 1997). A continuación se presenta una visión más amplia para entender las implicaciones de la epistemología sistémica en la práctica clínica.

2.1.1. Análisis Teórico Conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

La formulación de teorías que aparecieron a mitad del siglo XX como la Teoría General de los Sistemas de Ludwig von Bertalanffy, la Cibernética de Norbert Wiener junto con los estudios de Gregory Bateson acerca del doble vínculo que dieron base a la Teoría de la Comunicación Humana propuesta por Paul Watzlawick, Janet Beavin y Don D. Jackson han permitido una extraordinaria evolución de la Terapia Familiar Sistémica, inmensamente acelerada, profunda y extensa que ha dado paso a otras perspectivas como el Constructivismo y el Socioconstruccionismo. Este desarrollo, que va de una comprensión de las personas y las sociedades como sistemas cibernéticos a una de sistemas lingüísticos generadores de significado, ha brindado un marco alternativo para explicar e intervenir en los problemas de las personas.

Es evidente el interés y la necesidad, no sólo científica y cultural en sentido amplio, sino también práctica, de entender e intervenir dentro de la complejidad, pues las explicaciones lineales de los problemas ya no son suficientes para poder resolver los conflictos actuales en la sociedad. En cuanto a la Terapia Familiar, este conocimiento acerca de la complejidad, la circularidad y el lenguaje como generador de significados no se erige como la panacea que propone acabar con los males que aquejan a las sociedades sino que vienen ampliar nuestros lentes con los que trabajamos día a día.

Las páginas siguientes ofrecen una mirada sobre esta manera de pensar e intervenir sistémicamente y desde la posmodernidad en relación a los problemas individuales, familiares o de pareja.

El nuevo paradigma.

Antes de comenzar hay que precisar algunos conceptos para evitar errores y confusiones que no permitan la comprensión de lo que más adelante se afirme. En esencia un paradigma es una realización científica que se conoce universalmente por la comunidad científica y que durante un período de tiempo proporciona explicaciones y soluciones sobre los problemas. Kuhn (1986) al hacer su planteamiento sobre las revoluciones científicas, explica que un paradigma que ha regido puede ir perdiendo fuerza y adeptos debido a la aparición de fallas en sus explicaciones o a nuevos descubrimientos, es decir, variables epistemológicas alternativas que se presentan ante el paradigma en vigor originan una crisis, en esta fase puede darse un proceso de incorporación de las nuevas ideas o un reemplazo total del paradigma dando como resultado el surgimiento de nuevas teorías que satisfacen las dudas, hipótesis, presupuestos, creencias de los científicos y con los que ahora dirigirán sus explicaciones y soluciones ante los problemas.

Cuando se habla de epistemología puede hacerse en el sentido en el que lo hace Kuhn (variables alternativas al paradigma) o como lo plantean otros autores, como Averwald (1985; en: Ceberio y Watzlawick, 1998) quien considera que es un paradigma de paradigmas, que colocado en un suprasistema es más abarcativo.

Sin embargo, cuando aquí se mencione el concepto epistemología se entenderá como las reglas que gobiernan la cognición humana y que permiten a los organismos conocer, pensar y llegar a decisiones que determinen la conducta (Bateson, 1979; en: Ceberio y Watzlawick, 1998). Al referirse a epistemología sistémica, se entenderán todas aquellas aportaciones que plasmen el ángulo cibernético, que se centra en la relación entre los fenómenos de interacción y los actos perceptivos que permiten construir realidades (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Por lo tanto, hablar de un nuevo paradigma resulta muy relativo, pues la epistemología sistémica se ha venido gestando aproximadamente desde la mitad del siglo XX. Esta manera alternativa de pensar surge como un cuestionamiento a la epistemología lineal progresiva o causal (de la causa-efecto, de explicaciones reduccionistas,

atomistas y anticontextuales), sin embargo, como afirman Ceberio y Watzlawick (1998) esta línea de pensamiento es sólo un arco en un círculo completo, es decir, cuando se piensa desde una óptica sistémica o circular una relación donde A le pega a B (causa-efecto), es una parte de la relación pues se esperaría que B al recibir el golpe reaccione ante A y es así como la causa vuelve al punto de inicio, se hace circular.

De esta manera, los terapeutas que asumen una postura sistémica, cibernética, circular, recurrente o ecológica entienden que la relación con la persona que los consulta no es sólo un proceso de cambio, aprendizaje y evolución que implica al consultante sino también al mismo terapeuta (Kenney, 1987). Se convierte en un sistema donde el crecimiento de uno depende del otro y viceversa.

Cuando se formulan explicaciones desde las epistemologías sistémica y lineal se debe entender que se parte de diferentes niveles de abstracción, es decir, los supuestos, conceptos y teorías que sustentan a uno y otro son diferentes. En la epistemología lineal hay una tendencia al por qué, a argumentar que el resultado final de una serie de sucesos, es la causa o el por que de lo que ocurre, esta manera de pensamiento asigna una causa que permita encontrar o asignar culpables de lo que sucede, divide las totalidades convirtiéndolas en dualidades de opuestos que rompen con la integración.

Bajo esta visión, las dualidades son útiles para hacer contraste y comparaciones; en la epistemología circular las dualidades son ignoradas y por ejemplo, sucesos como la crisis, en una visión lineal implicaría romper con el equilibrio, mientras que en una visión sistémica equilibrio y cambio son dos lados complementarios y recursivos en constante interconectividad. El pensamiento lineal causal parte de la metáfora de la materia, de las leyes de la fuerza y la energía, del mundo físico, de los impactos, las magnitudes y de la cuantificación. El pensamiento sistémico o cibernético parte de la metáfora de la pauta, de la organización de las totalidades, de la comunicación, de la ecología de la mente, de la pauta que conecta a todos los seres vivos, es el mundo del trazado de las diferencias, es contextual y circular (Kenney, 1987).

La Teoría General de los Sistemas o Teoría de Sistemas (TGS) como perspectiva holística e integradora.

La perspectiva de la TGS surge en respuesta a un agotamiento de los enfoques analítico reduccionistas y sus principios mecánico-causales. Bajo una perspectiva organicista del mundo y con las nociones de totalidades y relaciones, reconoce como sus campos de aplicación los fenómenos humanos, sociales y culturales, advirtiendo que sus raíces están en el área de los sistemas naturales (organismos) y en el de los sistemas artificiales (máquinas). La TGS originó un gran interés y pronto se desarrollaron diversas tendencias entre las que destacan la Cibernética de N. Wiener, la Teoría de la Información de C. Shannon y W. Weaver y la Dinámica de Sistemas de J. Forrester (Arnold y Osorio, 1998).

La puesta en marcha de la TGS se le atribuye al biólogo austriaco Ludwing von Bertalanffy, quien acuñó la denominación a mediados del siglo XX, después de la Segunda Guerra Mundial, alrededor de 1947. Bertalanffy estudió Biología en la Universidad de Viena, donde fue profesor e investigador; el tipo de influencias que le ayudaron a sistematizar la TGS fueron algunos elementos del positivismo lógico y del materialismo histórico-dialéctico, lo que lo llevaron a plantear una explicación científica sobre los "todos" y las "totalidades" y dejando de considerarlas como cuestiones metafísicas (Gutiérrez, 1984; en: Eguiluz, 2001).

Después de diez años de haber concluido la Segunda Guerra Mundial, en 1954 se creó un proyecto en el que participaron varios científicos como Anatol Rapoport, Kenneth Boulding, el fisiólogo Ralph Gerard y el mismo Bertalanffy y el cual se llamo Society for General System Research cuyos objetivos fueron: (Bertalanffy, 1986)

1. Investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos y facilitar las transferencias entre aquellos.
2. Promoción y desarrollo de modelos teóricos en campos que carecen de ellos.
3. Reducir la duplicación de los esfuerzos teóricos.
4. Promover la unidad de la ciencia a través de principios conceptuales y metodológicos unificadores.

Bajo estos objetivos, para Bertalanffy (1986) la TGS debía constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales, además de ser un instrumento básico para la formación y preparación de científicos; él señalaba que "teoría" no debía entenderse en su sentido restringido, esto es, matemático, sino que la palabra teoría estaba más cercano, en su definición, a la idea de paradigma de Kuhn. También, consideró que se podía hablar de una filosofía de sistemas, ya que toda teoría científica de gran alcance tiene aspectos metafísicos. En esta filosofía de sistemas distingue una ontología de sistemas, una epistemología de sistemas y una filosofía de valores de sistemas.

Como ontología, es decir, como la construcción de una conceptualización de un modelo abstracto de los fenómenos del mundo del que se identifican los conceptos que son relevantes, se debe de abocar a la definición de un sistema (concepto central sobre el cual gira la TGS) y al entendimiento de cómo están plasmado los sistemas en los distintos niveles del mundo de la observación. Con respecto a la definición, Bertalanffy (1986) define a un sistema como un complejo de componentes en interacción, lo cual lleva a considerar una de las premisas aristotélicas de que el todo es más que la suma de sus partes, es decir, que los sistemas se pueden considerar como conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre si, lo que hace que el sistema se mantenga unido y estable, y cuyo funcionamiento global persigue algún objetivo.

En cuanto a los distintos niveles de observación de los sistemas, la TGS considera que el mundo se construye a través de modelos conceptuales que no son isomorficos a la realidad sino sólo entre sí, dado que quien observa el

mundo es el que crea el modelo; para basar dicha afirmación la TGS retoma lo dicho por Korzybski (Bateson, 1997) científico y filósofo polaco quien afirma que el mapa no es el territorio, puesto que señala que todos los intentos humanos de explicar la realidad son y han sido construcciones, modelos de la realidad, una percepción limitada por nuestra estructura humana. Y dado que es imposible captar totalidades en las cuales el observador esta incluido y que depende de su limitada capacidad perceptiva, lo que se tiene son sólo modelos, mapas de la realidad.

Tomando en consideración lo antes explicado, los sistemas pueden clasificarse de la siguiente manera: (Arnold y Osorio, 1998)

1. Agrupados en reales, ideales y modelos. Mientras los primeros presumen una existencia independiente del observador, los segundos son construcciones simbólicas, como en el caso de la Lógica y las Matemáticas; mientras que el tercer tipo corresponde a abstracciones de la realidad, en donde se combina lo conceptual con las características de los objetos.
2. Con relación a su origen pueden ser naturales (orgánicos) o artificiales (máquinas), distinción que apunta a destacar la dependencia o no en su estructuración por parte de otros sistemas.
3. Con relación al ambiente o grado de aislamiento pueden ser cerrados o abiertos. Se sitúa como central el concepto de sistema abierto, debido a que estos son conjuntos relacionales que se encuentran a su vez en relaciones de intercambio con su entorno (una célula, un organismo, poblaciones de organismo), mientras que el sistema cerrado como un juguete o un reloj no depende en su acción de los intercambios con el medio.

En relación a este último punto, en los sistemas abiertos también se pueden identificar una serie de propiedades que están en interacción constante, pero que para su estudio se pueden dividir en tres grupos. Los que tienen que ver con clasificación y descripción, entre los que se pueden mencionar: (Arnold y Osorio, 1998)

- a) Estructura: que son las interrelaciones más o menos estables entre las partes o componentes de un sistema (estructura primaria) y las que tiene con su medio (hiperestructura).
- b) Función: son las salidas de energía e información de un sistema que están dirigidas a la mantención del sistema mayor en el que se encuentra inscrito.
- c) Subsistema: conjunto de elementos y relaciones que responden a estructuras y funciones especializadas dentro de un sistema mayor. Tienen las mismas propiedades que los sistemas y su delimitación es relativa a la posición del observador de sistemas y el modelo que tenga de éstos.
- d) Elemento: partes o componentes que constituyen a un sistema y que pueden referirse a objetos o procesos.
- e) Atributo: características y propiedades estructurales o funcionales que caracterizan las partes o componentes de un sistema.
- f) Frontera: aquella línea que separa al sistema de su entorno y que define lo que le pertenece y lo que queda fuera de él.

- g) Relación: pueden ser observadas como una red estructurada bajo el esquema input/output. El input es la importación de los recursos (energía, materia, información) que se requiere para dar inicio al ciclo de actividades del sistema; el output son las corrientes de salidas de un sistema y pueden diferenciarse según su destino en servicios (output que van a servir de inputs a otros sistemas), funciones y retroinputs (salidas del sistema que van dirigidas al mismo sistema).
- h) Organización: patrón de relaciones que definen los estados posibles que puede alcanzar un sistema determinado.
- i) Sinergia: es el examen en donde las partes de un sistema en forma aislada no pueden explicar o predecir el comportamiento global del mismo.

El segundo grupo se refiere a las propiedades de regulación y mantenimiento, entre las que se ubican:

- a) Equilibrio: implica necesariamente la importación de recursos provenientes del ambiente y puede ser alcanzado por diversos caminos, mediante la equifinalidad, es decir, que a partir de distintas condiciones iniciales y por distintos caminos se llega a un mismo estado final; o bien, mediante la multifinalidad, en la que a partir de condiciones iniciales similares puede llevar a estados finales diferentes.
- b) Homeóstasis: son los procesos de intercambio con el ambiente, dentro de los que también se pueden mencionar a la morfostasis y la neuentropía, y que tienden a preservar o mantener una forma, una organización, un estado o una estructura y que le ayudan a sobrevivir al sistema.
- c) Teleología: es el funcionamiento global del sistema dirigido a una meta u objetivo final.
- d) Viabilidad: indica una medida de la capacidad de sobrevivencia y adaptación de un sistema a un medio de cambio.

Por último, en el tercer grupo de propiedades se pueden distinguir aquellas que llevan al cambio o a la desintegración de los sistemas:

- a) Morfogénesis: Capacidad para elaborar o modificar sus formas con el objeto de conservarse viables. Se trata de procesos entrópicos que apuntan al desarrollo, crecimiento o cambio en la forma, estructura y estado del sistema y activan y potencian la posibilidad de los sistemas a ambientes en cambio.
- b) Emergencia: se refiere a que la descomposición de sistemas en unidades menores avanza hasta el límite en el que surge un nuevo nivel de emergencia de un sistema correspondiente a otro sistema cualitativamente diferente.
- c) Orden jerárquico: implica una diferenciación progresiva en los sistemas, que va de lo más simple a lo más complejo; se relaciona con conceptos como evolución, diferenciación, organización.

En cuanto a la epistemología de sistemas, se refiere a la distancia que tiene la TGS con respecto al positivismo o empirismo lógico (Arnold y Osorio, 1998), en donde la realidad se divide y se explica a través del estudio de sus partes aisladas, que es fisicalista en el sentido que considera el lenguaje de la Ciencia de la Física como el único lenguaje de la Ciencia, y por lo tanto, la Física como el único modelo de la Ciencia; y es atomista en el sentido que busca fundamentos últimos sobre los cuales asentar el conocimiento. La TGS propone que la realidad es una percepción de cosas o el conocimiento una aproximación a la verdad o la realidad como una totalidad; supone una visión y estructuración del todo, partiendo de categorías propias del mundo de la vida, y es así como parte de la idea de que los fenómenos acontecen de forma similar en el terreno de la vida orgánica y en el de la sociedad; el rasgo común a estos sistemas sería el de la interconexión global entre todos sus elementos, donde toda acción sobre una parte del sistema repercutirá sobre cualquier otra parte o nivel del sistema.

Finalmente, como filosofía de valores se preocupa de la relación entre seres humanos y el mundo, pues la imagen de ser humano diferirá si se entiende el mundo con una visión heurística y no de partículas físicas gobernadas por el azar o como un orden jerárquico simbólico.

La Epistemología Cibernética.

Dentro de la visión sistémica es fundamental reconocer las aportaciones de Gregory Bateson, biólogo y antropólogo inglés que introdujo las ideas cibernéticas para explicar a los seres vivos como sistemas que se mantienen por mecanismos de retroalimentación o feedback y que impregnó con sus ideas a terapeutas como Don D. Jackson, John Weakland y Jay Haley. Es por este motivo, que se expone a continuación.

Gregory Bateson y la bandera cibernética.

Gregory Bateson fue un revolucionario para su época, por lo que en su contexto y en su tiempo no fue ni muy aceptado ni muy comprendido. Sin embargo, académicos, científicos e investigadores de áreas tan diversas como la zoología, psiquiatría, antropología, lingüística y educación reconocen sus aportaciones y la valía de su pensamiento.

Uno de los conceptos fundamentales del pensamiento batesoniano es la “pauta que conecta”, es decir, cuál es la pauta que conecta a todos los seres vivos; cuáles son las relaciones, formas y distinciones que pueden ser observadas en todos los fenómenos. Para Bateson los seres vivos no pueden ser explicados por las leyes de la Física es por eso que utiliza conceptos como patrón, pauta y forma. Para él, era importante tomar en cuenta el contexto pues, es el que le da sentido y significado a los fenómenos naturales y sociales (Bateson, 1997).

Como antropólogo, en Nueva Guinea con las tribus latmul en 1927 acuña el término cismogénesis que se refiere a los procesos de escalada que llevan a los sistemas a un desequilibrio que rompe con la homeóstasis o el estado de equilibrio (Eguíluz, 2001). Con este concepto Bateson explica que en los grupos sociales existen un orden interno que se autorregula y que mantiene bajo cierto nivel de desviación a los movimientos desequilibrantes, es decir, que en la familia existen mecanismos de interacción que les permiten a sus miembros mantener la estabilidad a pesar de que existan situaciones que rompan con la armonía y el ritmo de la familia.

En 1950, como promotor de las conferencias Macy's sobre retroalimentación, queda entusiasmado por las ideas de Wiener y comienza a aplicar términos como calibración, entropía, neguentropía y otros conceptos a las Ciencias Sociales. Como ejemplo de la aplicación del concepto de retroalimentación a los sistemas humanos, como la familia, se puede citar lo siguiente: una pelea entre dos miembros puede intensificarse, hasta alcanzar un nivel de tolerancia máximo que se haga inaguantable, este nivel a su vez es regulado o definido por la conducta de otro miembro que detiene la pelea y nuevamente se mantiene el equilibrio (Bateson, 1976; en: Vargas, 2004). En el ejemplo anterior, se puede observar como es que los procesos de retroalimentación que controlan a máquinas como la de vapor o el termostato, puede tomar sentido en las relaciones humanas.

Otros de los intereses de Bateson giraban en torno a pensar de que manera la cultura se mantenía a sí misma, por lo que llegó a considerar que el aprendizaje no es un fenómeno de un sólo nivel sino que la persona "aprende a aprender", lo que influye en el nivel más amplio de la cultura. Esta inquietud por estudiar los niveles de aprendizaje lo llevó a investigar la naturaleza de la comunicación en base a la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell, la cual se puede explicar con la analogía de las cajitas chinas donde la caja más grande contiene a las más pequeñas (Ceberio y Watzlawick, 1998).

En cuanto al estudio de la comunicación humana, Bateson participó en dos instituciones: en 1949 en la clínica psiquiátrica Langley Porter de San Francisco junto con el psiquiatra suizo Jurgen Ruesch y en el Hospital de Veteranos de Palo Alto California junto con John Weakland, Jay Haley y William Fry (Lipset, 1991; en: Vargas, 2004). En la Clínica de San Francisco realizó entrevistas y observaciones etnográficas en el contexto psiquiátrico, con el objetivo de identificar mensajes que propicien una psicoterapia eficiente con cambios favorables a los pacientes. En 1951, junto con Rusch, publican el libro "Comunicación la matriz social de la psiquiatría", en donde afirmó que las interacciones humanas se efectúan a través de la comunicación, ya que las reacciones y el comportamiento están determinadas por el paso de las informaciones en el tratamiento. También señaló que cada mensaje tiene por lo menos dos niveles: el del contenido y el del significado, con lo que se convirtió en el primer investigador en sostener la importancia de los niveles lógicos de la comunicación.

En el Hospital de Veteranos de Palo Alto también desarrollo investigaciones sobre los tipos lógicos de la comunicación y como estos pueden dar lugar a las paradojas. Dichos estudios se basan en la práctica

psicoterapéutica con pacientes esquizofrénicos, lo que condujo a desarrollar la Teoría de Doble Vínculo, donde se observó que el paciente esquizofrénico no tiene la capacidad de distinguir entre los niveles del mensaje y no hacía una diferencia entre fantasía y realidad, lo metafórico era confundido con lo literal.

Años más adelante, en 1972 publica "Pasos hacia una ecología de la mente" donde propone una concepción totalizadora sobre la naturaleza y los sistemas humanos. En este libro expone que la mente es un reflejo de partes más amplias y múltiples partes del mundo natural que sobrepasan al ser pensante. La mente individual sólo es una parte del sistema social, natural y planetario, va más allá del cuerpo y es inherente a la comunicación (Bateson; en: Jutoran, 2004).

Bateson al retomar la idea de que el mapa no es el territorio (Korzybski; en: Bateson, 1997), afirmó que lo que observamos del mundo no es una percepción directa y no codificada, sino que ésta, es mediada por una epistemología, que si bien no somos conscientes de ella es la que proporciona las herramientas al pensamiento y sólo cuando los supuestos bajo los cuales nos regimos están en peligro es cuando se hacen conscientes; es por este motivo que Bateson en su libro "Espíritu y Naturaleza" expone la necesidad de hacer explícitos nuestro supuestos de modo que puedan mejorarse. Él considera dieciséis presupuestos básicos para los espíritus en su relación con el mundo y que son el producto de muchos años de estudio e investigación. Estas ideas llevan en sí misma la epistemología cibernética y sus conceptos básicos tales como retroalimentación o feed-back, entropía, neguentropía, recurrencia, recursividad. Sin embargo, para entender aun más sobre esta manera de pensar es necesario exponer a continuación que es la Cibernética y cual es su propuesta.

La Cibernética y sus periodos de evolución.

En el año de 1943 aparecieron dos artículos de autores estadounidenses los cuales pueden considerarse que dieron nacimiento a la Cibernética. Uno de estos artículos, cuyos autores eran Arturo Rosenblueth, Norbert Wiener y Julian Bigelow, exponía los principios generales de los mecanismos capaces de corporizar el concepto de finalidad o intencionalidad. El otro artículo, de Warren McCulloch y Walter Pitts, puso de manifiesto la clase de funciones que todo cerebro debe computar a fin de percibir y describir lo que es perceptible y descriptible. Otros de los estudios que ayudaron al desarrollo de la cibernética, fueron las investigaciones de Bateson, el cual había desarrollado una concepción del proceso interaccional en sus indagaciones antropológicas, y Jean Piaget que procuraba identificar los mecanismos del conocimiento estudiando su evolución en niños pequeños. Para 1947 Wiener acuñó el término cibernética al publicar su libro "Cibernética: o el control y comunicación en el animal y la maquina"; al publicarse la segunda edición de su obra "El uso humano de los seres humanos" reconoció que ya en el siglo XIV se empleaba esa palabra en obras francesas y polacas (Keeney, 1987).

Para Kenney y Jeffrey (1985) la cibernética se define como el estudio de una complementariedad recursiva que atañe a la interrelación de estabilidad y cambio. En este sentido, Bateson (1972; en: Keeney, 1985) describe que todo cambio es entendido como el empeño en mantener cierta constancia, y toda constancia, como mantenida por el cambio.

Según Ashby (1977) la Epistemología Cibernética aporta dos cosas: la primera es dar un vocabulario único, además de un conjunto de conceptos universales, adecuados para poder representar diferentes tipos de sistemas, es decir, contribuye con un conjunto de conceptos que tienen correspondencias exactas en las ramas de la ciencia, lo cual las pone en relación, consecuentemente, proporciona un lenguaje común que permite utilizar los descubrimientos de una especialidad en otras. En base a esto, el objetivo de la Epistemología Cibernética es revelar una serie de características entre la máquina, el cerebro y la sociedad, proporcionando a la vez un lenguaje común por cuyo intermedio los descubrimientos de una rama científica pueden ser empleados en otras ramas con gran fluidez y simplicidad (Eguiluz, 2001).

La segunda, es ofrecer un método para la ciencia de sistemas en donde la complejidad es importante, es decir, rechaza los constructos vagos y se esfuerza por estructurar una disciplina rigurosa de lo complejo, esto lleva a considerar que la cibernética se desarrolla con mucha minuciosidad y rigurosidad para explicar la complejidad de los eventos. Lo anterior, lleva a establecer que el objeto de estudio de la Epistemología Cibernética son los sistemas complejos, en donde el método experimental poco puede hacer para dar una explicación, ya que los sistemas son dinámicos e interrelacionados, lo cual explica que si se genera un cambio en una variable o una parte del sistema complejo provoca cambios en el resto de la totalidad.

Dentro de la cibernética se observa una evolución en sus planteamientos. Heinz von Foerster (1974; en: Keeney, 1987) distingue la formación de la *Cibernética de primer orden* (Cibernética de los sistemas observados) y *Cibernética de segundo orden* (Cibernética de los sistemas de observación). La cibernética de primer orden se basa en el principio de que el sistema observado se considera separado del observador. El observador es por así decirlo, una cámara que registra lo que ocurre afuera de él y sin rendir cuentas de su propia participación de lo que observa.

La idea básica sobre la cual gira es la de *retroalimentación*, la que es definida como un método para controlar un sistema. Si los resultados de su desempeño son utilizados meramente para mantener la regulación y evaluar al sistema, tenemos la retroalimentación simple o negativa (neguentropía), pero si la nueva información que entra al sistema actúa sobre el desempeño anterior puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual genera un proceso de aprendizaje, cambio o retroalimentación positiva (entropía) (Wiener, 1954,1967; en: Keeney, 1987).

De esta manera, las familias se definen como orientadas al cambio, como orientadas a la estabilidad o como una equilibrada combinación de estos distintos procesos. Y con ello no se puede separar estabilidad de cambio, que son lados complementarios de una moneda recursiva. En consecuencia, los sistemas cibernéticos son pautas de organización que mantienen estabilidad por medio de procesos de cambio (Keeney y Jeffrey, 1985).

La cibernética experimentó un cambio radical cuando en el estudio de los procesos recursivos incluyó a la misma cibernética como fuente de estudio. La cibernética de segundo orden se basa en principios de la física cuántica y las aportaciones filosóficas de Wittgenstein, así como las contribuciones neurofisiológicas de Warren McCulloch, Humberto Maturana y Francisco Varela y de psicólogos como Jean Piaget. La cibernética de segundo orden a diferencia de la cibernética de primer orden, considera al observador como parte de la realidad observada, ya no como organizador de ésta; en terapia, el terapeuta no es agente que opere cambios en la familia, es un receptor de la realidad de la familia a través del significado de ésta, el terapeuta sólo introducirá diferencias significativas, donde puedan surgir nuevas perspectivas compartidas.

Es así que, la cibernética de segundo orden es una manera de señalar la inclusión y participación de los observadores en el sistema. Es en este sentido, que toda descripción es autoreferencial, el sistema es considerado sin hacer referencia alguna a su medio externo, es autónomo, es una organización que es cerrada y recurrente, lo que implica una red de lazos interconectados de retroalimentación que carece de entrada desde, o de salida hacia el ambiente exterior.

En relación a este último punto, con la participación del observador en el proceso de conocimiento, éste modifica y crea realidades, entonces toda realidad está construida en función de las características de su observador, es decir, es *autoreferencial*. El ser humano al describir al mundo se describe a sí mismo, lo cual pone en entredicho la pretensión de la objetividad: donde el observador y lo observado están separados, por lo tanto, no existen juicios por parte de quien observa. No se puede decir que la cibernética tome una postura subjetiva, sino que en su lugar, objetividad y subjetividad son complementarias. Propone que la alternativa es la ética; desde esta perspectiva no se hace la pregunta de si se es objetivo o subjetivo; en lugar de ello se admite que existe una conexión entre el observador y lo observado, lo que lleva a considerar como participa el observador en lo observado (Keeney, 1987).

La Teoría de la Comunicación Humana.

Como resultado de los estudios sobre comunicación y doble vínculo que hizo Gregory Bateson en Bali, Iatmul, en la Clínica de psiquiatría Langlely Porter de San Francisco junto con el psiquiatra suizo Jurgen Ruesch y en el Hospital de Veteranos de Palo Alto California junto con John Weakland, Jay Haley y William, además de basarse en la Lógica Matemática, en la TGS, la Epistemología Cibernética y la Teoría de los Tipos Lógicos de Weadhead y Rusell, nace lo

que hoy se conoce como la Teoría Pragmática de la Comunicación Humana postulada por el Mental Research Institute de Palo Alto, California Estados Unidos.

El acierto de esta teoría fue el combinar los datos clínicos con las ideas, observaciones e investigaciones sobre comunicación, lo que los llevó a considerar que para explicar los fenómenos de la comunicación era importante ampliar el campo de observación, ya que ubicarse sólo en el individuo aportaría una explicación reducida e incomprensible. Es así como el propósito de dicha teoría es incluir los efectos que tiene la conducta de una persona sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente a aquellas y el contexto en que todo esto tiene lugar, con lo cual el foco se desplaza de una monada artificial aislada hacia la relación entre las partes de un sistema más amplio. De esta manera el estudio de la comunicación pasa de lo deductivo de las propiedades y estados de la mente individual a las manifestaciones observables de las relaciones entre los individuos que componen un sistema (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1993).

Aunque el aspecto primordial de esta teoría recae sobre la pragmática de la comunicación, es decir el efecto que tiene la conducta sobre los otros, esto no descarta la sintáctica (codificación de los mensajes) y la semántica (significado de los mensajes y la conducta), ya que las consideran como áreas interdependientes.

Desde esta perspectiva de la pragmática es importante hacer las siguientes consideraciones: toda conducta y no sólo el habla se considera como comunicación; no se hace necesario recurrir a ninguna hipótesis intrapsíquica sino a las relaciones observables entre las entradas (inputs) y salidas (outputs) del sistema comunicacional; al centrarse en las relaciones observables la cuestión a si el intercambio comunicacional es consciente o inconsciente pierde importancia y la atención se dirige hacia la atribución de significado a la conducta comunicativa, idea que resulta esencial para la experiencia subjetiva de comunicarse con otros; aunque se reconoce la influencia del pasado sobre el grado de determinación que puede tener en la conducta actual se hace innecesaria su revisión, ya que lo que la persona dice acerca de su pasado a otra esta inextricablemente ligado a la relación actual entre esas dos personas y también determinado por ella, así, este enfoque constituye la búsqueda de una configuración de comunicación (redundancias) en el aquí y ahora, más que un significado simbólico, causas pasadas o motivaciones; desde este ángulo, las causas posibles e hipotéticas de la conducta asumen importancia secundaria, y el efecto de la conducta surge como el criterio de significación esencial en la interacción de individuos; las interacciones entre los individuos que se comunican no se consideran como cadenas progresivas lineales de causalidad con un comienzo y un final, sino como sistemas con circuitos de retroalimentación; por último, se considera que una comunicación sana o patológica depende del contexto en el cual se estudie la conducta comunicativa pues se reconoce que el estado de las personas no es estático y varía según la situación interpersonal y según la perspectiva subjetiva del observador.

Considerando lo anterior, es que se proponen cinco axiomas de la comunicación: (Watzlawick, Beavin & Jackson, 1993):

1. *La imposibilidad de no comunicar.* No hay no-conducta, o, para expresarlo de modo más simple, es imposible no comportarse. Por mucho que se intente, no se puede dejar de comunicar, actividad o inactividad, palabras o silencio tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones, y por ende, también comunican. Cualquier comunicación implica un compromiso y, por ende, define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor. La imposibilidad de no comunicarse significa que todas las situaciones interpersonales son contextos de comunicación.
2. *Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación.* Una comunicación no sólo transmite información, sino que, al mismo tiempo, impone conductas, estas dos operaciones se conocen como los aspectos referenciales y connotativos, respectivamente de toda comunicación. El aspecto referencial de un mensaje transmite información y, en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje. Por otro lado, el aspecto connotativo se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es, además de que señala cuál es la relación entre los comunicantes. El aspecto referencial transmite los datos de la comunicación, y el conativo, como debe entenderse dicha comunicación, entonces la capacidad para metacomunicarse en forma adecuada constituye no sólo condición *sine qua non* de la comunicación eficaz, sino que también está íntimamente vinculada con el complejo problema concerniente a la percepción del otro. Es así que la ambigüedad implícita en el intercambio simultáneo de mensajes relativos a la relación en sí y a cosas externas a la relación da origen a problemas de interpretación y traducción que, sino se aclaran terminan por producir estructuras de interacción patológicas.
3. *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.* Con respecto al punto anterior, la naturaleza de la relación va a depender de las puntuaciones (manera en como se considera una conducta) de las secuencias de comunicación entre los que se están comunicando. Es decir, que cada miembro participante en la comunicación, en base a su idiosincrasia va a puntuar las secuencias de la conducta cada uno a su manera. El concepto de puntuación se refiere a la reciprocidad de las relaciones humanas.
4. *Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.* Es decir; la comunicación digital, se refiere al lenguaje verbal que emplea la palabra para referir al objeto. Las palabras son signos arbitrarios establecidos por acuerdo o convención social. El lenguaje analógico, puede ser referido por un signo, dibujo, símbolo, y guarda una mayor semejanza con el objeto, aunque también es toda comunicación no verbal, por ejemplo la inflexión de la voz, el

gesto, las señas. El lenguaje analógico está abierto a muchas interpretaciones, por ejemplo las lágrimas pueden expresar tristeza o alegría, alivio u otras emociones.

5. *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.* Es decir, en la primera, ambas partes interactuantes realizan por igual acciones; la complementaria se refiere a que mientras A se comporta de una forma, B lo hace de distinta manera.

Perspectiva Constructivista radical y Construccinista Social.

Dentro del desarrollo de la terapia familiar sistémica que se caracteriza por la multiplicidad de perspectivas, se pueden mencionar dos visiones que han dado pie al surgimiento de enfoques, filosofías o corrientes que consideran a la terapia como una conversación donde el consultante construye una realidad alternativa a la que le aqueja. Estas dos perspectivas son llamadas Constructivismo Radical y Construccinismo Social o Socioconstruccinismo.

Relacionada con la Epistemología Cibernética de segundo orden, el constructivismo cuestiona la idea de que existe una realidad independiente del que observa, su planteamiento radical se muestra al proponer que la realidad es una construcción del sujeto que se incluye dentro de lo observado (Ceberio y Watzlawick, 1998). Plantea que el concepto básico de una “ciencia última” que ofrezca descripciones objetivas del mundo en el cual no haya sujetos contiene contradicciones: Esta corriente, propone que para eliminar estas contradicciones es necesario tomar en cuenta a un observador debido a que: las observaciones no son absolutas, son relativas y que al observar se influye sobre el objeto observado (Jutoran, 2004).

Como principales exponentes del constructivismo se pueden mencionar a Ernest von Glaseresfeld, Heinz von Foerster y Humberto Maturana. Aunque este último, según Karl Tomm (1990; en: Jutoran, 2004) puede ser nombrado como el principal originador del Bringforthismo (termino acuñado por von Foerster). Él no se considera como constructivista pues no sólo se centra en los constructos del sujeto y su viabilidad, sino que toma en cuenta tanto el constructo como su dominio de existencia y la viabilidad de ambos. A diferencia de los constructivistas que argumentan que es posible trazar cualquier distinción, Maturana afirma que sólo podemos utilizar en nuestras descripciones y nuestra conciencia lo que es consistente con nuestra experiencia de vida.

La teoría del conocimiento de Humberto Maturana surge de tres preguntas ¿cuál es la organización del ser vivo? ¿cuál es la organización del sistema nervioso? Y ¿cuál es la organización del sistema social? Propone que el operar cognoscitivo del ser vivo es autónomo sin hacer referencia a una realidad externa. Su planteamiento tiene que ver con el concepto de autopoiesis (autos=sí mismo; poiesis=producir), el cual se refiere a que los seres vivos como sistemas autónomos se producen a sí mismos por las producciones de las relaciones de su actividad neuronal, pero

aunque son sistemas cerrados su modo de operar cambia de manera contingente con la estructura del medio, sin esta concordancia el ser vivo moriría (acoplamiento estructural) (Maturana; en: Jutoran, 2004).

Otra de sus ideas fundamentales es la biología del amor que se refiere a que los seres humanos creamos el mundo en el lenguajear de nuestras conversaciones que surgen en una época matriarcal de la cooperación, la confianza y el amor; que brota de una necesidad genuina de estar con el otro, de crearnos y recrearnos en la conversación con los otros, donde nace el consenso y la participación. Para Maturana, vivimos en una época patriarcal donde existe el dominio sobre el otro, la desconfianza y el pastoreo que lleva hacia la imposición, el autoritarismo y la idea de una realidad única objetiva (Maturana; en: Mendoza, Santa Cruz y Selowsky, 2004). Si para Darwin la teoría de la evolución es la que explica el desarrollo de los seres vivos en la tierra, la biología del amor de Humberto Maturana es la teoría que explica que es lo que nos convierte y hace evolucionar como seres humanos.

Los constructivistas que descartan la objetividad, desarrollan una epistemología de adentro hacia fuera, comenzando con el observador y luego eligen estipular el mundo exterior, es decir, el mundo es creado por el que cree estar observando (Ceberio y Watzlawick, 1998). Según Glaserfeld (1995) el conocimiento es algo que el organismo construye, cuando intenta dar forma y orden al amorfo flujo de la experiencia. Él menciona cuatro fuentes a partir de las cuales desarrollo este modo de pensar:

1. El lenguaje. Suponiéndose que se habla italiano, inglés y alemán, al hablar italiano se ve el mundo de distinta manera que cuando se habla en inglés o alemán. Esto no se trata simplemente de una cuestión de gramática o de vocabulario, sino de una manera de contemplar el mundo, y eso plantea la siguiente cuestión ¿cuál de estas maneras será la correcta?, es obvio que para el hablante de una lengua cualquiera, su manera de ver el mundo es la correcta. Esto quiere decir que cada grupo puede estar en lo cierto en lo que al propio grupo respecta, y de que no existe “certeza” más allá de los grupos.
2. Las obras de los escépticos. Ellos sostienen que lo que se llega a conocer pasa por el sistema sensorial y el sistema conceptual del individuo, y brinda un cuadro o imagen; pero cuando se quiere saber si ese cuadro o imagen es correcto se queda completamente atado, es decir, jamás se puede argumentar si dicho conocimiento es o no verdadero, por lo cual no se tiene manera de llegar al mundo externo sino es a través de la propia experiencia.
3. El concepto evolutivo de la teoría de la evolución de Darwin. Según Darwin, el organismo tiene una forma física y una modalidad de comportamiento que encaja en el ambiente en que le toca vivir, todo lo que tiene posibilidades de sobrevivir en un determinado ambiente tiene encaje con respecto a él, es decir, tener encaje o viabilidad significa ser capaz de sobrevivir. En relación al conocimiento, para ser viable, todo nuevo pensamiento debe adaptarse al esquema previo de un modo que no provoque contradicciones. Si las hay, o cambia ese nuevo

pensamiento o deberá cambiar el esquema previo. Es así que el conocimiento nos brinda un mapa de lo que puede hacerse en el ambiente en el que se tuvo experiencias.

4. La cibernética. Centro gran parte de su interés en la autorregulación y en la autoorganización de los organismos. En este sentido, la actividad del conocer es un resultado de la autorregulación, lo cual significa que todo lo que se llame conocimiento se crea o construye a partir de un material que ya le es accesible al sujeto que conoce: sólo se puede conocer lo que se ha creado.

Otro exponente del constructivismo, como von Foerster, sostiene que son requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes introducir al observador en lo observado, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad. Para este científico lo único que un observador puede hacer es hablar de sí mismo (autoreferencialidad). Sugiere que la frase: el mapa no es el territorio debe ser cambiada a el mapa es el territorio, lo que define un epistemología que no ignora al observador (Jutoran, 2004).

En cuanto al análisis del lenguaje, von Foerster expone que se le puede considerar desde dos puntos de vista: el lenguaje en su apariencia, es decir, que se refiere a las cosas como son, donde el observador esta fuera de lo observado y el lenguaje es monológico, descriptivo y sintáctico. Y el lenguaje en su función, es decir, las nociones que cada uno tiene de las cosas, donde el observador es un actor participante con los otros, el lenguaje es dialógico, connotativo, constructivo, semántico y participativo.

Desde la postura del Construccinismo Social se sostiene la idea de que las personas participan en actividades sociales y que el lenguaje forma parte de todas ellas. Se basa en los pragmatistas norteamericanos como William James, John Dewey y George Herbert Mead. Se apoya en los trabajos de la última época de Wittgenstein en relación a los juegos del lenguaje y su énfasis en que las reglas no son algo diferenciado de la actividad misma; Kenneth Gergen, apporto al construccionismo más énfasis en la interpretación social y su influencia del lenguaje (expresado como deseo, duda o posibilidad) en la familia y la cultura, que a las funciones del sistema nervioso central (Barnett, 1995).

El Construccinismo Social contempla los siguientes supuestos fundamentales: (Gergen, 1996)

1. Nuestras concepciones del mundo no son un todo ya hecho y acabado sino que nosotros como sujetos cognoscentes debemos construir nuestras propias formas de observar al mundo, y no que el mundo sea observado como hecho.
2. El individuo construye sus significados a través del diálogo, no son descripciones y explicaciones controladas por el mundo, ni tampoco son resultado de proposiciones estructuradas dentro del individuo. No niega la existencia de un conocimiento a través de la tradición, pero es incompleto sino se tiene en cuenta las formas de interacción en las que el lenguaje esta inmerso.

3. Las descripciones pueden mantenerse independientemente de si el fenómeno ha sufrido perturbaciones o no, de igual forma estas descripciones pueden ser abandonadas sin importar las características que se consideran como perdurables del mundo.
4. Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo que está inmerso dentro de patrones de relación. Éstos patrones de relación están situados dentro de un marco social, como un ritual, que se deriva de la pragmática social, lo que hace que las palabras cobren semántica.
5. Dentro de una comunidad se evalúan aseveraciones, sin embargo, éstas evaluaciones no son reflexivas, es decir, no se ofrecen elementos para que dichas evaluaciones sean evaluadas. Para lo que es necesaria la comunicación de la evaluación de las evaluaciones, permitiendo así que las fronteras dadas se ablanden y permitan que los significados no establecidos cooperen con los ya dados.

La perspectiva del Construccinismo Social (Barnett, 1995) cuestiona muchas ideas básicas que se tienen acerca de quienes somos, de *nuestra vida*, *nuestra ética* y *nuestras instituciones sociales*. Al sostener esta perspectiva, se reconoce la noción de individuo o de self que se desarrolla en razón de que se participa en una variedad de pautas de interacción social que permiten tener ciertas identidades; la construcción social de la persona no se concibe como un componente atomístico de los sistemas sociales sino como un nexo de estos. La perspectiva construccionista esta centrada en el significado de las acciones que realizamos. Todo acto que realizamos es co-construido, es decir, no se puede realizar un acto por sí mismo si no sólo en interacción social con otros. El significado se convierte en una enunciación siempre inconclusa, ya que los interlocutores contribuyen a agregar algo más para completarlo, este es un proceso reflexivo (se refleja de nuevo sobre sí mismo). Finalmente, para entender lo que se hace y se produce en un momento determinado debe ser visto en su contexto, ya que nada tiene significado fuera de contexto, el contexto prefigura como se debe actuar, da nociones acerca de que acciones son adecuadas, cuales no, cuales se requieren, cuales son permitidas, además el actuar hacia un contexto puede ser muy distinto de aquél en el que se había comenzado a actuar.

En síntesis, un terapeuta constructivista parte del supuesto de que lo que llamamos realidad suscita múltiples posibilidades de descripción y en su experiencia clínica posee una gama de construcciones que al compartirlas con el consultante llevan a reconstrucciones de la realidad (Ceberio y Watzlawick, 1998).

Cuando las familias o los consultantes individuales llegan a exponer sus problemas, se sostienen por una construcción determinada que auto-perpetúa la patología y el dolor, para ellos el mapa es el territorio. Para los terapeutas que se adhieren al constructivismo el pasado no puede cambiarse, ni volverse a vivir, pero si es posible redefinirlo encontrando nuevas maneras que posibiliten entenderlo de manera diferente.

En el Construccinismo Social el comportamiento humano no se construye ni se deriva de las observaciones, sino que surge de las convenciones y consensos sociales que comparte un grupo específico. En la práctica terapéutica,

esta postura invita al terapeuta a hacer uso de todo lo que le sirva de su contexto inmediato, por lo que el Socioconstruccionismo no se opone a nada sino que propone abrir el diálogo sobre lo que es benéfico o no. Para el terapeuta construccionista la terapia eficaz requiere de discursos múltiples, incluyendo el cultural, debido a que al intentar articular lo que existe, se penetra en el mundo de los significados generados socialmente a través del lenguaje. La terapia sí reconoce la importancia de la verdad, pero esta debe estar dada en un contexto que permita a los interlocutores entenderse y comunicarse, esencializando un discurso común (Gergen, 2004).

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

Modelo Estructural

La terapia estructural surgió en el periodo de finales de los sesentas, cuando había dinero para los programas comunitarios y para tratar los problemas psicosociales de los pobres. En el año de 1962, bajo la supervisión de Ackerman, Salvador Minuchin junto con E. H. Auerswald, Richard Rabkin y Charles King, lanzaron un proyecto de investigación en el Wiltwyck School para estudiar y trabajar la dinámica de las familias pobres puertorriqueñas, donde quedaron impresionados por la pobreza de las familias y donde el conflicto se presentaba en sus limitaciones económicas como emigrados y no en problemas psicodinámicos. El proyecto de Wiltwyck fue un centro magnético para el talento y las ideas de la Costa del Este de los Estados Unidos, hasta el año de 1965 (Hoffman, 1994).

Ejes en el proceso terapéutico.

DIRECTRICES	CONCEPTUALIZACION DE LOS PROBLEMAS	CONCEPTUALIZACION DEL CAMBIO
<p>Se basa en tres elementos que constituyen sus pilares:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La estructura, que se compone por tres aspectos (Minuchin, 1995): pautas transaccionales, límites y subsistemas. 2. Adaptación: se considera a la familia como un organismo que evoluciona en el tiempo, para ello tiene que cambiar y adaptarse manteniendo su continuidad. 3. Desarrollo: Minuchin (1994) reconoce cuatro etapas transitorias organizadas en torno al crecimiento de los hijos y en donde cada una de ellas requiere que se realicen tareas y funciones por cada uno de los miembros. 	<p>Una familia disfuncional responde a los requerimientos de cambio internos (psicosociales o del ciclo vital) o externos (contexto social) estereotipando y haciendo rígido el funcionamiento de los integrantes.</p> <p>Estas familias se presentan en la terapia con un miembro al que llaman "el problema", este miembro o paciente identificado puede ser elegido por la familia o la familia puede habituarse a las condiciones particulares del paciente, en ambos casos la disfunción cumple la función de mantener al sistema equilibrado.</p>	<p>La idea del cambio se sustenta en las transformaciones que se dan dentro de un sistema familiar disfuncional.</p> <p>El terapeuta estructural moverá a la familia de tal manera que el asiento del problema no recaiga específicamente en la conducta problemática sino en como esta conducta mantiene las relaciones y las funciones dentro de la familia.</p> <p>Como resultado de ello, realizará desequilibrios para romper o bloquear los modos habituales de organización, relación y funcionamiento, logrando con ello la reestructuración del sistema familiar para adaptarse a sus nuevas circunstancias (Minuchin, 1995).</p>

La entrevista desde la Terapia Estructural.

El terapeuta debe llevar a cabo dos operaciones con la meta de transformar la estructura familiar. La primera de ellas consiste en la unión y acomodamiento y la segunda es la reestructuración. Es importante mencionar que ambas operaciones en el proceso terapéutico se dan de manera simultánea y están conectadas entre sí, por lo que evaluación e intervención no son procesos independientes.

Para que el terapeuta sea eficaz en su actuar, debe crear un sistema terapéutico que le permita experimentar la dinámica familiar, además de convertirse en el líder y director de los cambios. Para ello, el terapeuta debe unirse (acciones tendientes a relacionarse con los miembros de la familia o con el sistema familiar), por ejemplo, el terapeuta puede iniciar la sesión siendo un anfitrión, su función consistirá en hacer sentir a la familia cómoda como en una reunión social donde se presentan y hablan de cosas poco importante como las dificultades para encontrar la clínica o el consultorio.

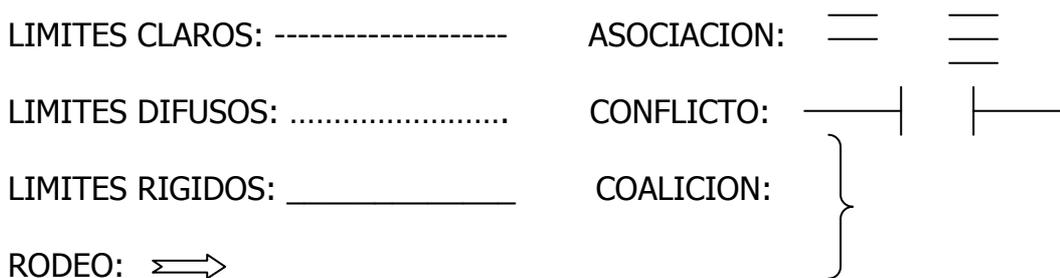
Por otra parte, el terapeuta también debe acomodarse (se refiere a la aceptación del estilo y organización de la familia para fundirse con ellos), en su primera sesión puede preguntar ¿cuál es el problema? al escuchar la primera respuesta del primer miembro puede preguntar lo mismo a los demás integrantes con el objetivo de establecer contacto y a la vez comenzar a asociarse a ella; aquí se deben de seguir las pautas transaccionales de la familia.

El objetivo de estas evaluaciones es establecer un diagnóstico interaccional que amplíe la concepción del problema (de lo individual a lo familiar y extrafamiliar); es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla a partir de sus experiencias y observaciones relacionadas con su proceso de unión y acomodamiento.

Al evaluar las transacciones de la familia se debe de poner atención a seis áreas en particular: 1) Considerar la estructura de la familia, sus pautas transaccionales y las alternativas disponibles. 2) Evaluar la flexibilidad del sistema (modificación de alianzas y coaliciones en respuesta a las circunstancias cambiantes). 3) Explorar la resonancia del sistema familiar (aglutinamiento o desligamiento) a los eventos de la vida cotidiana y las intervenciones terapéuticas. 4) Explorar el contexto de vida de la familia, fuentes de apoyo y estrés dentro y fuera del grupo familiar. 5) Examinar el momento del ciclo evolutivo que está atravesando el sistema familiar y su rendimiento en las tareas apropiadas a ese estadio. Y 6) Construir una hipótesis sistémica que ayude a evaluar e intervenir en la forma en que el síntoma es aprovechado por la familia para mantener sus pautas transaccionales.

Un elemento que se vuelve importante para representar la información que se obtiene para guiar las próximas evaluaciones e intervenciones y seguir los objetivos terapéuticos son los mapas familiares que permite organizar la información y formular hipótesis acerca de las áreas evaluadas.

Para representar dicha información es necesario tener presente la siguiente simbología:



Es importante mencionar, que el diagnóstico así como el trazado de los mapas no son estáticos sino que se van modificando sesión con sesión, momento a momento y es así como las evaluaciones e intervenciones se convierten en un proceso de transformación. Por tal motivo, cuando se ha producido un cambio en el sistema familiar es un momento en que la familia comienza a explorar nuevas maneras para reequilibrarse y transformar su estructura adecuada a su desarrollo evolutivo y las presiones de su contexto, para que esto se lleve a cabo, la crisis inducida terapéuticamente se consigue a través de las operaciones reestructurantes, que se orientan a cuestionar el síntoma, la estructura exhibida por la familia y las realidades que han construido acerca de su vida y los problemas, obligándola a buscar nuevas pautas transaccionales que sustituyan a los disfuncionales.

Intervenciones.

Minuchín (1995), argumenta que las técnicas de reestructuración son las intervenciones terapéuticas que una familia debe enfrentar en el intento de lograr un cambio terapéutico. Se distinguen de las operaciones de unión por el desafío que plantean.

Las técnicas que plantean este desafío se dividen en tres partes:

La primera son las técnicas de reencuadre, que cuestionan el síntoma y donde se ubican:

1. *Escenificación*: Reorganiza la información poniendo el acento en ciertos aspectos y cambiando el sentido de lo que ocurre, lo que origina que se introduzcan nuevos elementos y se insinúan nuevos modos de interacción. Consta de tres pasos: 1) Observar las interacciones espontáneas, 2) Provocar las interacciones y 3) Proponer interacciones alternativas.
2. *Enfoque*: permite organizar y jerarquizar en torno a un tema la información que le brindan los miembros de la familia acerca del problema. Al elaborar el tema se investigara en profundidad en un campo limitado, se concentrará en un fragmento de las experiencias familiares. Esta información, proporcionará las reglas de interacción en otras esferas de la vida familiar.
3. *Intensidad*: va dirigida a intensificar los mensajes y las comunicaciones con los miembros de la familia para que éstos no sigan actuando en el mismo nivel de frecuencia y se supere la sordera o la ceguera de los miembros. Se

puede hacer de cuatro maneras: repitiendo el mensaje, repitiendo interacciones isomórficas, modificando el tiempo de interacción y resistiendo a la presión de la familia ante el mensaje.

En el segundo bloque están las técnicas de reestructuración, que cuestionan la organización familiar, la jerarquía y la distribución del poder. Aquí se pueden ubicar:

1. *Fijación de fronteras*: destinadas a cambiar o modificar la participación de los miembros en un subsistema o en diferentes holones. Es decir, implantar cambios mediante dos movimientos: mediante la distancia psicológica y/o la duración de la interacción.

2. *Desequilibramiento*: apuntan a cambiar la distribución del poder y las jerarquías dentro de la familia. Para ello, el terapeuta se utilizará a sí mismo coparticipando y apoyando de manera temporal a un individuo o a un subsistema con menor jerarquía brindándole poder, lo que hace que el miembro o subsistema con menor jerarquía aprenda modalidades que no le son habituales y que se pongan de relieve nuevas posibilidades que antes no observaban. Se puede hacer de tres maneras distintas: aliándose con uno de los miembros, aliándose alternativamente con los miembros, ignorando a alguien o coaligándose contra otros.

3. *Complementariedad*: el propósito es cuestionar la definición del problema y la creencia en una causalidad lineal; que los integrantes vivencien su pertenencia a un sistema que rebasa la individualidad, donde el sí mismo es al mismo tiempo un todo y parte de un universo. Las técnicas que se emplean son: cuestionamiento del problema, del control del paciente identificado sobre la familia y del modo de recortar lo sucesos.

En cuanto al tercer bloque, abarca las técnicas de construcción de realidades, en donde se cuestiona la manera en que las personas trazan los sucesos, su objetivo es hacer consciente la cosmovisión familiar para ampliarla y/o modificarla, y son:

1. *Símbolos universales*: Se apoyan en una institución o un acuerdo social que rebasa al ámbito de la familia, son realidades que comparte una cultura. Estas técnicas se pueden basar en: 1) el sentido común o en la experiencia común: "todo el mundo sabe"; 2) Resaltar que determinadas formas de actuar son prescritas por la tradición.

2. *Verdades familiares*: Utilizan la concepción de la familia para orientarla hacia el cambio. El terapeuta está atento a las justificaciones que la familia da para explicar su comportamiento para luego seleccionar las metáforas que simbolizan su realidad e introducirlas en cada momento a lo largo de la sesión.

3. *Consejo especializado*: Son intervenciones que se basan en la experiencia, conocimiento o sabiduría del terapeuta. Interpreta la realidad de cada miembro o de la familia y apoya la atipicidad que ellos experimentan como un derecho y no como una deslealtad.

4. *Paradojas*: La paradoja es una postura de oposición por parte de la familia ante un mensaje lanzado por el terapeuta el cual se espera que sea desafiado para que se dirijan hacia el cambio. El terapeuta hará una serie de redefiniciones que conecte el síntoma con el sistema y en donde el tema terapéutico se desplace de quién tiene el

problema, qué lo causa o cómo se le superaría a cómo la familia podría sobrevivir sin él, quién se vera afectado si ya no se presenta y qué es conveniente hacer.

5. *Lados fuertes*: dirigidas a reconocer en la familia la capacidad para solucionar problemas por más difíciles que éstos se presenten. Hay tres formas: los aportes de la familia, respuesta al paciente individualizado y las alternativas de interacción.

Modelo Estratégico

Para Jay Haley la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino un conjunto de terapias que tienen en común asumir la responsabilidad de influir directamente en la gente, lo que quiere decir que el terapeuta dirige lo que ocurrirá durante la entrevista con la familia y diseña una intervención particular para cada problema (Haley, 1989).

Por su parte, Cloé Madanes considera que en una terapia estratégica se establecen objetivos claros que ayuden a la solución del problema, pues en ellos se incluye dicha solución; se diseña una estrategia específica para cada problema y la tarea del terapeuta es programar una intervención en la situación social en que se halle el cliente (Madhanes, 1989).

Ejes en el proceso terapéutico.

DIRECTRICES	CONCEPTUALIZACION DE LOS PROBLEMAS	CONCEPTUALIZACION DEL CAMBIO
<p>El terapeuta estratégico debe de tener claro lo que va hacer y para ello necesita definir muy concretamente lo que piensa cambiar.</p> <p>Se confiere una posición activa al terapeuta donde el debe de tomar la responsabilidad de todo cuanto pase.</p> <p>Por lo que se vuelve una tarea importante el identificar y definir que unidad social es en la que va a intervenir para solucionar el problema, pues si no se tiene claro cual es la unidad, es posible que el terapeuta trate de influir o de modificar donde es muy difícil hacerlo como en un juzgado o en una escuela.</p>	<p>Haley (1976; en: Madanes, 1989) piensa que los sistemas patológicos pueden describirse en términos de la jerarquía incongruente que presentan. El síntoma será un producto de una comunicación confusa e incongruente que a su vez procede de una organización que funciona inadecuadamente, debido a una incongruencia de jerarquías y de mensajes contradictorios que pertenecen a diferentes niveles.</p> <p>Este ordenamiento jerárquico confuso lleva a los miembros de la familia a una lucha por el poder. Una de las características fundamentales que presentan las jerarquías incongruentes es el repetido establecimiento de coaliciones entre distintos niveles jerárquicos que se vuelven estables a lo largo del tiempo y que incluso se pueden convertir en secretas (Haley, 1993).</p>	<p>Para que la intervención sea eficaz y se logre un cambio en la secuencia reiterativa de comportamientos que mantienen el problema en la familia, y poder modificar la jerarquía de la familia, es necesario que el terapeuta pueda establecer por lo menos tres pasos de secuencia y tres niveles de jerarquía. Por otra parte, el cambio no sólo implica una reorganización al interior de la familia sino también entre terapeuta y familia pues la relación que se alcanza al final de la terapia debe ser una de pares, es decir, que la familia no necesita más ayuda del terapeuta, pues si esto no se logra puede haber una resistencia al cambio donde las dos partes cooperan a sustentarlo, la autonomía de una persona dependerá de la conducta de los demás (Haley, 1993).</p> <p>También se plantea sustituir el sistema que presenta la familia por uno diferente, que sea también anormal y después pasar a reorganizar a la familia dentro de una jerarquía funcional.</p>

La entrevista desde la Terapia Estratégica.

La primera entrevista puede durar media, una o varias horas, debe establecer un contrato en torno de un problema resoluble y descubrir la situación social que lo genera, puede proponer enseguida un cambio o proceder pausadamente sin solicitar de inmediato un cambio (Haley, 1993). Uno de los aspectos que es importante al llevar a cabo la primera entrevista desde la terapia estratégica es mantener una postura flexible y ser espontáneo, pues debe acercarse a cada individuo pensando en que esa persona y la situación social en la que se encuentra puede requerir de una estrategia única y singular, pero también debe aprender de su propia experiencia y repetir aquellos métodos que le hayan dado resultado.

Otro de los aspectos que se considera importante es que se puede entrevistar a todo el grupo natural que se relaciona con el problema para iniciar de inmediato una solución, pero si la entrevista es sólo con una persona requiere de una pericia especial pues se estará entrando en un terreno donde se pueden establecer coaliciones a ciegas sin saber la organización familiar.

Al realizar el contacto con la familia la entrevista recorre las siguientes etapas:

1. *Etapasocial:* Se saluda a la familia procurando que se sienta cómoda; se debe dirigir a cada miembro de la familia y preguntarle su nombre, no permitirá que nadie hable del problema hasta que no se hayan presentado. En esta etapa puede observar en la familia su estado de ánimo, su conducta, quién habla primero, cómo se sientan, las relaciones existentes entre padres e hijos, quién intenta ponerlo de su lado, pero nunca comentará sus observaciones para no crear actitudes defensivas.
2. *Etapadel planteo del problema:* En esta etapa el terapeuta debe aclarar cual es su posición en el asunto, puede mencionarles lo que ya sabe y por que ha solicitado la presencia de todos. Aquí se le pregunta a cada miembro de la familia por que han ido a verlo o cuál es el problema presentado.
3. *Etapade interaccion:* Para saber más acerca del problema el terapeuta pide a los miembros de la familia que conversen entre sí sobre el problema y el terapeuta deja de ser el centro de atención, se pone más énfasis en las acciones que en el contenido de la conversación ya que ésto ayudará a determinar la estructura de la familia: alianzas, límites, coaliciones. Si en esta misma etapa el terapeuta logra interrumpir alguna secuencia que este manteniendo el problema, el terapeuta habrá logrado dos propósitos: establecer un diagnóstico y comenzar un cambio.
4. *Definición de los cambios deseados:* A esta altura de la entrevista se debe de obtener una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar para lo que se necesita que el problema se haga resoluble, esto es que sea algo computable, observable, medible o que permita detectar la influencia que se ejerce sobre la familia. Es importante

que los cambios queden bien establecidos, debido a que son el punto de partida para fijar las metas de la terapia y además al fijar una tarea curativa a las familias se sentirán más comprometidos y obligados a cumplirla.

La entrevista se concluye cuando después de haber explorado sobre el problema, definirlo de manera resoluble y establecer los cambios se imparte una directiva con lo que la familia queda ligada al terapeuta entre las sesiones y se continué el cambio. Existen diferentes directivas que se pueden impartir a la familia y que a continuación se expondrán.

Intervenciones.

Para Haley (1993) una directiva es todo cuanto haga un terapeuta dentro de la entrevista, es estar consciente de que diga lo que diga o calle lo que calle es una manera de indicarle a la persona que decir o que hacer. La finalidad de las directivas es: que la gente se comporte de manera diferente para que tenga experiencias subjetivas diferentes; intensificar las relaciones entre clientes y terapeutas, pues al indicarles que hagan algo es una manera de mantenerse ligado a la familia y; se obtiene información, pues esclarece la manera en que responden hacia ellos mismos y los cambios que quieren lograr. Existen diferentes tipos de directivas: (Haley, 1993)

1. *Decirle a la gente que debe de hacer con el propósito de que lo cumplan:* Donde se encuentras dos subtipos: a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo, para esto se requiere que el terapeuta goce de gran prestigio o de tener reputación de experto, además de que se debe de acompañar con otros mensajes; y b) pedirles que hagan algo diferente, la indicación se puede hacer de dos maneras distintas mediante buenos consejos o brindando directivas para que cambien la secuencia habitual.
2. *Decirle a la gente que debe de hacer con el propósito de que no lo cumpla y cambie por medio de la rebelión:* hay dos maneras para hacerlo: la primera, es un enfoque directo, el terapeuta les dice a los miembros de la familia que conoce y comparte su deseo de encontrarle solución a su problema y la tarea que les deja es un medio para alcanzar tal fin. En el segundo, es conversar sobre todas las dificultades y los intentos fallidos que han tenido para resolver el problema lo que origina que la familia este más dispuesta a escuchar; otra forma es acentuar la angustia que ellos sienten incluso hasta lo que puede acontecer en un futuro si las cosas empeoran para utilizarla como motivación y que estén dispuestos a hacer lo que se les indica.
3. *Tareas metafóricas:* Es indicarles que hagan algo sin que tengan conciencia de que se les dijo que lo hicieran. El procedimiento es el siguiente: elegir como meta cambiar alguna actividad familiar; después escoger una actividad parecida a la que quiere cambiar pero que sea más fácil para la familia, por lo que se conversará sobre ella para informarse e influir en sus opiniones. Como paso final, se asigna una tarea dentro de esta actividad, pero que permita obtener un cambio.

4. *Tareas paradójicas*: Se utilizan cuando las familias que acuden pidiendo ayuda rechazan lo que se les brinda. La paradoja contiene dos mensajes, transmitidos a niveles diferentes: “Cambien” y “no cambien”. Se puede abordar desde dos enfoques, pidiéndole a toda la familia que permanezca igual y no haga nada y pidiéndole sólo a una parte de la familia que no cambie.

5. *Ordalías*: Una de las técnicas derivadas del trabajo clínico Ericksoniano que Haley (1987) incorpora, es la ordalía. En inglés significa “a juicio de Dios”, y también experiencia penosa, prueba severa, prueba de fuego. La ordalía se ajusta al problema del cliente y consiste en hacer que una persona le resulte más difícil tener un síntoma que abandonarlo. La ordalía debe ser algo que la persona pueda ejecutar y que no pueda oponer objeciones válidas, no debe causar daño.

Modelo de Terapia Breve Centrada en Problemas del Mental Research Institute (MRI)

El surgimiento de la terapia breve centrada en problemas se debe a los estudios realizados por el grupo de Bateson relacionados con la teoría del doble vínculo, donde se encontraba directamente relacionado Jay Heley y Jonh Weakland; posteriormente, se integró un segundo grupo el Mental Research Institute (MRI) dirigido por Don D. Jakson, este grupo se centró en el tema de la paradoja en la comunicación y mantenía una relación social con el grupo de Bateson (Haley, 1993).

Ejes en el proceso terapéutico.

DIRECTRICES	CONCEPTUALIZACION DE LOS PROBLEMAS	CONCEPTUALIZACION DEL CAMBIO
Para explicar la relación entre estabilidad y cambio, se basa en dos teorías, la Teoría de Grupos y la Teoría de los tipos lógicos de Rusell y Whitehead. Con la primera, permite una comprensión acerca de la clase de cambios que pueden tener lugar dentro de un sistema que permanece invariable, o lo que el grupo del MRI le denomina Cambio1 o cambios de primer orden; con la segunda, se pretende explicar los procesos de cambio que no se originan dentro del sistema y que llevan al sistema a un nuevo orden de nivel superior y el cual se denomina Cambio2 o cambios de segundo orden (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1993).	Un sistema que pase por todos sus posibles cambios internos sin que se verifique un cambio y que lleve a <i>más de lo mismo</i> , puede considerarse como enfrascado en un juego sin fin. Lo que también conduce a considerar que en determinadas circunstancias los problemas se crean debido a un <i>intento equivocado de cambiar una dificultad</i> o de manera más extrema <i>cuando no existe incluso una dificultad</i> (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1993). Esto quiere decir que desde el propio interior del sistema no pueden generarse las condiciones de un cambio en la estructura del sistema. Esta meta, que pone fin no es un miembro de dicho grupo es de un nivel diferente que no se incluye dentro de las reglas que a establecido el sistema.	En cuanto a el cambio, se requiere de un salto a un nivel lógico superior que comprenda a todos los miembros de soluciones intentadas por la familia, es decir un cambio del cambio (<i>metacambio</i>) que coloque al terapeuta desde una posición desde fuera de la familia, su problema y la soluciones intentadas para poder reestructurar la situación y que le resulte más aceptable a la familia para poder enfrentar el problema (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1993). Esta reestructuración de las premisas que sustentan el problema, significa cambiar el marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación y colocarla dentro de otra estructura, que aborde los hechos en relación a la situación problema de una mejor forma, lo que implica que lo que cambia es el sentido atribuido a la situación, y no los hechos concretos.

El objetivo fundamental a lo largo de la entrevista inicial es recoger la información adecuada sobre los factores que se consideren esenciales en cada caso, por ejemplo, la naturaleza del problema, como se está enfrentando, cuáles son los objetivos mínimos de la persona o la familia, evaluar la postura del cliente y llevar a cabo una intervención. Ésto requiere de que el terapeuta goce de capacidad de maniobra, lo que implica la posibilidad de emprender acciones que llevan hacia una meta a pesar de los inconvenientes u obstáculos que se puedan presentar; y lo cual supone que el terapeuta tiene la responsabilidad ética de tomar dirección del tratamiento y que si declina en esta responsabilidad provoca un daño al paciente, además de que el terapeuta necesita conservar sus propias opciones al mismo tiempo que limita las del paciente, es decir, el terapeuta sabe que el paciente lo necesita más que él al paciente.

Antes de comenzar con los puntos citados, es necesario hacer una distinción importante y que guía el proceso de la entrevista y el tratamiento; esta distinción se refiere a la diferencia entre cliente y paciente, el cliente es aquella persona que solicita ayuda y se queja de su propia conducta o de la conducta de otro, el paciente es la persona que no se queja de su conducta, pero provoca malestar en otros, como el cliente (Fisch, Weakland y Segal, 2003). Esta diferencia es importante debido a que la terapia del MRI está centrada en quien(es) son clientes.

De tal forma, los pasos para comenzar una entrevista desde la terapia centrada en problemas es la siguiente:

1. *Establecer el problema del cliente:* Se inicia preguntándose simplemente *¿Cuál es el problema que le trae aquí?* Esta pregunta inicia la exploración y comprensión clara de la dolencia que ha traído a la persona o familia a consulta, sin embargo, la atención no debe estar centrada en la historia y evolución de los problemas, sólo en el “aquí y en el ahora”. En la gran mayoría de los casos la dolencia que se declara puede captarse con claridad, pero en otros casos la dolencia inicial puede resultar muy vaga y evasiva. Cuando la dolencia es vaga, el terapeuta no debe actuar como si hubiera entendido, el solicitarle a la persona o familia un ejemplo del problema, suele ser el mejor camino para obtener información concreta y definida de las conductas implicadas, es decir, quiénes son los implicados, qué conductas se presentan, a quiénes afectan estas conductas y cómo es que se convierte en problema.
2. *Establecer la solución intentada por el cliente:* El paso siguiente es preguntar qué es lo que han estado haciendo para solucionar o afrontar el problema todas las personas implicadas. Es necesario obtener una comprensión completa y exacta de qué representan tales esfuerzos, en especial los que se estén llevando a cabo en el momento presente. El terapeuta debe establecer cuál sería la categoría (o impulso básico) en donde se pueden englobar todos los intentos de solución fallidos. No siempre resulta posible unificar todos los intentos de solución, pero por regla general la mayoría de estos esfuerzos y sobre todo los que se llevan a cabo con más insistencia se pueden agrupar fácilmente.

3. *Formular tácticas concretas*: el terapeuta ha de planificar sus intervenciones concretas calculando qué acciones se apartan en mayor grado de la solución intentada, qué acciones son más centrales para las transacciones implicadas en el problema, qué acciones se incorporarían con mayor facilidad a la rutina propia del cliente, y qué persona (o personas) desempeña un papel más estratégico para la persistencia del problema.

4. *Enmarcar la sugerencia en un contexto: vender la tarea*: Uno de los elementos importantes para que las personas hagan lo que se les está pidiendo, que a primera vista les puede parecer como ridículo, extraño o incongruente tiene que ver en como vender la idea de que eso puede resultar mejor que lo que están haciendo. Por lo que después de que el terapeuta ha formulado la tarea que le corresponde realizar al cliente, necesita planear el modo de inducir a éste a aceptarla. La postura del paciente suministra un instrumento muy importante al respecto, dado que expresa su marco de referencia. Es la línea directriz de aquello que resulta razonable a ojos del cliente.

Intervenciones.

El siguiente paso fundamental es llevar a cabo una intervención que lleve hacia la modificación de las secuencias de interacción que sustentan el problema y que se apartan de los intentos fallidos de solución de los clientes. Para esto, el MRI diseñó cinco intervenciones principales, que son utilizadas en problemas específicos, y cuatro intervenciones generales que pueden ser empleadas en cualquier problema y resultan en ocasiones, suficientes para la solución.

Intervenciones principales.

Se utilizan después de que se ha obtenido información suficiente acerca de qué es lo que mantiene el problema y se dirigen a interrumpir la solución previamente ensayada por el cliente, pero es importante tomar en cuenta que se ajusten a un plan que incluya la situación específica del cliente. En ocasiones estas intervenciones son suficientes para lograr el cambio deseado por la persona.

Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo.

INTENTO DE SOLUCION	PROBLEMAS QUE ABARCA	GIRO DE 180º
El paciente se ve atrapado por la solución de imponerse un rendimiento cuando este se obtiene solo de manera espontánea.	Funcionamiento corporal o rendimiento físico. -Rendimiento sexual: impotencia, eyaculación precoz, anorgasmia, coito doloroso, apatía sexual, etc. Funcionamiento intestinal: estreñimiento, diarrea. Función urinaria, temblores y tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar dificultades respiratorias: hiperaeración. Insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter: depresión. Obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria.	Cuando el paciente renuncia a sus intento de autoimposición y deja de esforzarse demasiado.

Como norma general se le pide de manera implícita al cliente que deje una conducta concreta pero al mismo tiempo se le indica de manera explícita que lleve a cabo otra conducta que excluya la que se desea eliminar. La estrategia global que se utiliza es suministrarle razones y directrices al cliente que lo lleven a fracasar en su rendimiento. Las razones pueden ser justificadas por dos motivos: Provocar la aparición del síntoma con fines diagnósticos o provocar el síntoma como paso inicial hacia su control definitivo.

Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.

INTENTO DE SOLUCION	PROBLEMAS QUE ABARCA	GIRO DE 180°
Prepararse para enfrentar el acontecimiento temido de manera que pueda ser dominado antes de que se le pueda hacer frente.	Estados de terror o ansiedad. Fobias, timidez, bloqueos en la escritura o en otras áreas creativas, bloqueos en el rendimiento: hablar en público, miedo a salir en escena.	Enfrentar la situación al mismo tiempo que se le obliga a no dominarla o no tener éxito.

Son autorreferenciales, lo que quiere decir que su aprehensión, terror y ansiedad por no poder enfrentar las situaciones, objetos o personas que le provocan aversión provocará una profecía que se cumplirá y que confirmará sus peores temores. “En sentido metafórico, es como si el acontecimiento fuese un dragón que el sujeto tiene que matar, pero para lo cual no posee el arma secreta que, al parecer, tienen todos los demás” (Fisch, Weakland y Seagal, 2003; p.157).

Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.

INTENTO DE SOLUCION	PROBLEMAS QUE ABARCA	GIRO DE 180°
Sermonear a la otra parte sobre el deber de someterse a sus exigencias con respecto a conductas concretas y exigir que la otra parte les trate con el respeto, la atención o la superioridad que piensan que se les debe.	Conflictos en una relación interpersonal centrado en temas que requieren mutua colaboración. Riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes rebeldes, disputas entre compañeros de trabajo y problemas entre hijos adultos y padres de edad avanzada.	Consiste en hacer que el cliente se coloque en una actitud de inferioridad, es decir en una postura de debilidad.

En estos casos la persona que se pone en contacto con el terapeuta es la que piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su propia posición. La intervención en estos problemas exige que la formulación o venta de las ideas este cuidadosamente elaborada de acuerdo con la postura del cliente ya que este necesita una explicación coherente de porque tiene que asumir una postura inferior.

Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación.

INTENTO DE SOLUCION	PROBLEMAS QUE ABARCA	GIRO DE 180°
A le pide a B que deje de quejarse y de resistirse, y que haga voluntariamente lo que A quiere. Aquí no solo se pide un cambio de conducta si no un cambio de actitud que sea espontáneo “Me gustaría que hicieras esto, pero me gustaría más que quisieras hacerlo”.	Problemas conyugales, problemas de crianza infantil y adolescente y esquizofrenia.	Lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.

Los clientes se muestran benévolo con la otra persona, ellos suelen decir “quiero que lo hagas, pero si te hace sentir mal no lo hagas”. Ante esta paradoja el terapeuta debe redefinir la benevolencia y las peticiones indirectas del

cliente como algo inconcientemente destructivo y redefiniendo como benéfico lo que considere como destructivo (solicitudes o peticiones directas).

La confirmación de las sospechas del acusador.

INTENTO DE SOLUCION	PROBLEMAS QUE ABARCA	GIRO DE 180º
La persona A formula acusaciones acerca de la persona B la que a su vez mediante la negación de las acusaciones y la autodefensa va confirmando cada vez más las sospechas de A "Juego del acusador y del defensor".	Infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia y falta de honradez.	Una de las partes abandone su papel repetitivo dentro del juego.

Se pueden llevar a cabo dos estrategias en estos casos: 1) Que el terapeuta exprese que el acusador es el que esta equivocado y causa el problema y que el defensor para salirse del juego la única opción que tiene es que acepte las acusaciones, para que el acusador entienda mejor que tiene una percepción errónea. 2) Dejar una tarea donde el acusado tendrá que fingir la conducta por la cual se le acusa. Con esto se pretende que cada uno lleve un registro personal de cuando sí es real la conducta y cuando no, la finalidad es que se introduzca incertidumbre en la conducta por la que se le acusa y se diluya las certezas.

Intervenciones generales.

Pueden ser utilizadas en cualquier momento de la terapia; en comparación con las generales abarcan una amplia gama de problemas y pueden ser empleadas para comunicar algún tipo de postura que prepare el terreno para una intervención más específica o en ocasiones suelen ser suficientes para solucionar el problema del cliente.

1. *No apresurarse:* Se utiliza con aquellos clientes cuya solución consiste en esforzarse demasiado o en aquellos que le exigen al terapeuta una acción curativa urgente mientras que ellos permanecen pasivos y no colaboran. O también se puede aplicar en los clientes que después de una intervención principal informan de una mejoría rápida. Esta intervención consiste en ofrecer razonamientos creíbles que justifiquen el no ir de prisa, como por ejemplo que ir despacio requiere de adaptación o que los cambios lentos son más sólidos.

2. *Los peligros de una mejoría:* Es una ampliación o variante de la intervención anterior y se aplica a determinadas clases de resistencia del cliente. Consiste en preguntarle si reconoce o contempla las consecuencias o peligros que puede haber si se soluciona el problema y el terapeuta puede iniciar exponiendo algún posible inconveniente. Si el cliente comprueba que la mejoría no es algo maravilloso se sentirá menos obligado a cambiar y a su vez se esforzara menos con lo que se puede pronosticar una disminución o desaparición de su problema.

3. *Un cambio de dirección:* Consiste en que el terapeuta cambie de postura, directriz o estrategia y al hacerlo ofrezca una explicación al cliente.

4. *Cómo empeorar el problema.* En esta estrategia el terapeuta expone concreta y detalladamente todas las cosas que el cliente hace para solucionar su problema pero que sólo sirven para mantenerlo. Al decirle al cliente como

puede lograr que el problema empeore hace que este se haga más consciente de lo que sucedería si continua haciendo lo que hace.

Modelo de Terapia Breve Centrado en las Soluciones (TBCS)

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) se considera como un enfoque puente de terapia, debido a que se coloca entre las posiciones que asumen las primeras escuelas de terapia familiar (MRI; Estratégica, Estructural, la Escuela de Milán) enfocadas en los problemas y como intervenir de manera estratégica en ellos, viendo a la familia como un sistema determinado por la homeostasis; y las terapias narrativa, reflexivas y colaborativas que se enfocan en las historias alejadas de la patología y que dejan de ver a la familia como un sistema homeostático sino como un sistema autoorganizativo, es decir, capaz de cambiar y autorregularse a sí mismo y donde el terapeuta solo crea junto con la familia diferencias en sus creencias, conductas y sentimientos.

Dentro del modelo de TBCS, se reconocen como sus precursores a Steve de Shazer, Insoo Kim Berg, Eve Lipchick, Elam Nunnally, Alex Molnar, Wallace Gingerich y Michele Weiner-Davis (De Shazer, 1989).

Ejes en el proceso terapéutico.

DIRECTRICES	CONCEPTUALIZACION DE LOS PROBLEMAS	CONCEPTUALIZACION DEL CAMBIO
<p>Desde una perspectiva ecosistémica la familia, el terapeuta y el equipo detrás del espejo conforman un sistema donde los efectos que ocurren en cualquiera de ellos pueden transmitirse al todo y producir cambios; además, al formar un sistema familia-terapeuta-equipo se vuelve imposible hacer una observación sin estar implicado en ella, la división ilusoria que los dividía se convierte ahora en su interconexión, es decir, durante la terapia se comunican entre sí, la familia forma parte del contexto del terapeuta y del equipo, y a su vez, ellos forman parte del contexto de la familia, pero esto no queda ahí, las actividades que ellos emprenden también son causadas por contextos más amplios (institución donde se da el encuentro terapéutico, sus familias de origen, su comunidad, sus creencias, su cultura, etc.) que se inscriben en sus vidas (De Shazer, 1989).</p>	<p>A partir del supuesto de que la realidad no se descubre sino que se construye entre los que participan en el diálogo, pone de manifiesto que los supuestos que tenga el terapeuta acerca de los individuos y las familias, así como de los problemas influye inevitablemente en las presuposiciones de los clientes acerca de sí mismos y de los problemas que tienen, y viceversa (O' Hanlon y Wiener-Davis, 1990).</p> <p>Rodríguez y Beyebach (1994) señalan algunas consecuencias prácticas del constructivismo en la terapia y específicamente en la TBCS. La primera de ellas es que los problemas que las personas traen a terapia tienen que ver con los significados que han consensuados entre ellos, en palabras de De Shazer (1991; en: Rodríguez y Beyebach, 1994) se encuentran "atrapadas por su palabras" pues generan un sentido de la realidad inmutable donde no se perciben los cambios.</p>	<p>El proceso inicia con el motivo de consulta de la familia o cliente, luego la pauta de intervención terapéutica (preguntas, tareas, rituales, prescripciones, etc.), enseguida lo que la familia informa sobre su respuesta frente a estas intervenciones, a continuación la próxima intervención, y así sucesivamente. Esto significa que de las interconexiones entre el motivo de consulta y las intervenciones terapéuticas debe haber algo que promueva el cambio.</p> <p>Los terapeutas centrados en las soluciones al estar en interacción constante con sus clientes están influyendo continuamente en las percepciones que tienen de su queja, <i>todo cuanto hace el terapeuta dentro de la sesión se considera como una intervención</i>; estas intervenciones siempre apuntarán a generar información acerca de los lados fuertes, las capacidad y los recursos de las personas. Y al cocrear una realidad cliente y terapeuta negocian una definición del problema, una definición que se dirige a la solución y no a la explicación (O' Hanlon y Wiener-Davis, 1990).</p>

Para Rodríguez y Beyebach (1994), la TBCS cuenta con dos grandes alternativas para construir una realidad terapéutica orientada a las soluciones. La primera es identificar lo que la persona ya está haciendo para resolver su problema y trabajar sobre eso para ampliarlo, reforzarlo o afinarlo. La segunda opción es construir junto con los clientes un problema resoluble, es decir, *reconstruir la secuencia de acontecimientos* que se producen en torno al problema para después modificarla o *identificar las soluciones ineficaces* para después bloquearlas.

Para lograr lo anterior, una entrevista dirigida a buscar las soluciones y excepciones al problema seguirá las siguientes etapas:

1. *Co-Crear un Problema Resoluble*: Después de que se ha logrado crear un contexto terapéutico (presentarse con los clientes y explicarles la forma de trabajo) y de que el o los clientes han aceptado las condiciones de trabajo, la pregunta siguiente puede ser: Y bien *¿Qué te trae (o los trae) por aquí?* o también se les puede decir *¿en qué podemos ayudarlos?* Con estas preguntas lo que se pretende es ayudar a los clientes a que formulen una demanda concreta que indique que es lo que piden que se solucione aquí y ahora.

2. *Pregunta Pretratamiento*: Al pasar por la etapa de la creación del contexto y de la co-creación de un problema resoluble, que implica que los clientes formulen una demanda concreta, ahora el terapeuta se puede disponer a introducir al cliente a trabajar sobre sus propios recursos y como estos impiden que el problema se presente; la vía más rápida para trabajar con estas excepciones es preguntar por el cambio pretratamiento (Weiner-Davis, De Shazer y Gingerich, 1987; en: Rodríguez y Beyebach, 1994), en la cual se le pregunta al cliente si han existido cambios en el problema o en su vida en general antes de venir a terapia.

3. *Co-Crear Objetivos: La Pregunta del Milagro*: Si de la pregunta anterior no se obtiene un cambio pretratamiento, por que lo consideran irrelevante, ya que es demasiado pequeño o no se relaciona con su queja, lo mejor será dar paso a la negociación o co-creación de los objetivos del tratamiento junto con los clientes. Dentro de la TBCS una de las preguntas que se utiliza frecuentemente para la negociación de objetivos es la pregunta del milagro (De Shazer, 1988; en: Rodríguez y Beyebach, 1994) la cual se plantea en la forma de una historia donde se le pide al cliente que imagine que se va a dormir y a la mañana siguiente sucede un milagro que resuelve el problema y donde nota cosas distintas.

4. *Cuando el problema no se presenta: las excepciones al problema*: es un proceso de tres etapas en las cuales se pueden hacer una serie de preguntas y estas son: 1) Marcar ó elicitación la excepción, es preguntar sobre cualquier variación, cambio o diferencia en el problema; 2) Ampliar y analizar, se le pide al cliente(s) que describan con detalle la secuencia de *acciones que constituyen la interacción del acontecimiento excepcional*; 3) Atribuir control de forma retrospectiva, lo que se busca es que las personas se atribuyan los cambios que surgieron desde lo que hicieron, pensaron y sintieron hasta de lo que han aprendido o las cualidades que poseen para solucionar dificultades.

5. *El mensaje final: La pausa, el elogio y las tareas:* La pausa, sirve como un marcador de contexto y su objetivo es decidir (junto con el equipo, si lo hay) sobre los aspectos de la entrevista que han de destacarse en un mensaje final, consta de dos partes (De Shazer, 1989): la primera, que es el comentario positivo ú elogio tiene el propósito de afianzar los cambios que se generaron durante la sesión, de tal manera que se le subrayan todos aquellos aspectos positivos que promueven soluciones en los clientes; la segunda parte del mensaje final es la tarea ó indicio, que son prescripciones de soluciones o formulas para el cambio y su finalidad es mantener en marcha las soluciones y/o generar otras nuevas para trabajar en la siguiente sesión (O'Hanlon y Wiener-Davis, 1990).

Intervenciones.

Para lograr en el o los cliente(s) un cambio de visión orientado a las soluciones el terapeuta hace uso de lo que O'Hanlon y Wiener-Davis (1990) llaman preguntas presuposicionales; son presuposicionales por que dentro de su contenido esta la premisa subyacente de que las cosas son diferentes, que los clientes no son los mismos todo el tiempo, que las cosas no son siempre iguales y que han hecho o hacen cosas para solucionar sus problemas. Estas preguntas encaminan hacia respuestas que promueven los recursos y la creatividad de los clientes y, al contestarlas ellos aceptan también que el cambio es inevitable. Una de las reglas básicas a la hora de construir preguntas presuposicionales es que permitan que las respuestas sean abiertas, evitando que se responda con un si o un no. Por ejemplo, en vez de preguntar *¿te paso algo nuevo o diferente en esta semana?*, se pregunta *¿Qué cosas nuevas y diferentes te pasaron esta semana?*

Otra estrategia que se utiliza es la normalización y despatologización, en la que el terapeuta considerar la situación del cliente(s) como algo normal, cotidiano y transitorio en lugar de algo psicológico, estático y patológico. La normalización de la conducta es importante en todo momento de la entrevista ya que ésto le proporciona al cliente información sobre el que su situación no sea considerada como algo perturbador, grave o sin remedio, y el terapeuta se lo puede comunicar de manera directa. El objetivo con este tipo de afirmaciones y la actitud del terapeuta al expresarlas es que transmita a los clientes que las cosas no son tan malas como pueden parecer (O'Hanlon y Wiener-Davis, 1990). El feedback normalizador es un recurso importante en la entrevista si este se deja de hacer los clientes pueden asumir que realmente si tienen un problema grave y se puede reificar la realidad problemática del cliente, es por eso que el terapeuta debe ser alguien activo que este reestructurando continuamente y en cada oportunidad la situación del cliente como algo normal y natural.

A través de estas estrategias que se utilizan a lo largo de toda la sesión, también se pueden emplear tareas que ayuden a mantener a los clientes en la línea de los cambios, y éstas se pueden agrupar en tres bloques:

1. *Centradas en el cambio de visión*: fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro, están orientadas para que los clientes se centren en las soluciones. Aquí se incluyen: La tarea de formula de primera sesión, la tarea sorpresa y la tarea genérica.
2. *Centradas en los objetivos*: pueden ser útiles cuando los clientes han descrito varias posibilidades a la pregunta del milagro, y abarcan: simular el milagro, hacer la parte que resulte más fácil del milagro, pensar o fijarse en que partes empiezan a ocurrir del milagro y pensar o fijarse en que parte del milagro va a ocurrir primero.
3. *Centradas en las excepciones*: son útiles con los clientes en los cuales a parte de llegar a definir objetivos concretos ya se esta trabajando sobre las excepciones en la sesión, es decir, comienzan a ubicar momentos en los que no se esta presentando la dificultad. Se pueden incluir: predecir la mejoría, hacer más de lo mismo, fijarse en que es lo que hace para que se produzca la excepción y fijarse en que más cosas sigue haciendo que le ayuda a mejorar.

Modelo de la Escuela de Milán

Una de las principales escuelas pioneras en la terapia familiar que ha tenido varias transformaciones con sus consiguientes desarrollos en sus ideas y técnicas interventivas es la escuela de Milán, posteriormente llamada exescuela de Milán y ubicándose actualmente una etapa posterior a la que se le ha llamado Postmilán. Sanchez (1996) divide la historia del modelo de Milán en cinco fases, para este trabajo se toman las primeras tres y se conjuntan las dos últimas como la etapa Postmilán; es importante decir, que más que una recopilación de datos históricos, lo que se presenta a continuación son las principales transiciones conceptuales e interventivas que tuvo en cada etapa la escuela de Milán.

1. Nacimiento del Modelo (1967-1975)

En 1967, bajo un enfoque aún no definido, ya que estaba entre el psicoanálisis, la teoría de la comunicación humana y las ideas cibernéticas, Mara Selvini Palazzoli funda el Centro para el Estudio de la Familia integrado además por Simona Taccani, Gabriele Chistoni, Luigui Boscolo, Paolo Ferraresi, Guiliana Prata y Gianfranco Checcin. Para finales de 1971, estalla el conflicto al interior del grupo y es así como algunos resuelven apartarse y otros quedarse, finalmente la composición del nuevo equipo queda conformado por Selvini, Boscolo, Prata y Checcin. Ellos deciden asumir el modelo sistémico, tomando una orientación basada en el Modelo del MRI y evitan contaminaciones eclécticas (Selvini, 1990a).

De esta manera, del periodo que va de 1971 a 1975 queda plasmado, en su libro clave, "Paradoja y Contraparadoja" el fruto de la investigación con quince familias con un miembro con esquizofrenia o anorexia y del cual dan conocer

sus principios teórico-epistemológicos e interventivos de los cuales parten para el tratamiento. En cuanto a su marco teórico-epistemológico establecen tres hipótesis fundamentales (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994): 1) La familia es un *sistema autocorrectivo*, autogobernado por reglas que se constituyen en el tiempo a través de ensayos y errores. 2) Cada *grupo-natural-con-historia* se forma en un cierto lapso, experimenta sobre lo que esta y no esta permitido en la relación, hasta convertirse en una unidad sistémica original que se sostiene por medio de *reglas*. Las reglas son los intercambios que se suceden en el grupo natural y que tienen el carácter de comunicaciones tanto de nivel verbal como no verbal. Y 3) Las familias que presentan *conductas diagnosticadas como patológicas* se rigen por un tipo de relaciones y de normas peculiares de ese tipo de patología y los intercambios comunicativos tendrán características que permiten mantener las reglas y las relaciones patológicas.

La forma en como se organizan los cuatro miembros del equipo es dividiéndose en dos, un grupo de hombre-mujer que converse con la familia y esta secundada por la otra pareja en la cámara de observación, estas parejas no son fijas se intercambian con cada nueva familia en diversas combinaciones. Antes de cada sesión con la familia se hace un primer contacto con la familia vía telefónica, en la que se considera tanto la problemática presente, antecedentes familiares, el tono de voz, características de la demanda. Para la primera sesión se cita a todos lo que conviven y cada sesión se organiza en un ritual de cinco etapas las cuales son (Selvini, Boscolo et-al., 1994): 1) *Presesión*, se reúne el equipo para leer la ficha; 2) *Sesión*, duración variable, generalmente de una hora; 3) *Discusión de la sesión*, los terapeutas y los observadores discuten la sesión y deciden como concluirarla; 4) *Conclusión de la sesión*, consiste en un breve comentario o en una prescripción que se estudian para que sean paradójicos; y 5) *Postsesión*, después de despedirse de la familia, el equipo se reúne nuevamente para discutir las reacciones observadas al cierre de la sesión y formular previsiones.

Este equipo crea una serie de intervenciones y estrategias de las que se pueden destacar tres, la connotación positiva, la prescripción en la primera sesión y los rituales.

La *connotación positiva* es una metacomunicación, esto quiere decir que es la comunicación de las interacciones comunicativas de la familia pero en un sentido positivo. Selvini, Boscolo, et-al. (1994) explican que lo que se connota positivamente es la tendencia homeostática y no a las personas. En la connotación positiva se interconectan varios mensajes: el de la definición de la relación familia-terapeuta como complementaria en cuanto que se declara el propio liderazgo; el segundo es aquel donde el contenido del mensaje connotado positivamente no puede ser desechado, ni descalificado, dado que esta de acuerdo con la tendencia dominante del sistema; y por último, la connotación positiva abre implícitamente el camino a la paradoja, se valida la homeostasis para provocar la capacidad de transformación.

La *prescripción en la primera sesión* es un mensaje en la cual se indica la presencia y mantenimiento de las conductas sintomáticas y tiene dos objetivos: el constituir el marco del contexto terapéutico, ya que lo que se quiere

observar es la reacción de la familia sobre su disponibilidad y motivación con respecto a un eventual tratamiento; y con base en la prescripción se estructura y ordena la sesión siguiente, ya que se obliga a la familia a contar lo que ocurrió con motivo de la prescripción dada.

En cuanto a los *rituales*, consisten en una serie de acciones combinadas generalmente con formulas y expresiones verbales, de las que tienen que participar todos los miembros de la familia. Esto es otra forma de incidir en el cambio de las reglas del juego sin recurrir a las explicaciones o a las críticas. Se propone a nivel de acción y esta más próximo al código analógico.

2. Desarrollo de sus principios básicos: Hipotetización, Circularidad y Neutralidad (1975-1979)

Algunas de las nuevas ideas generadas en esta segunda etapa del equipo se relacionan al desarrollo de tres principios básicos para coordinar las entrevistas. Esto nace del hecho de dar una explicación acerca de cómo es que llegaban a la construcción de las intervenciones contraparaojicas al final de la entrevista, los terapeutas en ese tiempo se preguntaban qué es lo que hacia el equipo durante la entrevista para llegar a la construcción de las estrategias. Por otra parte, el desarrollo de dichos principios lleva a un nuevo cuestionamiento: ¿se puede producir un cambio solamente a través de los lineamientos de la coordinación de la entrevista sin necesidad de dar una intervención final? (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

En este marco de generación de nuevas ideas y reflexiones el equipo de Milán traza tres principios (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980): Hipotetización, Circularidad y Neutralidad, los cuales son expuestos en un artículo del mismo nombre y el cual se propone como objetivos: el individualizar y elaborar principios para conducir la entrevista, coherente con la epistemología sistémica; y desechar ciertos estereotipos conceptuales poco claros que revisten al terapeuta: "intuición", "carisma", "cuidado", etc. que no influyen en la eficacia o fracaso de una terapia.

Con respecto a la *hipotetización* es la información que posee el terapeuta de la familia que está entrevistando, pero esta información es una suposición que esta a prueba para ser verificada o refutada, lo que conduce a nuevas investigaciones, es así que la actividad del terapeuta dentro de la sesión estará guiada por la hipótesis, sobre esa suposición que se tiene de la familia acerca de su juego relacional y la que se obtiene de información como la de los intercambios verbales y no verbales entre los miembros de la familia y con el terapeuta y de las intervenciones y tareas que se les dan a las familias entre y al final de la sesión. Lo anterior, conduce a considerar que la hipótesis para ser sistémica debe de incluir a todos los miembros de la familia y proveer una suposición acerca de la relación de los miembros con el síntoma como un sistema total.

Por otro lado, el equipo de Milán define la *circularidad* como la capacidad que tiene el terapeuta de conducir su investigación sobre las relaciones, su diferencia y cambio en base a la retroalimentación que le da la familia de sus

respuestas a las preguntas que realiza. Es una convicción que ayuda a obtener de la familia información auténtica si se trabaja bajo dos principios: que *la información es una diferencia*; en otras palabras, al invitar a cada miembro a decir como ve la relación entre otros dos miembros, es nueva información y establece una distinción diferente de la relación. Que *la diferencia es una relación* (o un cambio en la relación); esto es, que al comunicar sobre la relación de otros dos en su presencia se rompe con las reglas disfuncionales de la familia y por mucho que lo intenten no pueden evitar no comunicar (op. cit.).

Por último, la *neutralidad* es definida como un efecto pragmático específico, en el que el comportamiento del terapeuta deja en la familia la sensación de que esta con todos pero a la vez no esta con nadie. Esto se logra a través de los dos principios antes mencionados, ya que al tener una hipótesis sobre las relaciones de los miembros de la familia se invita a un miembro a comentar sobre la relación de otros dos, parece que esta aliado con esa persona en ese momento, sin embargo, esa alianza cambia cuando pide a los otros miembros hacer lo mismo.

3. La división del equipo (1979-1983)

De la generación de ideas y cuestionamientos que surgieron desde el nacimiento hasta el desarrollo y consolidación del equipo de Milán se venían trazando dos líneas de interés o de investigación para los miembros del equipo; la primera de ellas es la utilización y el énfasis en las intervenciones no verbales que lleven al cambio, lo que conduce a la creación de la técnica conocida como la prescripción invariable, útil para romper los juegos psicóticos de las familias; y por otro lado, la creación del interrogatorio circular como una herramienta que permita generar el cambio sin necesidad de una intervención final. Lo anterior lleva a asumir posturas diferentes en el equipo, lo que trae como consecuencia su división:

Por un lado se encuentran Selvini y Prata; su trabajo se centra en la investigación del proceso psicótico de la familia. Trabajan con la prescripción invariable, basada en una *hipótesis universal* válida para todas las familias de esquizofrénicos la cual considera que el problema es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial. El objetivo de la intervención es separar de forma gradual los dos sistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifique los límites (Selvini, 1990b). Otra de las premisas teóricas de las cuales parte Selvini y Prata (Selvini, 1990a) es que las reglas que dirigen las conductas de la familia se estructuran y actúan en el nivel analógico, las redundancias de sus conductas indican aprendizajes a nivel analógico que en un nivel verbal resultan difíciles de describir o aclarar; es por esto que la actuación del terapeuta se encamina a la exploración de las reglas relacionales que mantienen el mal funcionamiento de la familia y la prescripción de rituales que permitan generar el cambio a nivel de la acción. Pirrota (1984; en: Sanchez, 1996) considera que el trabajo de Selvini y Prata bien se puede describir con la metáfora del “*debate o juego*”, ya que su propósito es que la familia acepte las prescripciones con el fin de detener el juego rígido y que inventen otro.

En cuanto al equipo Boscolo-Cecchin, que se autonombra como Milán Asociados (Sanchez, 1996), imparten cursos por el mundo para preparar terapeutas familiares. Ellos enfatizan la necesidad de generar *hipótesis específicas* que se adapten a cada familia y cuestionan la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Para Pirrota (1984; en: Sanchez, 1996) la metáfora que describe mejor su trabajo es aquella donde el terapeuta es la intersección entre dos sistemas: el equipo del terapeuta y el de la familia; la mutua influencia de uno para el otro es vista como la portadora de los cambios dentro y fuera del sistema.

Boscolo y Cecchin junto con Karl Tomm (Tomm, 1987) que es profesor en el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de medicina de la Universidad de Calgary, en Canadá y Director del Programa de terapia familiar en la clínica médica de esta universidad, unen sus esfuerzos y desarrollan el interrogatorio circular como una modalidad interventiva que por sí sola puede generar cambios en la visión y reglas de los miembros de la familia; ellos la califican como “entrevista interventiva” refiriéndose a que todo lo que el entrevistador hace y dice, y no hace y no dice, es considerado como una intervención que podría ser terapéutica, no terapéutica o contraterapéutica.

Dentro de la entrevista interventiva se pueden distinguir cuatro tipos de preguntas (Tomm, 1988): 1) Preguntas lineales. La *intención* es predominantemente de *investigación*, se busca las causas del problema, por ejemplo, ¿quién se deprime? ¿Cuál es la causa de tu depresión? 2) Preguntas circulares. La *intención* es predominantemente *exploratoria*, su intención es mantener la curiosidad puesta en cómo se vinculan personas, objetos, ideas, sentimientos, hechos, contextos, etc., por ejemplo, ¿Qué hace ella cuando se preocupa?, ¿Qué hace cuando ve que ella se esta preocupando? 3) Preguntas estratégicas. La *intención* es principalmente *correctiva*, se plantean con el fin de influenciar y provocar un cambio en la familia, por ejemplo, ¿Por qué no le habla a él sobre sus preocupaciones en lugar de hacerlo con sus hijos?, y 3) Preguntas reflexivas. La *intención* predominante es *dar facilidad*, originar en la familia la reflexión sobre las implicaciones de sus percepciones y acciones actuales y movilizar sus propios recursos para resolver problemas, respetan la autonomía de la familia, por ejemplo, si su esposo sigue demostrando su decepción como ahora ¿Qué piensan que pasaría en su relación?

4. La Etapa Post-Milán (1983-a la fecha)

Esta última etapa de evolución tiene que ver más con los desarrollos realizados por Boscolo y Cecchin basados ya no en la metáfora de la cibernética de los sistemas observantes sino en la metáfora narrativa del Construccinismo Social (Cecchin, Lane y Ray, 2002); particularmente, se pueden destacar en este apartado dos conceptos importantes: el de la postura de curiosidad y el de irreverencia.

Cecchin (1987) en su artículo “Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad”, expone la reformulación a los principios básicos que se desarrollaron durante el periodo de 1975 a 1979;

uno de los motivos que condujo a la reflexión sobre estos principios fue el generado por otros terapeutas acerca de que la neutralidad puede implicar una posición de no involucramiento, de no tener posiciones fuertes y de no asumir responsabilidades cuando era necesario. En un intento de evitar su sobresimplificación se describe como la creación de un estado de curiosidad, esto implica tener en cuenta que es imposible permanecer neutral con respecto al lenguaje, ya que todo lo dicho o actuado tiene una intención, además de que estas acciones llevan a organizar y restringir las maneras en como las personas piensan y actúan en un determinado contexto social, es por eso que un estado de curiosidad genera un compromiso con las diferencias evolutivas y considera que las descripciones y explicación del comportamiento son útiles para comprender, cambiar o al menos entender la ausencia de cambio más que tomarlas como verdaderas.

Relacionando esto con el concepto de irreverencia, Cecchin, Lane y Ray (2002) consideran que es una postura mental que le permite al terapeuta actuar liberándose de la ilusión de control, ya que por un lado, el entusiasmo por un modelo o una hipótesis le permite aproximarse a la familia y por otro, se mantiene una dosis de respeto y curiosidad, lo que implica tener la capacidad de autocuestionarse, de hacerse responsable de sus intuiciones y estar dispuesto a abandonarlas cuando dejan de ser útiles. Es así que, un terapeuta irreverente promueve y genera en la familia *incertidumbre* en sus patrones de relación así como en sus relatos, lo que ayuda a la familia a poner en marcha o crear sus propios recursos y construir nuevos significados y creencias que no restrinjan su actuar, sentir y pensar; no cree en las polaridades, ser irreverente lleva a mirar tanto los aspectos absurdos, cómicos y trágicos de la situación, se distancia tanto de la pasividad no intervencionista como del intervencionismo estratégico, introduce ideas sin esperar que la gente las siga, se interesa por el cambio más que por saber que es lo que lo produce.

LAS TERAPIAS POSMODERNAS

Basadas en la corriente del Construccinismo Social se pueden destacar tres diferentes enfoques para hacer una terapia conversacional. La primera de ellas, desarrollada en Australia, es la Terapia Narrativa de Michael White; la segunda desarrollada en Texas, E.U. son las Conversaciones Colaborativas de Harlene Anderson y Harold Goolishian; y por último, desarrollada en Noruega son los Equipos de Reflexión de Tom Andersen.

La Terapia Narrativa de Michael White.

Michael White define su trabajo como una teoría, un enfoque, una epistemología, una filosofía, un compromiso personal, una política, una ética, una práctica, una vida, etc. Terapia íntimamente ligada a los desarrollos recientes en teoría social a los que generalmente se denomina como “no fundacionalista” o “posmodernos” (White, 2002).

White (2002) expresa que ha experimentado una serie de cambios en sus ideas, pero en su mayoría, estos cambios no constituyen rupturas definitivas, pues le parece que algunas de las primeras metáforas cibernéticas ayudan a las familias. De esta manera, reconoce dentro de sus principales influencias para desarrollar la Terapia Narrativa a Gregory Bateson; se interesó en su concepto de “*restricciones de redundancia*”, en relación al papel que estas restricciones van determinando a que acontecimientos o experiencias las personas prestan atención y cómo reaccionan ante ellos. Bateson (1972; en: White y Epston, 1993) argumentaba que a las personas no les es posible conocer la realidad objetiva pues la comprensión que se tiene de un hecho o el significado que se le atribuye, está determinada y restringida por su contexto receptor (interpretación), es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen sus mapas del mundo. Señaló que la interpretación de todo acontecimiento está fijada por la forma en que se adapta dentro de pautas conocidas, a esto le llamo, “*codificación de la parte a partir del todo*”.

Estas ideas introdujeron a White a la idea de las estructuras interpretativas y el significado; al conocer el método interpretativo y utilizarlo en terapia, en vez de proponer que cierta estructura o disfunción de la familia determinan el comportamiento y las interacciones de sus miembros, se sostiene que el significado que los miembros atribuyen a los hechos es lo que determina su comportamiento. Se considera que el problema en vez de ser requerido por las personas o el sistema, son las exigencias del problema para sobrevivir y el efecto que tienen estas exigencias sobre las vidas y sus relaciones lo que define la conversación dentro de la terapia. Por otra parte, la analogía del texto proporciona una segunda descripción de la manera en que las personas organizan sus vidas alrededor de determinados problemas. Se puede decir que esta organización refleja la interacción de *lectores* y *escritores* en torno a ciertos relatos o narraciones (White y Epston, 1993).

Otra fuente de importante inspiración que ha tenido gran influencia sobre White fue Michel Foucault, historiador y filósofo francés, se describió a si mismo como un historiador de los sistemas de pensamiento. A través del pensamiento de Foucault, White (2002) menciona que las maneras de pensar y hablar acerca de uno mismo y los demás y las prácticas de relación con uno mismo y los demás tienen que ver, con la objetivación o cosificación de las personas; en nuestra cultura occidental, se ha logrado por la exclusión de las personas y grupos de personas al atribuirles una identidad deteriorada, lo que se convierte en una gran exclusión, basada en la asignación de una identidad, es decir, una marginación de las personas a través de la identidad.

Además, la terapia narrativa parte de preguntas posestructuralistas como ¿qué somos hoy? lo cual conduce a una indagación en la forma en que las vidas de las personas se constituyen a través de los conocimientos y las prácticas de la cultura, y cómo estos conocimientos y prácticas forman nuestros modos de vida y de pensamiento. La indagación posestructuralista permite: 1) desarrollar cierta comprensión de cómo es que somos producidos como sujetos. 2) Explorar las maneras en que identidad, subjetividad y relación son productos de los conocimientos y las prácticas culturales (White, 2002).

Finalmente, otras fuentes de influencia que reconoce White sobre su trabajo son la Teoría Feminista, la Teoría Literaria, la Antropología, la Teoría Crítica, muchas disciplinas que han contribuido a la exploración de los desarrollos más recientes en Teoría Social.

El proceso terapéutico en la Terapia Narrativa.

White utiliza la analogía del texto en su procedimiento terapéutico. La analogía textual, es un medio que permite que no desaparezca el significado, además de que lo ubica en el tiempo, permite apreciar la evolución de las vidas y las relaciones en términos de lectura y escritura de textos en la medida en que cada nueva lectura de un texto es una nueva interpretación de este, y por lo tanto una nueva forma de escribirlo (White y Epston, 1993).

Al señalar la importancia del significado y la temporalidad en el relato, Bruner (1986; en: White, 1994) propone la idea de que los relatos están compuestos de panoramas duales: un panorama de acción y un panorama de conciencia. El panorama de acción está constituido por experiencias de acontecimientos que están reunidos por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas específicas. Este panorama brinda una perspectiva de la temática de los hechos que se desarrollan en el tiempo. Por otro lado, el panorama de conciencia, tiene que ver con las interpretaciones que se hacen por medio de la reflexión sobre los eventos que están desarrollándose en el panorama de la acción. Las percepciones, nociones, especulaciones y conclusiones dominan este panorama y muchas de ellas se refieren a deseos y preferencias, características y cualidades, estados intencionales y creencias, que al unirse forman compromisos que determinan trayectorias particulares en la vida de las personas (estilos de vida). En el trabajo de re-escritura o re-narración se invita a las personas a practicar un intercambio entre ambos panoramas, de manera que generen panoramas alternativos de la acción y de la conciencia (White, 1994; White, 2002).

Otro aspecto útil de la analogía del texto es que ayuda a proporcionar un marco que permite tener en cuenta el contexto sociopolítico de una comunidad, además de que permite estudiar la acción y los efectos del poder sobre las vidas de las personas. Al contemplar el contexto más amplio, White cree que las narrativas según las cuales vivimos no son neutrales puesto que surgen de una cultura dominante, que sólo permite la existencia de una reserva de discursos culturalmente posibles que se consideran apropiados y relevantes para la expresión o representación de determinados aspectos de la experiencia, y que tienen efectos específicos sobre los individuos e influyen sobre la manera en que conducen sus vidas. Debido a esto, White al desarrollar la noción de relato dominante retoma el análisis crítico de la cuestión de poder de Michel Foucault, en donde su idea central es la relación entre el poder y conocimiento. (White y Epston, 1993)

En cuanto a las implicaciones prácticas para la terapia en relación a la utilidad de la analogía textual y el pensamiento de Michel Foucault, se puede decir lo siguiente: se sostiene que el significado que depende del lenguaje, se construye a través de la estructuración de las experiencias en relatos o narrativas, que al mismo tiempo se vuelven constitutivas de las vidas y las relaciones. Al emplear el lenguaje, no se está en una actividad neutral, sino que se dispone de determinados discursos culturalmente aceptados y apropiados, esos discursos de verdad que pertenecen a los conocimientos unitarios y globales, mediatizan la expresión y comprensión de las experiencias de vida y la constitución de las personas y las relaciones (White y Epston, 1993).

Por lo anterior, dentro de la conversación terapéutica el problema es visto como una narración relacionada con los conocimientos unitarios y representa inapropiadamente las vivencias de una persona, dejando de lado los relatos que no concuerdan con los discursos de verdad; el terapeuta junto con los consultantes empiezan a tomar en cuenta estas narraciones alternativas con el propósito de que observen de manera diferente su vida y sus relaciones.

La conversación terapéutica en la Terapia Narrativa.

En la conversación terapéutica en la que White acompaña a los consultantes, ha desarrollado una técnica psicoterapéutica llamada externalización del problema, la cual propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. White y Epston (1993), explican que la externalización del problema ayuda a las personas a identificar los conocimientos unitarios y los discursos de verdad que las están sometiendo, y al cuestionarse, se describe la influencia del problema en la vida y las relaciones de la persona; estos conocimientos unitarios pueden ponerse en evidencia alentando a las personas a identificar ciertas creencias acerca de ellas mismas, los otros y sus relaciones, que se refuerzan y confirman continuamente debido a la presencia del problema. Por lo general estas creencias están vinculadas a una sensación de fracaso a la hora de lograr ciertas expectativas, cumplir ciertas especificaciones y satisfacer determinadas normas.

Entonces, los individuos, al separar los relatos dominantes de sus vidas por medio de la externalización recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante, o lo que Goffman (1961; en: White y Epston, 1993) llama acontecimientos extraordinarios, que incluyen toda la gama de sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc. que tienen una localización histórica, del presente al futuro, y donde el relato dominante poco hace para incorporarlos.

Cuando se identifican los acontecimientos extraordinarios, puede estimularse a las personas a que desarrollen nuevos significados en relación con ellos y, pasan a formar parte de una historia alternativa, que es el relato extraordinario. Estos pueden identificarse mediante una revisión histórica de la influencia de las personas sobre el

problema (acontecimientos extraordinarios pasado, los cuales pueden facilitar la creación de nuevos significados en el presente); por la valoración de los acontecimientos extraordinarios actuales que se presentan en el transcurso de la sesión y los cuales dan mucha fuerza para la generación de nuevos significados, las personas se fijan en ellos gracias a la curiosidad del terapeuta; y también por la imaginación y construcción de los acontecimientos extraordinarios futuros, que se identifican revisando los planes que tiene la persona para escapar de la influencia del problema. Es así como se puede ubicar y vincular a través del tiempo los acontecimientos de desafío, con el fin de presentar un relato histórico de resistencia (White y Epston, 1993).

En las conversaciones que llevan a la externalización del problema, las preguntas permiten llegar a la desconstrucción de las historias dominantes de las personas, lo que advierte que la primera parte del trabajo terapéutico este dedicado a tener conocimiento acerca de que es por lo que están atravesando en su vida las personas que asisten a terapia, es explorar con las personas sus experiencias de cómo ha afectado sus vidas y sus relaciones el problema (conversación externalizadora). Lo que implica inhabilitar las conversaciones internalizadoras que sugieren la idea de que los problemas son inherentes a determinadas relaciones o intrínsecos a las vidas de las personas, reforzando los conocimientos unitarios y perpetuando lo que las personas percibe como problemático (White, 2002).

Al haber establecido la trama dominante, es importante que las preguntas giren en torno a establecer o sugerir conexiones de los acontecimientos extraordinarios. Este movimiento no se da en una secuencia lineal del tiempo, sino que puede ir desde la historia reciente o lejana hacia el futuro próximo y viceversa, o se puede ir del panorama de acción (sucesos a través del tiempo) al panorama de la conciencia (explicaciones, significados, creencias de los sucesos) o al revés.

Por lo anterior, se hace necesario contemplar dentro de la terapia narrativa las preguntas de influencia relativa. Estas preguntas inducen en los miembros de la familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema: 1) una descripción de la influencia que el problema tiene en la vida y en la relaciones de los miembros de la familia, que puede abarcar el ámbito conductual, emocional, físico, interaccional y actitudinal y, 2) una descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema mismo, generan información que contradice la descripción saturada por el problema, aquí las personas encuentran nuevas posibilidades de acción afirmativa y nuevas oportunidades para actuar con flexibilidad. Estas preguntas, provocan que los miembros de la familia participen en la elaboración de una descripción del problema mismo, a lo que se llama *descripción externalizada* (White y Epston, 1993; White, 1994).

Las Conversaciones Colaborativas de Harlene Anderson y Harold Goolishian.

Las ideas de las Conversaciones Colaborativas representan un interés por los enfoques Interpretativo, Hermenéutico, del Construccinismo Social y la Narrativa (Anderson y Goolishian, 1996), por lo que el lenguaje ocupa un lugar central; y se considera a los sistemas humanos como sistemas lingüísticos de coproducción (Anderson, 1999). Es decir, los sistemas humanos son sistemas relacionales basados en la interacción lingüística que se agrupan a propósito de temas especialmente importantes.

Se aleja de la metáfora cibernética por encontrarla limitante y mecánica para tratar con las experiencia de los individuos; al tomar una postura hermenéutica e interpretativa se apoyan en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.

Partiendo desde esta perspectiva de los sistemas humanos como sistemas lingüístico, las Conversaciones Colaborativas no son una terapia, sino una manera particular de conversar con la gente, puede ser vista como una clase especial de discurso social; los terapeutas son consultores y los pacientes son consultantes, es así como el consultor tiene pericia en la conversación terapéutica, mientras que el consultante tiene pericia sobre sí mismo y su vida, ambos son compañeros de una conversación donde se combinan ambas pericias que dan como resultado la generación de nuevos conocimientos, comprensiones, sentidos y posibilidades para todos.

Además, la conversación no va dirigida a una unidad social particular como es la familia, ya que se hace un concepto restrictivo; desde aquí se considera que la familia no existe, sino que es una realidad basada en la comunicación, no es una entidad, que piensa o respira sino los que lo hacen son los individuos que la componen. Esto quiere decir que cada miembro que la integra la vive, describe y explica de una manera distinta, tiene una visión particular sobre su posición en ella y de sus motivos para ser parte de ella, por lo que la familia adopta muchas formas idiosincrásicas (Anderson, 1999).

De tal manera, Anderson (1999) considera que con lo que se trabaja en la conversación, sea ésta con un individuo o un grupo de individuos que se llamen familia, es con las descripciones y explicaciones múltiples y cambiantes que se construyen socialmente. Un proceso dialógico donde consultor y consultante cambian y la creación de significado es un proceso permanente.

Relacionado con esto, Anderson y Goolishian (1996) afirman que la gente vive en y a través de las identidades narrativas siempre cambiantes que se desarrollan en la conversación y precisamente de ellas derivan su sentido de mediación social (competencia), por lo que la terapia brindará la oportunidad de desarrollar nuevas y diferentes narraciones que permitan una gama amplia de mediación alternativa.

El Proceso Terapéutico en las Conversaciones Colaborativas.

Dentro de las Conversaciones Colaborativas un sistema terapéutico será aquél sistema lingüístico relacional en el que dos o más personas generan significación; los consultantes que asisten a estas conversaciones son parte de este sistema que se consolida en torno a un problema, un sistema determinado por el problema, que se va convirtiendo en un sistema organizador de problemas y un sistema disolvente de problemas.

De la afirmación anterior es importante hacer las siguientes consideraciones: la primera de ellas es con respecto a lo que se entiende por problema, el cual se considera un dilema o situación vital, es una entidad, una persona o una cosa, definida en el lenguaje, que es motivo de perturbación, preocupación, queja o alarma para alguien; algo que las personas desean cambiar y que sólo adquiere sentido y significado en el contexto de intercambio social donde ocurre (Anderson, 1999).

Con respecto a que el sistema esta determinado por el problema, esto quiere decir que el comunicarse sobre un problema, configura un sistema social, en relación al sistema terapéutico los miembros se aglutinan en torno a un problema y esta es su conexión, el consultor ocupará un lugar junto con los otros miembros y se convertirá en un miembro de dicho sistema, pasará a formar parte de un círculo de significado o círculo hermenéutico que inicia con los preconceptos del consultor y donde junto con sus consultantes avanzan y retroceden, pasan de la parte al todo y de nuevo a la parte, manteniéndose dentro de este círculo de significado (Anderson y Goolishian, 1996). Dicho de otra manera, la conversación que se sostendrá en cada sesión definirá a los que participarán en la próxima, por lo que la composición del sistema-problema esta en constante cambio, las narrativas evolucionan y el sistema terapéutico va desarrollando su propio lenguaje y sentido en función de su organización específica.

Por otro lado, más que pensar en resolver o solucionar problemas, las Conversaciones Colaborativas propone que los problemas se disuelven al conversar sobre ellos, ya que se trata de crear un espacio y facilitar un proceso donde estos dilemas no trabajables puedan ser transformados en trabajables, con posibilidades. Al no hablar sobre problemas y soluciones es no apegarse a una connotación de que algo esta mal y hay que arreglarlo; el consultor colaborativo no cree que arregle o resuelva problemas, sino que en la exploración de estos dilemas vitales en la conversación se disuelven, por lo que el acento recae no en el contenido de lo que se trata sino en el proceso por el cual consultor y consultante hablan acerca de algo, lo que finalmente lleva también a la disolución del sistema terapéutico. Por lo tanto, el interés y la intención del consultor es establecer una oportunidad para el diálogo, y a través de él y junto con su consultante, crear las oportunidades de autodeterminación, libertad y posibilidades únicas para su situación (Anderson, 1999).

Como se puede observar, el terapeuta o consultor es alguien que facilita e indaga, lo que promueve un proceso que mantiene a todas las voces en movimiento y mantiene una posición de multiparcialidad en el que recibe, invita, respeta, escucha y se envuelve en la historia de cada uno de los consultantes.

Basada en esta posición narrativa, hermenéutica y narrativa el proceso terapéutico tiene las siguientes singularidades: (Anderson y Goolishian, 1996)

1. El sistema terapéutico es un sistema lingüístico.
2. Un sistema terapéutico es un sistema dentro del cual la comunicación tiene una relevancia específica para su intercambio dialogal.
3. El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y de disolución del problema.
4. La conversación terapéutica es una búsqueda y una exploración mutuas, a través del diálogo, un intercambio de doble vía, un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan continuamente hacia la disolución del problema.
5. El terapeuta es un participante-observador y un participante-facilitador de la conversación terapéutica.
6. El terapeuta ejerce una pericia en la formulación de preguntas desde una posición de "ignorancia" en vez de formular preguntas informadas por un método y que exijan respuestas específicas.
7. Los problemas existen en el lenguaje y los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
8. El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación.

La Conversación Terapéutica Colaborativa.

Anderson y Goolishian (1996) llaman conversación terapéutica al proceso de la terapia que se basa en una concepción dialogal, una empresa en la que esta en juego una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los "problemas".

Para establecer un diálogo colaborativo, es importante crear un espacio que invite a hablar a todas las voces, lo que requiere que el consultor muestre respeto e interés por lo que la otra persona quiere decir, además de ser abierto y evitar los secretos, por lo que será importante comunicarle a las personas lo que se sabe sobre ellas (agenda personal); no esconde o se reserva información sino que la comparte y la expone a sus consultantes de manera tentativa, como algo para conversar si así lo desean, no como preguntas para contestar. Lo anterior implica que el consultor se exponga más como persona compartiendo sus diálogos y monólogos internos, sus pensamientos,

prejuicios, especulaciones, interrogantes, opiniones, temores y a aceptar realimentación, evaluación y crítica (Anderson, 1999).

Además, una parte de aprender a conversar, surge de la adaptación al ritmo del consultante, esto es, el que guía es él, las preguntas del consultor no persiguen una agenda o un supuesto oculto, no se hacen para confirmar un hecho o verificar una hipótesis, sino nacen de una curiosidad por entender la historia de la persona, entender sus significados, de que esta hablando y que es lo que quieren que se escuche.

Es así como la preguntas terapéuticas o conversacionales se convierten en la herramienta más importante, pues surgen de una necesidad de saber más acerca de lo que se dice, lo que hace que el consultor siempre esté informado por el consultante, originando que aprenda un nuevo lenguaje. Es importante decir que, durante este proceso conversacional no se aplica un método de interrogación, sino que se está adaptando continuamente a la comprensión del otro. Así, la tarea fundamental del terapeuta se convierte en dar con aquella pregunta para la cual la narración y el relato inmediato de la experiencia son la respuesta, las preguntas no se prevén o preconiben, sino que lo que se acaba de contar es la respuesta para la que el terapeuta debe encontrar la pregunta (Anderson y Goolishian, 1996).

Por otro lado, las Conversaciones Colaborativas no son lineales, tocan uno y otro tema, se entrecruzan, se expanden ó se desdibujan, desaparecen y vuelven a reaparecer. Las conversaciones ocurren momento a momento y no pueden determinarse por anticipado, por lo que todo puede ser tema o no de conversación, no se privilegia temas, cosas o personas sobre los demás; el consultor colaborativo se preocupa por escuchar a todos y cada uno de los consultantes, lo que produce que el consultor entienda y aprenda la historia de cada uno y también que los demás consultantes escuchen en una forma que no habían observado antes.

Lo anterior, lleva a considerar que el consultor debe aprender a desechar sus opiniones “expertas” sobre como debería ser la gente y las intervenciones (tanto en el transcurso de la sesión como en su conclusión) basadas en su perica. Deshacerse de estas opiniones significa “colgarlas a la vista” de los consultantes, es decir, hacerlas conscientes de su existencia, observarlas, reflexionar acerca de ellas, ponerlas en duda, cuestionarlas y cambiarlas. Es así, como en este tipo de terapia no se tiene nada planeado ni predeterminado de antemano, hay un estado constante de incertidumbre, un sentimiento de libertad de no saber o no tener que saber; el sistema terapéutico no tiene una composición determinada, no se reúnen en momentos determinados, solo la conversación presente es lo que guía que se hará *a posteriori* (Anderson, 1999).

Con respecto a esta postura de no saber o la cual llaman de “ignorancia”, las acciones del consultor comunican una abundante y genuina curiosidad, expresan una necesidad de saber más acerca de lo que se ha dicho y se confía en la explicación que da el consultante. Esto no significa que el consultor no tenga prejuicios debido a su experiencia,

sino que esto no le impida el acceso al significado de las descripciones que el consultante hace de su propia experiencia, y esto es no actuar como si supiera lo que va escuchar, es una pericia que se centra al proceso de la Conversación Colaborativa y no al del contenido (diagnóstico) y cambio (tratamiento) de la estructura patológica (Anderson y Goolishian, 1996).

Los Equipos de Reflexión de Tom Andersen.

Andersen (1994) comenta que el surgimiento de los Equipos de Reflexión se da a través de la necesidad de buscar nuevas formas de ayudar a las personas y los profesionales que trabajaban en las instituciones noruegas; es así como a partir de 1974, de manera informal, Andersen junto con un grupo de colegas se reunían buscando nuevos modelos de pensamiento y trabajo, lo que los llevó a la lectura de libros como los de Jay Haley, Salvador Minuchín, el grupo del MRI, Lynn Hoffman, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Phillipa Seligman y Brian Cade de Cardiff.

Derivado de la práctica clínica con el enfoque sistémico que en ese tiempo Andersen y sus colegas llevaban a cabo obtuvieron como aprendizajes: un pensamiento que incluyera a todos los que participan en el problema; la premisa de que las ideas nuevas que emergen fuera de este sistema tienen dificultades en su evolución, por lo que las ideas que mejor crecen son las que el propio sistema genera; otro de los aspectos importantes fue el prestar más atención a las preguntas que se formulaban lo que permite tener cautela y delicadeza para intervenir. Por otro lado, también encontraron dificultades en aplicar las directrices o premisas que las escuelas de terapia familiar sistémica ofrecían, una de esas era en cuanto al momento en que terapeuta y equipo terapéutico se reunían para el mensaje final, en donde no se alcanzaban consensos con respecto a que camino seguir, que el terapeuta daba una versión distinta del mensaje o la incomodidad que sentían al ocultarse detrás de un espejo y las conversaciones que tenían y que no eran escuchadas por la familia.

Lo anterior, finalmente los condujo a exponerse frente a ésta y a comunicarles los pensamientos que tenía; resultado de este primer experimento descubrieron que la sensación que sentían con respecto a la relación con la familia era de mayor libertad y co-responsabilidad, tanto en el actuar como en el pensar; una de las primeras discusiones que tuvieron fue con respecto a la hipótesis y el efecto que tenía sobre ellos mismos, pues se debatía entre si esta los acercaba más a la familia o los alejaba, por lo que decidieron partir de la idea de que el mismo sistema iba a definir lo que era importante y la manera en cómo lo iban a conseguir era dejando los preconceptos que pudieran estar a la mano.

Es así como Andersen (1994), partiendo de los aprendizajes previos y las nuevas ideas que se generaban de su práctica clínica, decidió llamar a esta novedosa forma de trabajo Equipos Reflexivos, entendiendo reflexión como un proceso en el que algo es oído, aprehendido y pensado antes de dar una respuesta.

Además, Andersen (1994) afirma que muchos de sus pensamientos y prácticas han estado fuertemente influidos por la intuición, ya que éste le permite construir nuevas rutas de la manera en que intuitivamente siente y no como lo marca el pensamiento directo, por lo que le ayudó, por un lado, a trabajar con mayor libertad sintiendo que era lo que mejor le pudiera ser útil a la familia, y por otro, que al hacer la lectura de un autor no estuvieran obligados a entenderlo, de llevar a cabo lo que decía, que pudieran discrepar con él ó incluso tomando las partes que le inspiraban o comprendía mejor.

Por lo tanto, la elección de los autores que retoman para apoyar su trabajo parte de la comprensión de sus perspectivas y de la utilidad de sus conceptos para explicar lo que ellos hacían. Por ejemplo, de Bateson retomaron la idea de “la diferencia que hace una diferencia”, es decir, que los seres humanos al relacionarse con su entorno lo hacen a través de la diferencias que ven, oyen, huelen, tocan o gustan, la importancia de este concepto radica en que los seres humanos al describir un cuadro del entorno o ambiente (cambiante) lo hace a través de las diferencias que percibe, pero que a su vez no captan la totalidad, por lo que quedan a la mano otros tantos cuadros (en movimiento) por hacer y lo que le permite a la persona ir agregando nuevos matices a ese cuadro en constante movimiento. En síntesis, la diferencia que establece una diferencia, es establecer que algo es distinto con respecto al entorno, pero también esa diferencia es un cambio pues se establece a lo largo del tiempo.

Otra de sus influencias teóricas es la fisioterapeuta Aadel Bülow-Hansen y su método fisioterapéutico para personas que sufren de tensión muscular; este lo retoma como una analogía para comparar lo que sucede con la tensión muscular en el cuerpo y el estancamiento o apertura de una conversación terapéutica. Andersen (1994) explica que así como en el cuerpo se necesita un cierto grado de dolor que estimule la extensión del músculo y un ritmo respiratorio (de inspiración-exhalación) que permita decrecer la tensión, las personas en la conversación necesitan establecer una diferencia apropiadamente inusual para abrir el diálogo, es decir, si lo que escuchan es muy usual o es demasiado inusual, las personas se cierran a la conversación y no se establecen nuevas diferencias.

Relacionado con las ideas anteriores, también retoma los pensamientos de los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela; los cuales exponen que, desde un punto de vista biológico las personas están fuertemente determinadas por una estructura, que al mismo tiempo cambia continuamente, en otras palabras, una persona sólo puede ser la persona que es, pues responde ante una situación determinada de una de las maneras que tiene en su repertorio, mismo que puede cambiar cuando algunas de estas respuestas carecen de viabilidad y emergen otras nuevas. Con respecto a la terapia éste lleva a considerar que, en ese contexto, una persona que es perturbada (entendiéndose como aquello que origina un movimiento, un cambio) y no puede reaccionar por la falta de una conducta adecuada en su repertorio, puede actuar de dos maneras, una es aislándose de la perturbación, protegiéndose y conservando la organización que representa ó haciendo que ingrese dicha perturbación pero desintegrando la organización; o lo que anteriormente se había mencionado como demasiado inusual, por lo que

para continuar con la conversación será necesario respetar la integridad de dicha organización y para ello es indispensable ser sensibles a los signos verbales y no verbales de las personas con las que se participa.

De lo expuesto con anterioridad, se puede decir que las implicaciones de estas ideas para el trabajo clínico es que con lo que se trabaja son con las descripciones y explicaciones que las personas hacen de sí mismos, los otros y su contexto (diferencia de la diferencia) en el sistema de observación en el cual están participando y en el que están influyendo continuamente. Al participar y al hacer estas distinciones, las personas tiene a la mano sólo un repertorio de descripciones y explicaciones, dejando fuera otras tantas, su selección estará conectada estrechamente con su constitución biológica, por lo que la posibilidad de una sola versión de la realidad, de los problemas, las soluciones, los dilemas humanos se hace imposible, ya que las descripciones dependerán de cada observador y variaran en algún grado, por lo tanto, no se privilegiara una manera de pensar sobre las otras, todas las descripciones y explicaciones serán igualmente validas.

El proceso terapéutico en los Equipos de Reflexión.

Retomado de las ideas de Anderson y Goolishian (1996, 1999), Andersen (1994) considera que el sistema conversacional es un sistema de significado que se conecta alrededor de la idea de hacer algo en cierta situación, cuando este propósito se cumple el sistema se disuelve y la terapia se da por concluida. Para ello, es importante hablar de lo apropiadamente inusual y para conseguirlo, será necesario hablar sobre lo no dicho, hacer las preguntas que aun no se han formulado.

Este sistema conversacional se coordina en base a dos procesos paralelos e interrelacionados, el primero de ellos es a través de las preguntas, el segundo es a través de un sentido de co-presencia.

En cuanto a las preguntas, las más seguras se vinculan fuertemente con lo que se acaba de decir, algo sobre lo cual se considera que la persona siga hablando, y esta elección se basa en la intuición, entendida como el proceso de estar abierto y ser sensible a los contactos con la "vida exterior" y al mismo tiempo abierto y sensible a las respuestas de la "vida interior", lo que también favorece un desplazamiento del lenguaje profesional hacia el lenguaje cotidiano, uno que todos hablan y que tiene que ver con lo que sucede en la vida diaria (Andersen, 1996).

Además, en este proceso conversacional, no sólo el hablar y preguntar es parte importante, sino el escuchar para desarrollar un sentido de co-presencia, es decir, escuchar las respuestas de los interlocutores, permanecer en silencio y estar dispuestos a conversar si es necesario; en este proceso no se va a la búsqueda de la trama de una historia sino que se deja que en la misma conversación lleguen las historias y las tramas.

Por lo tanto, desde los equipos de reflexión se considera que existen como mínimo tres conversaciones paralelas en el diálogo entre terapeuta y cliente, a los cuales se nombran diálogos elípticos. Estos diálogos elípticos se establecen a través de un proceso de relación interna entre el sentir-conocer-actuar en cada persona, a su vez este proceso se enlaza con un diálogo externo que se establece en la conversación con los otros. Estas conversaciones consigo mismo y con los otros sirven a varios propósitos en la “conversación curativa”: una de ellas es que las conversaciones internas ayudan a las personas a pensar-sentir-actuar sobre las ideas que se intercambiaron, además de ayudar a pensar-sentir-actuar sobre la participación que se está teniendo en la conversación externa; en tanto, la conversación externa ayuda a conseguir nuevas y mejores perspectivas (descripciones y explicaciones) sin que la integridad de la persona se desintegre, en este sentido, es que se considera que los intercambios que se dan en el diálogo es la mejor base para que la persona pueda manejar situaciones estancadas de manera diferente o que sepa como reaccionar ante situaciones nuevas (Andersen, 1994).

La conversación terapéutica en los Equipos de Reflexión.

Andersen (1996) afirma que una conversación terapéutica es una búsqueda de nuevas descripciones, nuevas comprensiones, nuevos significados, nuevos matices de las palabras; y en última instancia, de nuevas definiciones de uno mismo.

En las conversaciones terapéuticas desde los Equipos de Reflexión se consideran varios elementos que están presentes en todo momento del diálogo, uno de ellos son las pausas en la conversación, ya que las pausas antes de entablar un nuevo intercambio son útiles para preguntarse ¿Qué quiso pensar-sentir-actuar la persona en este momento? y además, para que no se estancuen o permitan nuevas aperturas en las conversaciones. Lo que genera un proceso continuo de estar pensando sobre la conversación, por lo que se vuelve importante que ante éstas pausas y establecimiento de nuevos diálogos externos se siga el ritmo de las personas pero al mismo tiempo sin descuidar el propio.

Además, para que sigan abriéndose nuevos caminos en la conversación desde los Equipos de Reflexión, y como ya se había mencionado, es importante utilizar solamente preguntas, ya que las interpretaciones y los consejos pueden transformarse en perturbaciones ajenas a la persona y que lleven a su desintegración como organización; sin embargo, se pueden hacer excepciones, en los momentos en que con las personas que se dialoga sea demasiado inusual que no se les de consejos o se les ofrezcan interpretaciones. Otra manera de seguir abriendo la conversación, es continuar hablando de lo que está directamente relacionado con lo que se acaba de decir, esto es, de lo que los clientes invitan a hablar con más detenimiento, desde las palabras que usan, el tono y los movimientos corporales que siguen a las palabras, es respetar a la persona como organización ya que como sistema que se autorganiza sabe que ideas le gustaría discutir y las guías hacia las ideas más importantes.

Tomando en cuenta lo anterior, para contribuir a estas aperturas, y que los Equipos Reflexivos cumplan el propósito de ofrecer la posibilidad de que los clientes se hagan nuevas preguntas, que los lleven a establecer distinciones nuevas, se organizan en un sistema dividido en tres, uno es el sistema estancado compuesto ya sea por una persona o una familia, más el sistema de ayuda, conformado por el equipo de terapeutas donde uno de ellos entrevista a la familia, todos ellos forman el sistema de entrevista, el equipo reflexivo se encuentra detrás del espejo unidireccional y puede componerse como mínimo por tres personas.

El sistema de entrevistas, se considera un sistema autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla; el equipo reflexivo, que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista dice. Lo que hacen los miembros del equipo reflexivo es escuchar la conversación y sólo hablan consigo mismo haciéndose preguntas. Después de un rato en que el sistema de entrevista conversa, le solicita al equipo reflexivo que expongan sus preguntas, ellos hablan entre si, sobre los temas presentados mientras que los del sistema de entrevista escuchan, después de que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevistas hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones y el entrevistador hace preguntas al respecto evitando las opiniones y/o consejos (Andersen, 1994).

Andersen (1996) elabora algunas normas de acción a la hora de participar en un equipo de reflexión y estas son:

1. Las reflexiones del equipo debe basarse en algo expresado durante la conversación, no en algo tomado de otro contexto.
2. A las personas que escuchan se les invita a “entrar” como quieran; es decir, cuando el equipo converse entre sí, a los clientes se les invita a escuchar, si quieren hacerlo o pensar en otra cosa, o descansar o hacer lo que ellos prefieran. Se le da la posibilidad al oyente de apartarse de la conversación si así lo desea.
3. El equipo, al hablar “públicamente”, deben de tratar de no transmitir connotaciones “negativas”.
4. Cuando el equipo reflexiona deben de mirarse entre sí y no mirar a los que escuchan, esto permite que los oyentes se sientan en libertad de no escuchar.

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Este apartado se divide en cuatro subtemas, las cuales representan las habilidades desarrolladas durante los dos años de formación en la Maestría, en cada una de ellas se presenta el análisis y/o discusión de los aprendizajes obtenidos en: las habilidades clínicas, de investigación, de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria, así como de las habilidades de compromiso y ética profesional.

3.1. HABILIDADES CLINICO-TERAPÉUTICAS

Las habilidades clínico-terapéuticas desarrolladas durante los dos años de formación en la Maestría, se presentan dividiéndolas en tres subtemas. Primero, es la descripción de las familias atendidas; en segundo está la presentación del tema: “El Dilema Autonomía-Mutualidad en la Construcción del Vínculo en la Pareja a través del Ciclo Vital”; y por último, se encuentra el análisis teórico-metodológico, donde se relacionan los aspectos teóricos abordados en el tema y los aspectos clínicos observados en cuatro de los seis casos atendidos.

3.1.1. Descripción de las familias atendidas

El cuadro que enseguida se expone, muestra los datos generales de los 6 casos atendidos durante los dos años del proceso de formación en la Maestría. Después se incluye la descripción de las cuatro parejas que fueron seleccionadas enfocándose en 10 puntos:

1. Número de sesiones.
2. Genograma.
3. Motivo de consulta.
4. Antecedentes del problema.
5. Ciclo vital.
6. Construcción de hipótesis.
7. Objetivos.
8. Modelos utilizados.
9. Proceso terapéutico e intervenciones utilizadas.
10. Valoración del trabajo terapéutico.

Es importante mencionar que, los puntos seis y siete se presentan de acuerdo a cómo es que se fueron construyendo, definiendo y redefiniendo las hipótesis y los objetivos a lo largo de las sesiones que se tuvieron con los casos.

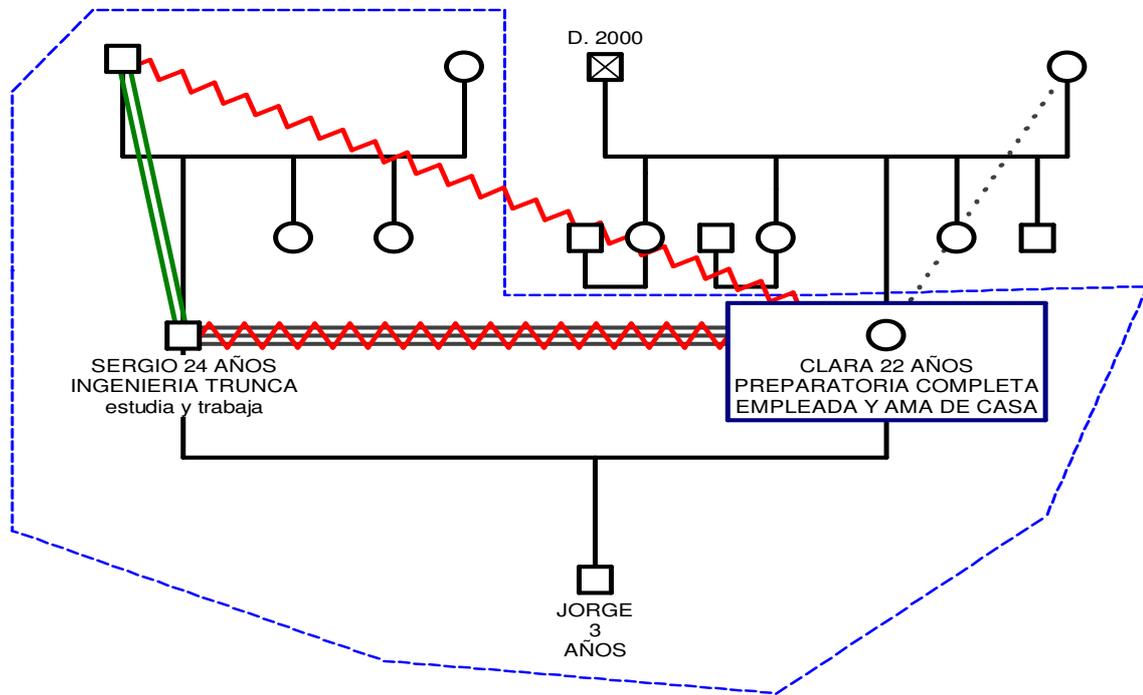
CASO	MOTIVO DE CONSULTA*	SITUACION DEL PROCESO TERAPEUTICO	SEDE Y SUPERVISORAS	No. DE SESIONES	OBSERVACIONES
1	Clara asistió con su esposo Sergio debido a que tenían desacuerdos y conflictos como pareja	ALTA	Sede: FESI Supervisoras: Mtra. Ofelia Desatnik Miechimsky y Dra. María Suárez Castillo	3	Manifestaron que ellos podían salir adelante solos si cada uno ponía de su parte. Se hizo una llamada de seguimiento seis meses después y ellos manifestaban que aun tenían problemas pero ya no eran tan graves.
2	Gloria asistió debido a que decía que se sentía enojada con todo en su vida	ALTA	Sede: CCH AZCAPOTZALCO Supervisora: Mtra. Juana Bengoa González	9	Expresó que se sentía más tranquila y que su relación con los demás, en especial con su pareja, había mejorado.
3	Silvia asistió con sus hijos por mal comportamiento y bajo rendimiento escolar	ALTA	Sede: ISSSTE TLALNEPANTLA Supervisora: Mtra. Ma. del Rosario Espinosa Salcido	12	Los niños mostraron una mejoría en su comportamiento y en la escuela, aunque los conflictos de pareja continuaban.
4	Ana junto con su esposo Agustín, asistieron debido a que ella quería ser mejor madre y abuela pero se deprimía.	ALTA	Sede: ISSSTE TLANEPANTLA Supervisora: Mtra. Carmen Susana González Montoya.	8	Se sintieron con la seguridad de poder enfrentar las situaciones difíciles que se les presentarán como era la enfermedad crónico-degenerativa de Ana.
5	Alfonso de 17 años acudió con su madre, Delia, pues el ingería drogas desde hacía un año, lo sorprendieron en la escuela	ALTA	Sede: CCH AZCAPOTZALCO Supervisora: Mtra. Juana Bengoa González	7	Mencionó la Sra. Delia que su hijo había tenido muchos cambios en cuanto a su actitud y comportamiento, actualmente estaba trabajando de tiempo completo. Se hizo una llamada de seguimiento un año después y comentaron que no había una recaída.
6	Clara asistió pues dijo encontrarse en un momento de crisis en su vida	BAJA	Sede: FESI Supervisora: Dra. Xochitl Galicia Moyeda	8	Dejo de asistir después de dos faltas consecutivas

*LOS NOMBRES DE LAS PERSONAS ATENDIDAS FUERON CAMBIADOS PARA GUARDAR LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS MISMOS.

CASO 1

Número de sesiones: 3

Genograma:



Motivo de Consulta:

Clara deseaba asistir a terapia debido a que tenía conflictos con su esposo, comentó que sus caracteres eran incompatibles, que no se podían poner de acuerdo y que sentía que debido a su carácter cambiante, pues en ocasiones estaban bien pero después volvían a discutir, es que ellos tenían muchos problemas.

Antecedentes del problema:

Clara comentó que desde hace tres años que se casó con su esposo le había sido difícil su matrimonio, pues expresó que una de las razones que los llevó a casarse fue el nacimiento de su hijo, el cual mencionó fue “no deseado”.

Ella afirmó que hubo situaciones en su relación con Sergio que les causaron muchos problemas y que le han afectado a ella, consideraba que esa era la raíz de los conflictos que tenían en la actualidad. Sergio y Clara expresaron que está situación fue antes del nacimiento de Jorge; ellos comentaron que tenían poco tiempo de haberse conocido antes de vivir juntos. Se conocieron en el lugar donde trabajaban, ahí se dieron una serie de situaciones, las cuales describe Clara como de mucha confusión. Clara dijo que una de las razones que los mantenía

unidos era que una persona que los conocía a los dos fue la que los empezó a juntar, mientras que Sergio afirmó que ella le dijo que quería estar con él; otro de los motivos que expresaron fue el nacimiento de su hijo.

Sergio expresó que estaba estudiando una licenciatura, pero dejó de estudiar al momento del nacimiento de su hijo y tuvo que empezar a trabajar; en el caso de Clara dijo que estaba trabajando y dejó la escuela a la muerte de su padre pues tuvo que ayudar en la economía de su familia; en ese momento también manifestó que quería estudiar, pues veía que Sergio se preparaba y ella se retrasaba; lo describió como que él se veía como un “pavo real” y ella “chiquita”. Sergio, al referirse a estas situaciones de falta de planeación y de los conflictos que se generaban dijo: “todo fue de improviso”, “fue un embarazo no deseado”. Él comentó que desde el nacimiento de su hijo hasta el momento actual, lo habían podido afrontar por la ayuda que les brindaron sus padres con los que, él expresó: “no hubiéramos hecho nada”, pero a la vez sabían que su deuda económica con ellos seguía creciendo y eso les provocaba conflictos a Clara y él.

Sergio dijo que tenían una casa a la cual todavía no se iban a vivir, pues le faltaban algunos detalles de construcción, él creía que ese era el motivo por el cual estaban en terapia porque estaban con sus padres y su espacio era un cuarto dentro de la misma casa. Sergio comentó que no le afectaba vivir con sus padres, pero consideraba que a Clara sí le afectaba porque ella tenía un tipo de vida muy diferente. Clara expresó que le gustaba tener sus cosas y en la casa de los papás de Sergio no podía y eso le causaba problemas; consideraba que Sergio tenía todo el apoyo de su familia y ella no, pues no la podían apoyar económicamente aunque sí moralmente.

Ciclo vital:

En el caso de Clara y Sergio, en cuanto a su ciclo vital individual, se pueden ubicar como en la conformación de su identidad y entrando a la etapa de intimidad, lo cual indica que estaban en el dilema de ir construyendo proyectos personales de vida y en la búsqueda del establecimiento de una relación; al nacer su hijo se traslapan las etapas de su ciclo de vida individual y las de pareja, pues pasan en un tiempo breve de la etapa de noviazgo a la formación de la pareja y además a la etapa de crianza de los hijos. En estas dos etapas de formación de la pareja y el nacimiento de los hijos, los temas que se vuelven centrales son: la crianza de los hijos, los proyectos de vida individuales y de pareja, las relaciones y los límites con la familia de origen, el establecimiento de un compromiso mutuo con acuerdos en las expectativas individuales y de pareja y los dilemas del cambio en la definición o redefinición en el proceso de construcción del vínculo como pareja.

Construcción de Hipótesis:

Las hipótesis de trabajo fueron cambiando e interconectándose a medida que las sesiones avanzaban; la primera de ellas se construyó a partir de la llamada telefónica y la primera sesión:

“Quizás Clara se encuentre en un dilema, por una parte se siente poco atendida por su esposo y poco valorada por su suegros y por otro siente que debe estar agradecida con ellos por sus consejos y debe ser comprensiva con su esposo por su mal carácter; lo que la lleva a mostrarse como irritable; posiblemente al vivir en casa de sus suegros ella no tenga un lugar y espacio personal y de pareja. Al asumirse como ‘la culpable’ lo justifica con su historia pasada, la que dice, ha afectado a su relación. O posiblemente esta historia pasada lleve sentimientos de culpa que la hagan sentirse no merecedora de atención, respeto y cuidado”.

Esta primera hipótesis planteada se fue contextualizando al tomar en cuenta la perspectiva de género en interconexión con los ciclos vitales:

“Debido a que su relación de pareja se construyó en base a ir sorteando las dificultades que implicaba el traslape de diferentes etapas como jóvenes, pareja y ser padres, consolidando proyectos personales y de pareja, además de las mentiras y la confusión que influyeron en su relación, Clara y Sergio han ido construyendo una relación donde ella se siente culpable por no decir y hacer lo correcto en su momento, posiblemente no se siente con el derecho de pedir o de decir lo que siente y necesita, debido a que ella se ve como la total responsable de mentirle a Sergio y quedar embarazada. Por su parte, él se siente enojado y frustrado por abandonar su vida de soltero y se ve como un juez que califica a Clara por las verdades a medias, la desconfianza y la definición de sí misma. Además, mientras Clara se sienta culpable y Sergio se vea como juez de la conducta de Clara de lo que estuvo bien o mal hecho, lo coloca en una posición donde lo que piensa es mejor para los dos, Clara tal vez lo vea como un derecho que tiene pero, por otro lado, se muestra celosa, irritable y demandante con él por la poca atención a lo que ella piensa, siente o necesita, sin embargo no puede pedirle más pues piensa que no se siente con el derecho de hacerlo”.

Estas dos primeras hipótesis contenían varios elementos que estaban interconectados y que permitían entender la dinámica de la pareja, pues estaban relacionados los patrones de interacción, los procesos de desequilibrio y acomodación del ciclo vital y las creencias culturales acerca de la pareja, los hombres y las mujeres, por lo que una tercera hipótesis que se construyó fue la siguiente:

“Además, tanto Clara como Sergio se están viendo dominados por estas creencias del pasado acerca de las mentiras y la confusión que hubo en torno a su relación y el embarazo y esto no les permite ver lo que ahora han construido juntos: trabajar, construir una casa, comprar un carro, ir retomando sus proyectos o pensar en hacerlo. Parece que la imagen de la “chiquita” o la “aventada” y el “pavo real” o el “necio” tienen que ver con estas creencias que generan la culpa, los celos, la desconfianza y que se refuerzan por la falta de un proyecto de pareja común que no ha sido acordado pues lo que hace uno y le parece diferente de lo que piensa el otro se toma como un señal de inseguridad, de desconfianza, de incertidumbre. Las creencias de este pasado de mentiras y confusión se convierte en algo que los separa (por verse como algo que se puede repetir: nuevas mentiras, nuevas confusiones) pero que al mismo tiempo los une (en la esperanza de que algo puede cambiar)”.

Objetivos:

En cuanto a la definición de los objetivos de la terapia se pueden mencionar dos:

1. Deconstruir las creencias acerca de la historia de unión de esta pareja a través de la flexibilización y apertura de las razones, ideas, acciones, sentimientos o pensamientos que ellos habían establecido como el motivo de su unión.
2. Facilitar y abrir un espacio de diálogo donde ambos pudieran expresar las cosas no dichas, no aclaradas, confusas, inciertas, indefinidas sobre su relación y que esto les ayudará a tomar decisiones y acuerdos individuales y como pareja.

Modelos Utilizados:

Es importante mencionar que los modelos de intervención utilizados se fueron definiendo e integrando en la medida que las sesiones avanzaban. Se puede decir que el trabajo terapéutico se abordó por medio de una perspectiva sistémica basada en el interrogatorio circular (Tomm, 1988), con preguntas orientadas al futuro, de cambio de contexto, de diferencias en el tiempo, en las actitudes, en las creencias para que imaginaran cómo sería una vida juntos si partían con sus creencias y expectativas iniciales y si había la posibilidad de cambio en las mismas. Además, de los tres principios para conducir una entrevista (circularidad-hipotetización-curiosidad) (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980); y conectando las preguntas con una perspectiva sensible al género, lo cual condujo a la utilización de preguntas reflexivas para deconstruir las creencias que tenían con respecto a su relación de pareja y de ellos mismos.

El proceso terapéutico, también se centró sobre los dilemas del cambio (Papp, 1994) viendo las ventajas y las desventajas de su actual manera de relacionarse y cómo afectaría de manera positiva y negativa en un futuro.

Proceso Terapéutico e Intervenciones Utilizadas:

El proceso terapéutico con esta pareja tuvo una duración de tres sesiones en un periodo de dos meses, ya que el intervalo entre la primera y la segunda sesión fue de quince días, mientras que la tercera sesión se dio después de un mes.

En la primera y segunda sesión se exploró y se intervino sobre las construcciones de la culpa, las mentiras y el embarazo no planeado como una responsabilidad compartida más que una declaración y enjuiciamiento de quién había hecho qué. Esto también permitió explorar su historia de noviazgo, su decisión de vivir juntos y los estilos relacionales de sus familias de origen, en los que se percibe que hay una valoración mayor hacia el estilo relacional de la familia de Sergio en detrimento de la de Clara.

Además, esto permitió trabajar sobre el estilo relacional que ellos estaban construyendo con base en las historias y aprendizajes de sus familias de origen; tanto a Clara como a Sergio, a través de las preguntas reflexivas, se les llevó a la deconstrucción de su estilo de relación, el cual se había construido alrededor de una interacción complementaria rígida de “el que sabe y la que acepta” (Papp, 1996).

Durante la tercera sesión se trabajó sobre la molestia y frustración que manifestaba Clara, en cuanto a que sus necesidades, sentimientos e ideas no eran reconocidos, pero que al mismo tiempo la llevaban a estar justificando y disculpando el comportamiento de Sergio, de su suegros e incluso el de ella, afirmando que tenía un “carácter muy feo”; con relación a Sergio se trabajó en la manera como participaba en este estilo relacional, pues aunque le desconcertaban las exigencias y los enojos de Clara, esto lo colocaba como el orientador y juez de la conducta de ella.

En cuanto a las técnicas de intervención utilizadas se pueden destacar los tres principios para conducir una entrevista (circularidad-hipotetización-curiosidad) (Selvini, Boscolo, Cecchin, y Prata, 1980); y el interrogatorio circular (Tomm, 1988) pues del intercambio de informaciones entre terapeuta y pareja se fue construyendo el problema sobre el cual se iba intervenir, y el cual fue la construcción del modelo de relación de la pareja.

Dentro de este interrogatorio circular se utilizaron preguntas reflexivas orientadas al futuro, de diferencias en el tiempo, en las actitudes, en las creencias, de cambio de contexto, con la que se llevó a cabo el proceso de deconstrucción de los significados problemáticos, por ejemplo, el poner a las ideas del pasado como dominadoras de sus vidas y que les impedían ver sus habilidades y saberes como personas y pareja (tener una casa, comprar un carro, trabajar y estudiar, ser padres atentos y ocupados con las necesidades de su hijo). De esta manera, también se estaba logrando ampliar la creencias o sentimientos iniciales con la que ellos habían llegado a terapia (“lo único que nos ata es el niño y las mentiras”).

Otra de las intervenciones empleadas fue el coro griego (Papp, 1994); con esto se llevó a la pareja a un dilema acerca del efecto del dominio de las creencias del pasado en su presente, pues una parte del equipo decía que las ideas antiguas iban a seguir dominando en ellos y les iban a seguir impidiendo tomar decisiones conjuntas, la otra parte consideraba que tenían suficientes habilidades como para poder renegociar las decisiones de pareja.

Valoración del trabajo terapéutico:

Después de la inasistencia a su cuarta sesión, se les hizo una llamada telefónica a la pareja; Clara respondió y manifestó que decidieron suspender la terapia porque su esposo había dicho que ellos podían salir adelante solos; se le preguntó a Clara que cuál era su opinión, a lo que contestó que estaba de acuerdo con él, además de que ella sí había visto cambios, pues él y ella decidieron que cada uno iba a poner de su parte y que eso se había cumplido. Por último, se le comentó que si requerían nuevamente del servicio lo podían solicitar cuando ellos en lo personal o como pareja lo volvieran a requerir.

Seis meses después de haber asistido se hizo una llamada de seguimiento, quien contestó en esta ocasión fue Sergio. Él expresó que la terapia sí les ayudó a poder tomar ciertos acuerdos en su relación de pareja pero creía que fue insuficiente el tiempo como para averiguar más acerca del por qué se comportaban de diferentes maneras. También dijo que ahora ya estaban viviendo en su casa propia, que él seguía trabajando y estudiando, y que después de un tiempo Clara ya no le volvió a decir nada del estudio, uno de los motivos por los cuales había conflicto, pues ella quería estudiar y él decía que estaba bien pero tenían que organizarse.

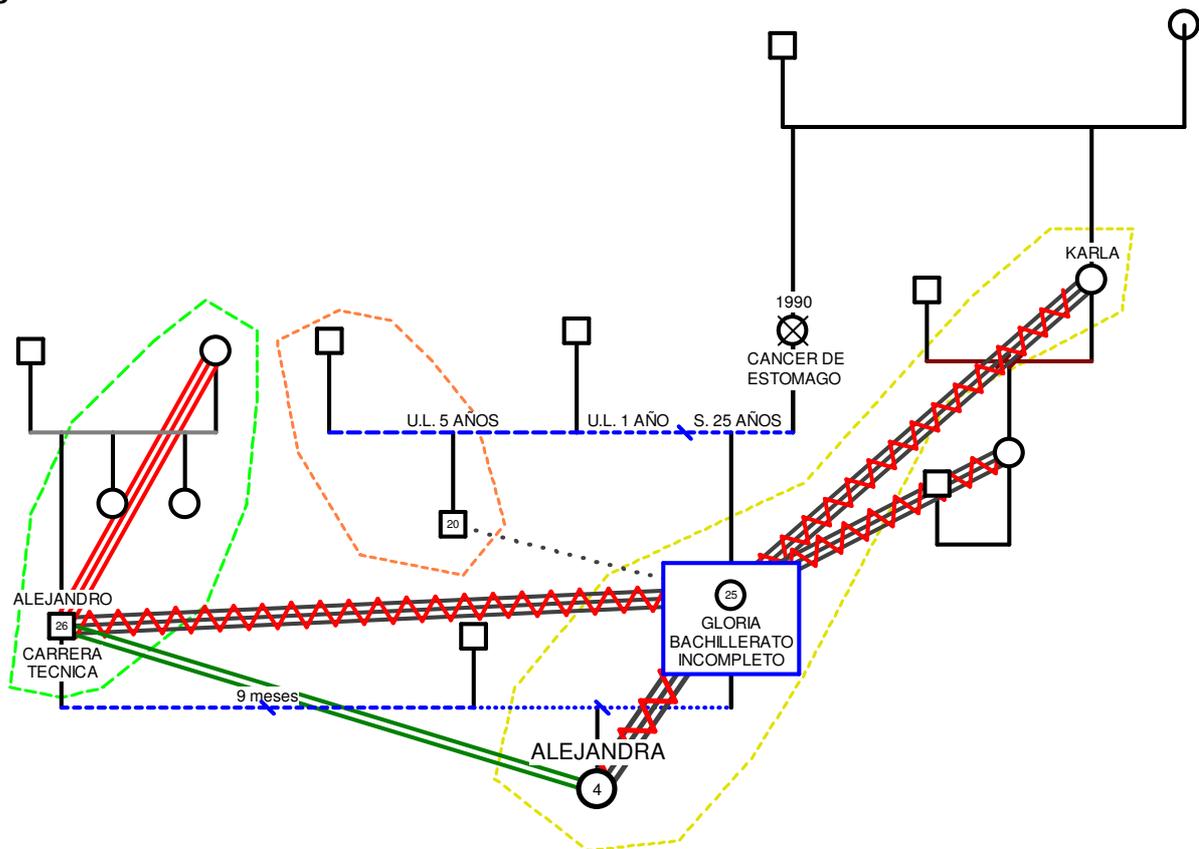
Lo que se puede concluir de estas sesiones, es que a simple vista parecería que la relación del que sabe y la que acepta no cambió, sin embargo, se inició un proceso de reconstrucción de los significados que le atribuían a la unión de sus vidas como la raíz de todos los males de la pareja. Al iniciar el cuestionamiento de este relato sus discursos también fueron cambiando, pues aunque las ambivalencias seguían se habían tomado cuatro decisiones conjuntas importantes: la primera de ellas era hablar en otro momento de sus diferencias cuando ambos no estuvieran enojados, vender un terreno de Clara para reducir la deuda con el padre de Sergio, dejar de asistir a terapia y en el momento actual dejar la casa de sus padres para irse a su propia casa. Se debe de mencionar, que a la luz de estos cambios no había una garantía de permanencia del vínculo como pareja, pues la reorganización que implicaba el tomar las decisiones de manera conjunta también abría la posibilidad del cuestionamiento de seguir juntos si no se cumplían los acuerdos y considerar el dilema de construir o retomar su proyecto personal y/o construir e ir consolidando el de pareja.

Otro de los aspectos que pudo haber influido en la suspensión de la terapia, es el tiempo entre las sesiones, mientras que las dos primeras fueron en un periodo de quince días y la tercera después de un mes, posiblemente para la cuarta sesión a la cual no asistieron, los cambios generados en las tres primeras sesiones seguían actuando en la vida de la pareja, lo que los pudo haber llevado a la conclusión de que una sesión más ya no era indispensable.

CASO 2

Número de sesiones: 9

Genograma:



Motivo de Consulta:

Gloria se interesó por ir a terapia debido a que deseaba encontrar una mejor calidad en su manera de vivir, ya que consideraba que era “muy agresiva” con su hija y que quería sentirse más tranquila con ella misma. Además decía que estaba enojada con todo y con todos los que se relacionaba, principalmente su hija, su pareja y su tía.

Antecedentes del problema:

Gloria comentó que a la muerte de su madre, cuando ella tenía diez años de edad “cambió en su carácter” pues recuerda que era una niña feliz, alegre y muy expresiva pero que cuando su madre falleció se sentía triste y enojada. Cuando su madre murió por el cáncer, Gloria quedó a cargo de su tía Karla, hermana de su mamá. Expresó que su padre nunca se hizo responsable de ella, sólo lo vio dos veces en su vida, cuando era niña y cuando su mamá la llevó a que lo conociera, y después cuando quedó embarazada de su hija Alejandra; recuerda que ese encuentro fue desagradable pues él la juzgó por haber quedado embarazada. También comentó que la separaron de su hermano Raúl, pues él se fue a vivir con su padre; dijo que en el tiempo en que su madre todavía vivía con el padre de Raúl les dio “mala vida”, pues golpeaba a su madre y no les daba para comer; ella le decía que se fueran lejos pero no

quería; Gloria conserva un recuerdo de su mamá como de una forma muy cariñosa, comprensiva, que siempre estaba pendiente de su hermano y de ella y que era muy trabajadora pues tenía que conseguir dinero para comer. Una vez que Gloria quedó a cargo de su tía Karla la relación con ella siempre fue de fricción, pues consideraba que ella fue muy rebelde y que no se dejaba además de que su tía era “muy cerrada”, también tenía conflictos con una de sus primas.

Gloria consideraba que era una mujer muy noviera, pues quería experimentar, consideraba que incluso a ella le gustaba jugar con los hombres y no los tomaba del todo en serio. Al quedar embarazada de su hija Alejandra, el padre no se hizo responsable y en ese tiempo conoció a quien es su actual pareja, Alejandro, quien dice que siempre estuvo con ella cuidándola y apoyándola en su embarazo, pero en ese tiempo se sentía confundida pues conoció a otra persona con la que dijo sentirse bien, alegre y que le daba tranquilidad. Con respecto a Alejandro dudaba si lo amaba o si sólo sentía agradecimiento por el apoyo que le dio cuando se sintió sola, además de que sabía que él quería mucho a su hija y la ve como tal; asimismo, expresó que de su relación con Alejandro no recordaba un momento de felicidad. Al principio de la relación con Alejandro ellos comenzaron a vivir con la familia de él, pero esto no le gustaba a ella pues le decía que no siempre iban a estar dependiendo de su familia; señaló que una de las cosas que no le gustaban de él es que siempre tenía que estar pendiente de su mamá pues si ella quería algo él tenía que estar presente; después se fueron a vivir a un departamento y mencionó que la relación empeoró pues tenían muchas presiones económicas, además de que a esto se unió la falta de trabajo de Alejandro, Gloria no contaba con un sueldo fijo, por lo que decidieron separarse, aunque ellos se seguían viendo.

Antes de asistir a terapia Gloria estaba viviendo con su tía, ya había concluido sus estudios de bachillerato aunque estaba acreditando unas materias que dejó pendientes y estaba pensando en entrar a la universidad. Ella trabajaba con su tía en un negocio propio, expresó que esto le ayudaba a ella pues mientras trabajaba ahí tenía tiempo de cuidar o de que le cuidaran a su hija. Sin embargo, decía sentirse enojada pues tenía conflictos con Alejandro, con su tía y con su hija pues la regañaba por todo y le pegaba si se portaba mal.

Ciclo vital:

En cuanto a su ciclo vital individual, Gloria y Alejandro se pueden ubicar en la etapa de conformación de su identidad y entrando a la etapa de intimidad, lo cual indica que estaban en el inicio de ir construyendo proyectos personales de vida y en la búsqueda del establecimiento de una relación. También estaban en la etapa de forja de la pareja y nacimiento de los hijos, por lo que en esta pareja también se volvían temas centrales: la crianza de los hijos, los proyectos de vida individuales y de pareja, el establecimiento de un compromiso mutuo con acuerdos en las expectativas individuales y de pareja y los dilemas del cambio en la definición o redefinición de su proceso de construcción del vínculo como pareja.

Construcción de hipótesis:

Debido a que el motivo de consulta inicial fue que ella quería sentirse tranquila y dejar el enojo, se construyó una hipótesis de cómo este enojo estaba siendo útil en la vida de Gloria.

“El enojo de Gloria es parte de un círculo donde crece el enojo y la inconformidad hacia lo que tiene, pero al mismo tiempo le ayuda pues la llevan a evitar enfrentarse y hacerse responsable de su propia vida, culpando a los otros por la vida difícil que ha tenido. A la vez, este enojo e inconformidad que tiene ayuda a los otros a mantener la imagen de una Gloria que no ha superado la pérdida de su madre y que todos la tienen que ayudar pues ella no puede. Esto la sitúa en un dilema donde ella se coloca en una posición de confusión y de no saber qué hacer para depender de los otros, pero también en sentir que su vida gira alrededor de lo que haga su tía, Alejandro o su hija”.

Se observó que esta hipótesis era insuficiente para entender el contexto de Gloria por lo que se fue construyendo una hipótesis que incluyera a sus otros significativos y centrándose cada vez en la relación de pareja entre Gloria y Alejandro, pues era algo que le preocupaba mucho:

“En cuanto a la relación de pareja que tiene con Alejandro posiblemente sea una manera de mantener el círculo de indecisiones en su vida, a la vez que le ayuda posiblemente a cubrir el hueco de la soledad o de la lealtad que siente hacia su mamá en cuanto a la historia de que ella no pudo hacer nada con los hombres que la dejaron sola o la maltrataron; además de que posiblemente existen dudas en la pareja sobre un proyecto de vida juntos, pues mientras Gloria se muestra confundida entre si lo quiere o está agradecida con él y Alejandro está entre el desprendimiento emocional de su familia de origen y el reto de que Gloria lo quiera, la pareja posiblemente está formando un estilo de relación con acuerdos y expectativas diferentes y no dichas, pues mientras ella no quiere tener más hijos él sí, mientras ella es la ama de casa y él es quien trabaja, ella se enoja por ello y él no la entiende.”

Objetivos:

En relación a las hipótesis antes planteadas, los objetivos propuestos no se trabajaron en diferentes momentos en el proceso terapéutico sino que éstos podían ser tocados en distintas fases en una sesión o en otras sesiones, pero siempre manteniendo la línea en tres puntos:

1. Romper el patrón de interacción que mantenía los sentimientos de enojo en las relaciones con los otros.
2. Deconstruir las ideas que tenía con respecto a que ella era víctima de las circunstancias y que sus decisiones dependían de los demás.
3. Clarificar un proyecto de vida personal y de pareja, a través de la deconstrucción de las ideas sobre lo que debe de ser una pareja, y lo que deben de hacer hombres y mujeres en la relación, generando con ello nuevos sentidos de identidad.

Modelos Utilizados:

Los modelos utilizados en el proceso terapéutico de Gloria, fueron los modelos centrados en problemas y en soluciones, pues se buscó romper con los patrones de interacción, de soluciones ineficaces en su lucha por ya no sentirse enojada; al mismo tiempo se exploraban los recursos y habilidades con los que contaba para hacer frente al enojo y lograba sentirse más tranquila.

Además, manteniendo una visión centrada en las soluciones se llevó a la deconstrucción de las ideas que tenía con respecto a ella misma y su pareja, además de que esta visión se complementó con una perspectiva de género en el trabajo terapéutico que permitió llevarla hacia la reflexión de sus propias ideas con respecto a las mujeres y los hombres en una relación de pareja.

Proceso Terapéutico e Intervenciones utilizadas:

El proceso terapéutico tuvo una duración de 9 sesiones en un periodo de 6 meses y medio; asistió únicamente Gloria, las sesiones que se tuvieron con ella fueron cortas, aproximadamente de 30 minutos, pues llegaba retrasada. Durante este proceso Gloria expresó su desconcierto, confusión e indecisión sobre lo que realmente quería en su vida, lo que le provocaba enojo y conflictos con los que estaban a su alrededor. Dentro de los cambios significativos que se notaron fueron: el que hubo una reducción en el tiempo de retraso con el que llegaba a las sesiones, Gloria decía sentirse más tranquila con lo que hacía pues había encontrado en ella a una imagen de mujer madura, que siente y que puede ser una madre amorosa; con respecto a la relación con su tía dijo que discutían menos, al igual que con Alejandro, con quien decidió vivir en pareja; manifestó que descubrió la posibilidad de valorar lo que tenía y a no estar jugando con la gente, expresó: "lo mismo que haces es lo que recibes". Dentro de esta imagen de mujer madura ella vio que podía compaginar a un ama de casa, con una mujer profesionista, con respecto a sus planes de estudiar; los había detenido por el momento pues comentaba que quería dejar todo listo antes de dejar de tiempo completo las labores del hogar; con respecto a la relación con Alejandro decidió quedarse con él porque descubrió que sí lo quería, que encontraba compromiso, estabilidad, un apoyo incondicional y que ahora había un interés de ambos por formar una vida en pareja. En este proceso Alejandro le expresó que ella había cambiado su forma de ser pues ya no era explosiva, que ahora escuchaba y que ya no se desquitaba con sus cosas, pero que también se dio cuenta de lo que sentía pues antes no podía hacerlo por su dureza; con relación a estos cambios ella decidió escribir a Alejandro, su tía y su hermano una carta donde les expresaba lo que sentía.

Entre las intervenciones que se utilizaron estaban preguntas para definir el problema y los objetivos de la terapia, además de redefiniciones que ayudaban a reestructurar sus percepciones sobre el problema, ella misma y su relación con los otros; por ejemplo, para definir y reencuadrar el problema ella expresaba que era muy agresiva y

que no se podía controlar, lo que llevó a que se le preguntara si su problema era la falta de control de sus emociones; esto favoreció a que se ampliara el contexto del problema al plantearle con qué otras personas tenía este problema de falta de control.

También se utilizó la pregunta del milagro para establecer objetivos y encontrar excepciones. Se hizo en base a la definición que se había hecho del problema, por ejemplo, se le dijo que cuando ella pudiera controlar sus emociones y sentirse más tranquila, cómo se imagina que sería su vida y la relación con cada una de las personas que la rodeaban; lo anterior, condujo a un trabajo sobre la búsqueda e identificación de los recursos y las habilidades con las que contaba ella a través de preguntas de afrontamiento como: “a pesar de que tu vida ha sido difícil ¿cómo le has hecho para salir adelante? ¿Cómo explicas que a pesar de que tienes fricciones con tu tía y Alejandro ellos te apoyan y están contigo?” También se hicieron preguntas para atribuir control y ampliar la excepción a través de cuestionamientos que establecían diferencias en el tiempo, en cuanto a actitudes, acciones, sentimientos, pensamientos y creencias, por ejemplo, “¿Qué fue diferente ahora que te mostraste más tranquila y pudiste platicar con Alejandro? ¿Qué descubres ahora en tí que antes no sabías? ¿Qué es lo que Alejandro ve en tí que antes no veía?”.

Se utilizaron preguntas a futuro para que imaginara cómo esta imagen de mujer madura que había descubierto iba a cambiar su vida; se hicieron preguntas tales como “¿Qué te imaginas que llegue a pasar en el próximo mes si tú continúas con esta tranquilidad en tu vida? ¿Cómo crees que ayude tu tranquilidad en la relación con Alejandro? Si continúas expresando lo que sientes ¿qué crees que pase en las relaciones con tus seres queridos? ¿Qué nuevos retos crees que tienes por delante? ¿Cómo te podría ayudar lo que ahora sabes de tí para superar estos retos?”.

Otras de las intervenciones que se utilizaron fue el relato de cuentos donde indirectamente se le enviaban mensajes acerca de tomar las riendas de su vida y de responsabilizarse de las decisiones que tomaba. Una de las estrategias que ayudó a consolidar los cambios una vez que éstos se estaban dando fue el coro griego (Papp, 1994); una parte del equipo manifestaba su escepticismo a que ella realmente cambiara y pensaban que lo que estaba haciendo era parte del círculo que se repetía una y otra vez donde había momentos en lo que se sentía bien y estaba segura y tranquila de lo que quería y otros momentos mal, estaba enojada y quería renunciar a todo, específicamente en su relación con Alejandro, pues cuando entraban estos periodos de enojo ella decía que ya no le importaba y no lo quería; la otra parte del equipo le expresó que pensaba que estos cambios eran efectivos y que ella había encontrado varios recursos que le podían ayudar a resolver las dificultades que se le presentaran y que podía equivocarse pero no darse por vencida.

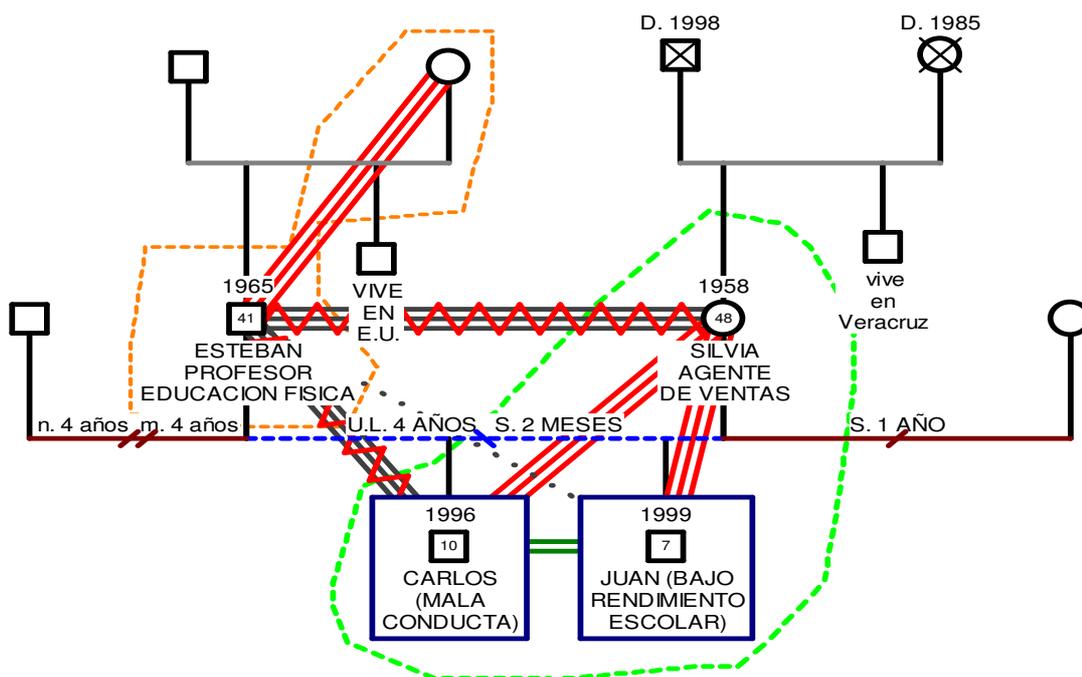
Valoración del trabajo terapéutico:

Gloria expresó que ella encontró lo que buscaba al estar en terapia, pues sentía que necesitaba alguien con quién hablar y aunque lo podía hacer con su mejor amigo ella de todas maneras se sentía criticada y no escuchada. Comentó que las cosas que más recordaba de la terapia era el cuento que se le leyó de la princesa que salía del castillo con una caja donde llevaba un gran tesoro, que recordaba el mensaje donde había alguien del equipo que no creía en su cambio y que lo que aprendió al estar ahí fue que sí puede hacer las cosas; en su relación con Alejandro a no renunciar a lo que estaba haciendo o a lo que quería sólo por un arranque de enojo y a considerar que las otras personas también salían lastimadas si ella no expresaba lo que sentía de una manera que ayudara a que se escucharan. También dijo que ahora ella estaba segura del proyecto de vida que quería y que no importaba la edad que tuviera pero ella pensaba cumplir lo que se había trazado.

CASO 3

Número de sesiones: 12

Genograma:



Motivo de Consulta:

Silvia es quien hizo la solicitud del servicio y expresó que le interesaba asistir a terapia debido a que veía a sus hijos muy descontrolados, al mayor Carlos muy contestón y rebelde y el menor Juan estaba muy disperso en la escuela y no se apuraba hacer la tarea.

Antecedentes del problema:

La madre comentó que su hijo Carlos, desde los tres años de edad, recibió un diagnóstico dado por el médico familiar de "Hiperquinesia". Esto hizo que lo llevara con el psicólogo, neurólogo y psiquiatra quien le prescribió carbomacepina y valproato de magnesio. Hace dos años, el neurólogo decidió quitarle el medicamento pues consideró que la parte del cerebro que le faltaba madurar ya se había desarrollado. También comentó que al nacer Juan, Carlos se volvió muy agresivo, le pegaba a sus compañeros y a los adultos, excepto a su papá; recientemente, había estado nuevamente muy inquieto, le pegaba a sus compañeros y lo llegaron a suspender de la escuela pues la maestra ya lo tenía identificado como el "niño problema" del salón aunque afirmaba que era un niño muy inteligente pues sus calificaciones eran de nueve o diez aunque habían bajado. Otra de las cosas que comentó en la primera llamada telefónica es que el niño en ocasiones sufría de dolores de cabeza por lo que había pensado llevarlo nuevamente al neurólogo.

La Sra. Silvia dijo que hacía un año que se separó del padre de sus hijos, Esteban, quien vive con su madre; mencionó que la razón por la cual se separaron es porque discutían muy seguido y ya no se llevaban bien; comentó que al principio de su relación ellos vivieron en casa de la mamá de Esteban, quien le ayudó con Carlos cuando estaba pequeño pero que ya no le gustaba estar ahí pues no quería depender de ella, además de que veía que ahí no podía educar a su hijo pues su abuela lo consentía mucho y le permitía que hiciera lo que quisiera; esto hizo que le dijera a Esteban que se fueran a vivir a otro lado, pero afirmó que su mamá tiene mucha influencia sobre él y hace lo que ella le dice; en el tiempo que vivieron solos, Silvia expresó que la madre de Esteban ha tratado de mantenerlo cerca, no sólo a él sino también a Carlos pues lo quiere como si fuera su hijo. En el momento en que se dio la separación y Esteban regresó a casa de su madre, Carlos le dijo a su papá que lo odiaba por que prefería estar con su mamá y que a ellos no los quería, mientras que la reacción de Juan fue "mantenerse en su mundo" como lo dijo Silvia, pues parecía que nada de esto le importaba.

Antes de llegar al servicio de Psicología del ISSSTE estaban asistiendo con un psicólogo de un centro de salud, quien les comentó que lo mejor que podían hacer era que Esteban se mantuviera alejado y que no viera a los niños pues les causaba más daño con su presencia. Silvia dijo que se desentendió de todo pues además de que no veía a los niños, ella corría con todos los gastos; los niños estaban enterados de todos estos conflictos y Carlos se sentía más enojado con su padre a quien no quería cerca. Ella dijo que ya no sabía que hacer pues no lograba controlar a sus hijos, sentía que se le iban de las manos pues decían muchas mentiras y comenzaban a robar cuando iban a las tiendas o los mercados. También expresó que Carlos actuaba como papá pues regañaba a Juan cuando no hacía sus tareas o sus quehaceres; él afirmó que esto era necesario pues "alguien tenía que ser el hombre de la casa".

Ciclo vital:

En cuanto a Silvia y Esteban en relación a sus ciclos de vida individuales, se encuentran en la etapa de Generatividad vs. Estancamiento ya que están en el dilema de sentirse necesitados de aquello que han producido y deben cuidar, nace la preocupación por guiar a la nueva generación (por ejemplo, los hijos) y al mismo tiempo, se da lugar una regresión a una especie de pseudointimidad que se experimenta como un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal. La familia y la pareja se encuentran en dos etapas a la vez, una es la etapa de hijos en edad escolar en donde la tarea de la pareja se centra en el cuidado y educación de los hijos, el espacio vital de la pareja se ve desplazado por el de padres, por lo que se da una mayor acercamiento de la madre con los hijos y el consecuente alejamiento del padre. La otra etapa es la de separación, aquí la familia tiene que reorganizarse para generar pautas relacionales de convivencia ahora que uno de los padres no vive en la misma casa; las primeras reacciones de los miembros ante este evento son el desconcierto, la confusión, la tristeza, el enojo por la ausencia de uno de los padres y donde uno de los hijos puede presentar algún síntoma que ayude al sistema a mantenerse unido. Además en el proceso de construcción del vínculo en la pareja se observan cambios pues debido a la separación se generaron dilemas en cuanto si decidían separarse o seguir unidos, lo que afectaba en los espacios de sus roles como padres en sus relaciones con los hijos. En esta etapa se vuelven centrales temas como: la redefinición y los dilemas del cambio en los proyectos de vida individuales y de pareja, además de lo referente a la crianza y cuidado de los hijos.

Construcción de hipótesis:

Una de las primeras hipótesis que se formuló en las primeras sesiones estaba encaminada a clarificar cómo es que se conectaban los síntomas de los hijos con el sistema familiar:

“Ante la separación de los padres y la reorganización que se requiere, las mentiras, los robos, el mal comportamiento y el bajo rendimiento escolar de Carlos y Juan se conectan con un rol de baja jerarquía de Silvia en cuanto a su función como madre, ya que se muestra impotente y débil ante ellos; a su vez Carlos y Juan, se alían para confundirla, generando que no supiera quién le decía la verdad, no sabiendo a quién castigar o también desviando el tema en cuanto a las responsabilidades que le toca a cada uno, pues si alguien no hizo su tarea inmediatamente se escuda en el otro que tampoco la hizo. A su vez Carlos, ante la debilidad de Silvia, se muestra como un papá que tiene que cuidar a Juan, pues lo regaña y al mismo tiempo tiene que ser fuerte para cuidar a su madre de su dolor por la separación”.

Esta primera hipótesis abarcaba la dinámica relacional del trío madre-hijo mayor-hijo menor; en el transcurso de las sesiones y después de haber trabajado sobre la hipótesis anterior, una segunda hipótesis que llevó a un segundo momento de la terapia fue:

“Ante la ausencia del padre se observan sentimientos de tristeza y enojo en los hijos; esto se muestra a través de que Carlos y Juan ahora se turnan en cuanto a ser uno el niño malo, enfermo o débil de la familia y el otro el alegre, el bueno y el obediente, con lo que se ayudan y se relevan en la labor de jalar a Esteban y unirlo a Silvia. Ante esto Silvia se

muestra preocupada y a la vez molesta porque siente que la chantajea, pero a la vez esto la ayuda a mantener a Esteban cerca y mantenerse unida a él.

Además, posiblemente dentro de la visión de la realidad de Esteban él crea que es mejor estar alejado de la gente que quiere negando lo que siente o desvinculándose de ellos por pensar que los daña si está cerca o por otro lado, tratando de no sentirse herido y protegiéndose él mismo, lo que ante sus hijos, lo hace sentirse un mal padre y delega las responsabilidades en Silvia por sentirse incompetente. En cuanto a Silvia, ante el alejamiento de las personas o la falta de responsabilidad, ella piensa que debe asumir con toda la carga o todas las responsabilidades no sólo de ella sino de los demás y ante esto crea que para sus hijos no hay nadie más que los pueda proteger, cuidar o amar más que ella”.

Al trabajar en las relaciones entre los padres y los hijos y la triada madre-padre-hijos, se formuló una tercera hipótesis que permitía explicar e intervenir en la relación de pareja pero teniendo en cuenta el contexto de las relaciones padres e hijos, lo que llevó a un tercer momento:

“Ante la separación de Silvia y Esteban, la pareja se enfrenta ante los dilemas del cambio de si seguir juntos o separados; para desviar este conflicto ambos se sabotean impidiendo la definición o redefinición de la relación, en donde, por un lado, Silvia, se muestra exigente y desconfiada con Esteban ante su falta de compromiso y responsabilidad, pero al mismo tiempo tolerante y cercana cuando éste le expresa atención y afecto; por otro lado, Esteban le expresa que ya no la quiere y se muestra indiferente pero al mismo tiempo se acerca a ella para mantener el vínculo afectivo. Este juego de confusión en el que Silvia y Esteban se muestran amigables y cariñosos y al mismo tiempo intolerantes e indiferentes frente a sus hijos, alimentan el desconcierto en ellos y, además, a través de ellos mantienen la indefinición de la relación al disolver las funciones y deberes en sus funciones como padres y el juego de confusiones en la pareja”.

Objetivos:

Con base en las hipótesis construidas, los objetivos para la terapia se plantearon de la siguiente manera:

1. Fortalecer la jerarquía de Silvia como madre en relación con Carlos y Juan, propiciando límites claros con respecto a lo que le corresponde a ella hacer como madre y a ellos como hijos.
2. Trabajar sobre la relación padres e hijos, generando pautas funcionales de relación para que Esteban lograra un acercamiento con sus hijos y Silvia permitiera este acercamiento.
3. Trabajar sobre los conflictos de pareja y sobre cómo afectaban en su función de padres, marcando límites claros entre los conflictos y su indefinición en su relación de pareja y su amor, responsabilidad y acuerdos que tuvieran que tomar como padres. Esto llevaría disminuir el triángulo y que no se desvíe el conflicto de la pareja a los hijos.

Modelos utilizados:

El modelo que se utilizó para el proceso terapéutico de esta familia fue el modelo estructural, pues las hipótesis y objetivos planteados estaban encaminados hacia la reestructuración de la familia.

Proceso terapéutico e Intervenciones utilizadas:

El proceso terapéutico de esta familia duró 12 sesiones en un tiempo de 8 meses; entre sesión y sesión había un periodo de quince días. De las doce sesiones, Silvia, Carlos y Juan asistieron a 7; a tres asistieron Esteban junto con Silvia y los niños y en dos ocasiones se trabajó únicamente con Silvia. El proceso que se siguió con esta familia incluyó el trabajar por subsistemas, clarificando las jerarquías, los límites y generando pautas de interacción funcionales que facilitaran la intercomunicación entre los subsistemas.

En cuanto al trío madre-hijos, el trabajo terapéutico giró en torno a fortalecer el rol de madre de Silvia con respecto a sus hijos a través de la identificación de los lados fuertes con los que contaba como el ser una madre comprometida, responsable, amorosa y que prestaba atención a sus hijos. Esto se intensificó involucrando a los niños en cómo se sentían ellos con una mamá débil e incapaz y que lo que ellos querían ver era una mamá fuerte y firme. Se hicieron escenificaciones para iluminar pautas que mantenían el patrón en el que Silvia se mostraba débil con sus hijos y se facilitaron dentro de las sesiones pautas alternativas en las que ella se mostrara competente y que podía controlar a los niños.

Una vez que se lograron cambios en el comportamiento de los niños y que Silvia tomó el papel de madre con más control, se comenzó a explorar e intervenir en la relación del padre con los hijos y entre el padre y la madre, pues los niños expresaban sentirse tristes y a la vez enojados porque su papá los dejó. El trabajo más intenso se hizo con Carlos y Esteban pues entre ellos la relación era de conflicto; se citó a Esteban para que asistiera a las sesiones en compañía de Silvia y los niños. En esta etapa se siguieron utilizando técnicas como la escenificación para iluminar las pautas de interacción que impedían el acercamiento entre padres e hijos, se hizo foco e intensidad sobre la responsabilidad que tenían como padres para que las relaciones se tornaran conflictivas y estas intervenciones se conectaron con el cuestionamiento de sus construcciones de la realidad, para lo cual se abordó el tema de las familias de origen de los padres para encontrar las historias y pautas de interacción familiares que habían aprendido y que ahora estaban repitiendo con sus hijos. También se cuestionó la idea de que uno de los dos padres era el único responsable de los conflictos, pues Silvia decía que debido a la falta de responsabilidad y madurez de Esteban no se comprometía como padre, por lo que se iluminó la pauta de complementariedad en la que participaba Silvia al mostrarse como una mamá demandante y sobreprotectora con Esteban diciéndole cuál era la manera correcta en que debía estar con los niños, lo que llevaba a que ambos se sabotearan mutuamente e impedían que los niños se acercaran al padre.

Al haber conseguido progresos en la relación entre el padre y los hijos, pues Carlos decía que su papá los iba a ver más seguido, jugaba con ellos y les mostraba que los quería, la siguiente etapa consistió en trabajar sobre cómo los conflictos de pareja estaban interfiriendo en su rol de padres y cómo es que sus hijos a través de su mal comportamiento se sacrificaban para ayudarlos a seguir en la indefinición de su relación; en este caso se trabajó con Silvia únicamente puesto que Esteban tuvo dificultades para conciliar con los horarios de su trabajo y los de la

terapia. En este sentido, el trabajo con Silvia fue hacer foco e intensidad sobre lo que ella deseaba de esta relación de pareja y al mismo tiempo cómo es que participaba en el juego de confusiones e indefiniciones en el que caía la pareja; aquí se hizo un cuestionamiento de la realidad en relación a la pauta de complementariedad en la que ella participaba para seguir en la indefinición de la relación, pues mientras se quejaba de la falta de compromiso e inmadurez de Esteban ella mandaba mensajes de que no sólo era madre de sus hijos sino que era una mujer que lo esperaba cuando él lo necesitaba; esto se redefinió como el poder que ella cede para mantener cerca a Esteban y que ambos sacrificaban a sus hijos a través de los problemas que ellos tenían para seguir juntos. Otro de los aspectos que se tocó con Silvia fue con respecto a la deconstrucción de los “ideales” que ella aprendió acerca de lo que es ser una familia donde están ambos padres y lo que es ser una pareja, pues ella se encontraba atrapada entre lo que había aprendido y visto en su familia y lo que ella estaba viviendo; el ser la única en su familia que contaba con dos separaciones en sus relaciones de pareja y ser madre y padre al mismo tiempo. Para esto también se enviaron cartas con el mensaje final del equipo con el objetivo de que Esteban siguiera en contacto con la terapia, se utilizó en los mensajes el coro griego en donde se dividió al equipo en dos partes, una que pensaba que la familia estaba en un proceso de transición donde no hay padres ni hijos perfectos, sino que ambos están aprendiendo a ser padres y ser hijos a través del tiempo. Aquí se le validó a Silvia su confusión, tristeza, enojo, culpa por lo que le estaba sucediendo y se le dijo que posiblemente eso continuaría por meses, años o incluso toda su vida, pero a la vez había descubierto que era lo que tenía que hacer para conservar los cambios que habían logrado ella y sus hijos. La otra parte, le decía que los hijos se iban a seguir sacrificando por los padres a través de su mal comportamiento para que ellos mantuvieran el juego donde seguían unidos en la indefinición de su relación, pero a la vez donde se le decía a Silvia que ella ya había descubierto lo que le tocaba hacer para seguir atrapada en esa trampa.

Valoración del trabajo terapéutico:

Como resultado del proceso terapéutico, los cambios alcanzados fueron el que Carlos y Juan cambiaran su comportamiento en casa y en la escuela, dejaron de decir mentiras, de robar en las tiendas, Silvia y Carlos no volvieron a mencionar los dolores de cabeza, ni el diagnóstico de hiperquinesia con el cual habían llegado. En el caso de Juan la mamá expresó que aunque no le gustaba lo que ahora estaba viendo de su familia pues lo hacía sentirse triste, ahora lo veía más conciente de lo que estaba pasando; él expresó por su parte que se estaba apurando en la escuela y a hacer sus tareas, en una ocasión llegó a ser jefe de grupo y sus compañeros eran los que le preguntaban a él sobre las tareas asignadas, dijo encontrar beneficios en este cambio pues ya no tenía encima a la maestra que lo estuviera regañando y que su mamá también no lo castigara por los recados de no apurarse. En relación con esto Silvia se mostró ante ellos como una mamá firme y fuerte pues expresó que ahora sí

les cumplía lo que les prometía, si les decía que los iba a castigar les mantenía ese castigo y que si consideraba que hicieron algo bien ella iba a saber cómo reconocerles su buen comportamiento.

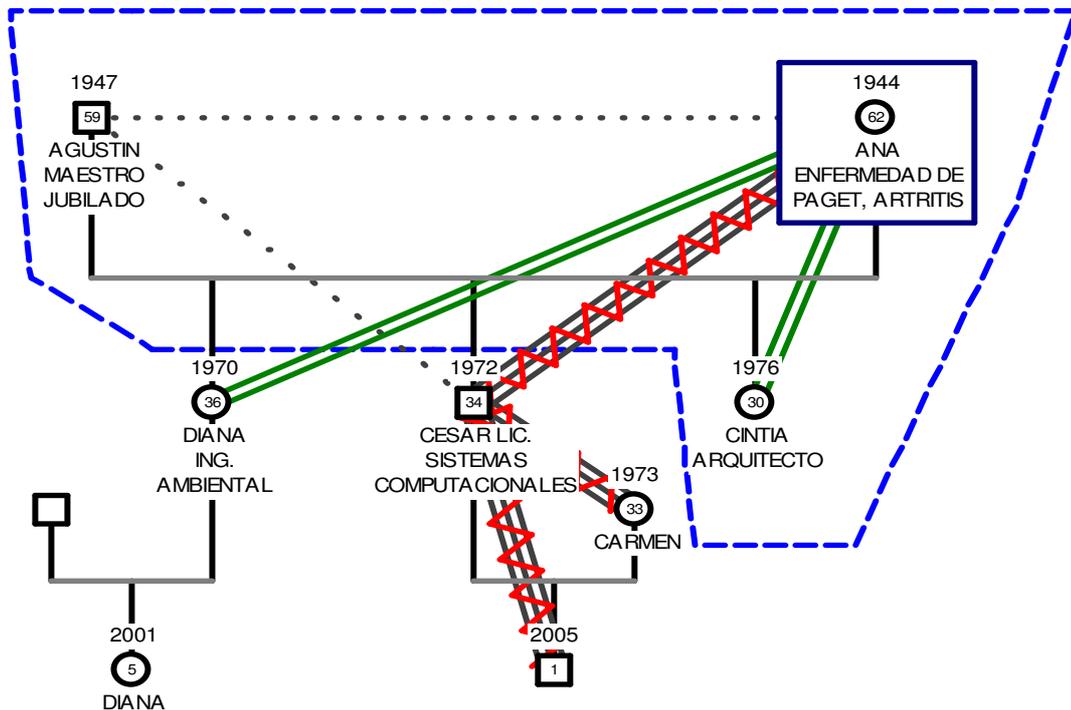
En cuanto a las relaciones entre el padre y los hijos, Esteban manifestó que aunque no le era posible verlos con frecuencia se sentía mejor como padre pues ahora trataba de que los momentos que estuviera con ellos los pasaran bien, aunque también dijo que si tenía que regañarlos por algo que habían hecho también lo hacía; los niños por su parte dijeron que ahora su papá sí mostraba un interés por ellos, pues los iba a ver, jugaba con ellos y los felicitaba cuando hacían las cosas bien.

En cuanto a la relación de pareja, si bien los conflictos y las quejas de Silvia continuaban con respecto a lo que Esteban hacía mal, se hizo foco y se iluminó continuamente la pauta complementaria conflictiva de la pareja, el objetivo fue generar límites de lo que le tocaba a Silvia hacer en la relación con Esteban y lo que le tocaba hacer como madre, para así lograr que ya no involucraran a los niños y que éstos tomaran partido o decidieran mientras que los padres peleaban. En el caso de Silvia que es con quién se trabajó, expresó ser más conciente del daño que les podían causar a sus hijos si los seguían involucrando, además de que se dio cuenta de que su hijo Carlos aprovechaba los momentos de desacuerdo y de tensión con Esteban para sacar ventaja y poder hacer lo que él quisiera; sin embargo, se mostraba enojada, confundida e impotente cuando se abordaba la parte de responsabilidad al seguir en la confusión y decirle lo que ella había descubierto para seguir en el problema o empeorarlo y al mismo tiempo validando su confusión pero resaltando la parte de lo que ella había descubierto qué podía hacer para que los cambios que lograron siguieran adelante, lo que la colocaba en un dilema del cambio.

CASO 4

Número de sesiones: 8

Genograma:



Motivo de Consulta:

Como motivo de consulta la Sra. Ana solicitó asistir a terapia debido a que ella quería ser mejor madre y abuela, pues le preocupaban los problemas personales y de pareja que tenían dos de sus hijos.

Al asistir en compañía de su esposo Agustín y su hijo César, su esposo manifestó que le preocupaba la depresión de su esposa además de que no le ayudaba el que estuviera metiéndose en los problemas de los demás; a César también le preocupaba la depresión de su madre y para él era buena idea que intentara buscar nuevamente ayuda.

Antecedentes del problema:

Ana y Agustín tienen una relación de 37 años de matrimonio; antes del retiro de sus trabajos comentaron que el tiempo que pasaban juntos era poco pues sus trabajos se lo impedían, ya que el de Agustín tenía salidas continuas fuera de la ciudad. Ana comentó que ella sola tuvo que “navegar con sus hijos” y esto no lo consideraba malo pues sabía que su esposo era un “buen hombre y hacía el sacrificio para darles lo mejor”; expresó Agustín en relación con esto que reconocía en su esposa también el esfuerzo que hacía al sacar adelante a sus tres hijos.

Comentaron que aunque la jubilación fue algo difícil de enfrentar pues tenían mucho tiempo libre, ellos fueron encontrando la manera de irse ocupando en otras cosas, además de que les dio más tiempo para estar juntos, sin embargo, había situaciones que les causaban conflictos y de las cuales se sentían desesperanzados. Una de ellas, según Ana mencionó, es que se sentía culpable pues pensaba que como madre cometió errores “yo cuando era niña fui maltratada por mi padre y creo que yo repetí lo mismo con mis hijos”; además afirmó que a los 14 años ella se quiso suicidar porque la golpeaba su padre y de ahí le tomó mucho coraje a los hombres; su hijo César también intentó quitarse la vida. Mencionó que César ha estado en tratamiento psiquiátrico durante diez años, lo que los tenía cansados pues dijeron que toda la vida han estado con psiquiatras y no les habían ayudado; para Ana ya no era suficiente con que a su hijo le dieran medicamentos y era importante que tomara una atención psicológica, además pensaba que al haberlo tratado mal ahora estaba repitiendo el mismo patrón que ella empleó cuando sus hijos eran pequeños. Agustín comentó que ésto es lo que le molestaba de Ana pues quería meterse en la vida de todos y resolverles los problemas que tenían pero en lugar de ayudarla a ella, esto la estaba poniendo mal pues la llevaba a deprimirse y a angustiarse todo el tiempo.

Por su parte, Ana dijo que en momentos se encontraba bien aunque luego le resultaba difícil mantenerse igual; expresó que habían pasado por una etapa difícil económicamente, “trato de levantarme cada día pensando positivamente”; ella asistió a un curso de Logoterapia donde dijo que aprendió a conectarse con ella misma, dándose cuenta que no había aprendido a perdonarse por sus errores.

Otro de los eventos difíciles por los que estaban pasando la pareja y la familia es que, recientemente, a Ana, le habían diagnosticado el síndrome de Paget; antes de esa fecha, también fue muy difícil de enfrentar pues durante diez años tuvo que estar con varios médicos ya que no le daban un diagnóstico certero de lo que le estaba ocurriendo; el síndrome de Paget es cáncer en los huesos, provoca que éstos se rigidicen, pierda movilidad el cuerpo pero al mismo tiempo se desgasten llegando a provocar fracturas de las cuales no se pueda recuperar.

En el momento actual Ana comenzaba a padecer dolores intensos en los huesos haciendo que se redujeran sus actividades; se calificaba como una persona muy sociable que le gustaba salir y no estar en su casa lo que la hacía sentirse mal y deprimirse más por no poder salir debido a los dolores en los huesos. Agustín, dijo encontrarse desconcertado e impotente pues aunque él se calificaba como una persona hogareña que le gustaba estar en su casa, lo aprovechaba y trataba de darle ánimos y de decirle que no se diera por vencida, pero en ocasiones provocaba conflictos, pues cuando él se acercaba a ella, decía que se sentía presionada y cuando no le prestaba atención le expresaba que no le interesaba lo que ella estaba sintiendo. Ana afirmó que pasaba eso por que tenían maneras diferentes de ver las cosas y de hacerlas y su esposo en ocasiones presionaba mucho para que se hicieran las cosas como él decía.

Ciclo vital:

En cuanto a su ciclo vital individual, están en la etapa de Integridad del yo vs. Desesperación pues se colocan en el dilema de sentirse adaptados a los triunfos y las desilusiones de ser el generador de seres humanos, productos o ideas y al mismo tiempo en el temor a la muerte, de que el tiempo es demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos a la integridad. En cuanto a la pareja y la familia, se encuentran en la etapa de nido vacío, donde se da el reencuentro de la pareja después de haber centralizado los roles en la función de padres; aquí se da una reestructuración en el vínculo de la pareja pues se tienen que redefinir los contratos relacionales en cuanto al uso del tiempo libre debido a la jubilación de uno o de los dos miembros de la pareja, de que los hijos se han independizado o por la aparición de enfermedades en alguno de los dos miembros. Es así como en esta etapa los temas que se vuelven centrales giran en torno a: los sentimientos de soledad, las enfermedades y los procesos de vejez y muerte.

Construcción de Hipótesis:

En el trabajo terapéutico con esta familia se plantearon dos hipótesis que marcaron las líneas y objetivos para las siguientes sesiones; la primera hipótesis que se construyó fue con base en los datos proporcionados por Ana en la llamada telefónica y en la primera entrevista al conocer a César y a Agustín; esta hipótesis se centraba principalmente en explicar e intervenir en la estructura y la dinámica relacional de la familia, y cómo es que ésta estaba afectando a la pareja, además de contextualizarla con el ciclo vital:

“Al encontrarse la pareja (Ana y Agustín) en la etapa de nido vacío donde los hijos se van y se da el reencuentro de la pareja, posiblemente Ana y Agustín estén viviendo las tensiones y dificultades de reencontrar su estilo relacional y de enfrentarse a las cosas pendientes de la pareja debido a que sus funciones estaban centradas en el cuidado y crianza de los hijos. Para desviar estos conflictos, entre Ana y su hijo César se establecieron límites difusos y amalgamados mientras que el padre (Agustín) permanecía distante en esta díada; posiblemente esta díada fue funcional en los años anteriores a la jubilación de Agustín, pero al conservarla en el momento actual generaba una triangulación, subiendo de jerarquía a César, desplazando a Agustín. Además de darse la desviación de los conflictos de pareja, esto posiblemente esté obstaculizando el desprendimiento de los hijos, pues incluso al estar casado César, trasladaba sus problemas de pareja a sus padres, ante lo cual Agustín no estaba de acuerdo con Ana en que se involucrara en la vida de los demás”.

En las siguientes sesiones la pareja abrió el tema de la enfermedad de Ana, lo que permitió ampliar la hipótesis inicial:

“Además de encontrarse la familia en la etapa de nido vacío y de que la triada Ana-César-Agustín es útil para mantener la homeostasis del sistema familiar donde la pareja funcionaba alejada y Cesar tomaba el papel de hombre de la casa, también está siendo útil para no desequilibrar más al sistema ante la enfermedad de Ana, pues ésto está generando que se sigan desviando los conflictos personales y de pareja hacia los hijos, además de que César posiblemente debido al alejamiento de su padre por el trabajo perciba que en este momento no sepa como apoyar a Ana ante su enfermedad, con lo cual Ana no se hace responsable de su salud y su autocuidado, mientras que Agustín ante la posible impotencia y el miedo de cómo reaccionar ante la enfermedad de su esposa se mantiene alejado de Ana, con lo cual provoca

tensiones para redefinir su vínculo como pareja pues el mayor tiempo lo invierten en los problemas de los hijos y la enfermedad”.

Objetivos:

Tomando en consideración las hipótesis antes planteadas, se fueron definiendo tres temáticas fundamentales sobre las cuales fueron girando los objetivos de la terapia:

1. Redefinir la relación entre padres e hijos. Esto incluía marcar límites en cuanto lo que les tocaba hacer como padres de hijos adultos, lo que implicaba dejar que ellos aprendieran de sus experiencias sin que Ana intervinieran en sus problemas.
2. Ubicar la relación de pareja de Ana y Agustín como la fuente de fortaleza para hacer frente a la enfermedad. Lo que abarcaba el marcar y ampliar los roles que ambos estaban jugando en su relación, por ejemplo, el de pasar de un Agustín callado y distante a uno de apoyo, cuidado y siendo el pilar de Ana; en cuanto a ella de ser una víctima de las circunstancias y de un pasado esclavizante a uno de una mujer fuerte, sensible y apasionada por vivir una vida con grandes obstáculos.
3. Lograr que Ana identificara e hiciera uso de sus recursos y capacidades para hacer frente a la enfermedad. Esto incluía el conocimiento de la enfermedad para que sintiera control sobre ella y por otra parte, deconstruir sus historias pasadas de abuso y victimización como de aprendizaje de una mujer fuerte y sobreviviente de experiencias dolorosas y tristes.

Modelos Utilizados:

En la primera sesión se planteó la idea de trabajar con el modelo estructural debido a que la construcción de la hipótesis inicial apuntaba a la reestructuración de la familia, sin embargo, el proceso terapéutico fue guiando hacia el uso de un modelo centrado en soluciones debido a que plantea que los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver problemas, donde el propósito es identificar y ampliar el cambio y se centra en lo posible y en lo que puede cambiar. De esta manera el trabajo se centró en identificar recursos, habilidades, aprendizajes y lo que funcionaba en lo individual, como padres, pareja y en la familia.

Proceso Terapéutico e intervenciones utilizadas:

El proceso terapéutico con esta pareja tuvo una duración de ocho sesiones en un periodo de 4 meses, entre sesión y sesión había un intervalo de quince días. De las ocho sesiones, siete se trabajó con la pareja, quienes fueron constantes y en una se trabajó con la triada Ana-César-Agustín.

La primera sesión se tornó difícil, ya que no se pudo establecer un buen joining con la familia, Agustín y César mostraban una actitud defensiva y de poca confianza, Ana adoptaba una posición de víctima de las circunstancias y se culpaba de la situación familiar, incluso César decidió no seguir asistiendo pues no quería ser filmado y se negó a firmar la autorización. Desde una perspectiva estructural esto ayudó al curso de las sesiones posteriores, pues se marcó un límite claro entre el subsistema conyugal y el fraterno, pues al ya no asistir César, Ana y Agustín hablaban más acerca de lo que les sucedía como pareja y en lo individual.

El planteamiento con el cual llegó esta familia a terapia fue que Ana era la causa de los problemas, que ella no podía estar bien debido a “su pasado tormentoso y una niñez difícil” porque su padre la golpeaba, lo que la condujo a repetir este patrón con sus hijos sintiéndose culpable de haberlos golpeado. Tanto Agustín como César apoyaban esta idea, pues decían que lo que le hacía falta era abandonar su pasado y vivir en el presente; también se expusieron las complicaciones de la relación de pareja de César pues se comentó que él también se estaba volviendo violento con su hijo pequeño, cuestión que a Ana la hacía sentir angustiada y preocupada mientras que Agustín lo veía como problemas comunes que tenían todas las parejas.

Para esta primera etapa de la terapia, se les planteó un mensaje paradójico donde el amor que había en la familia estaba sirviendo a dos propósitos: uno era que a Ana se le prestara atención y cuidado en los momentos en que se encontrara angustiada y preocupada, pero por otro, los cuidados y la atención constante estaban generando “enojo y molestia inconscientes” debido a los enormes esfuerzos que estaban haciendo.

Después de estas intervenciones hubo un giro en los temas centrales de la terapia, pues la conversación giró en torno a uno de los problemas principales que enfrentaban como pareja Ana y Agustín y que generaba miedo, enojo y tristeza entre ellos. Ana comentó que tenía el síndrome de Paget; por los años que habían transcurrido se puede calificar como una enfermedad crónica, constante y estable pero con un deterioro progresivo de la salud. En el momento en que ellos llegaron a terapia con esta noticia la fase de crisis se intensificó pues el diagnóstico despertó en ellos los sentimientos de incertidumbre, el bajo control y la desesperanza por un futuro muy breve. Aunque podría decirse que ellos ya estaban estacionados en una fase crónica debido a que después de varios años ya convivían con la enfermedad aunque no sabían su nombre.

En este sentido es que se hizo necesario cambiar el modelo de trabajo y se decidió por centrarse en los recursos y capacidades de Ana para hacer frente a la enfermedad, ya que se marcaron y se ampliaron los cambios en donde ella tenía el control sobre su vida, y se resaltaron las fortalezas y los recursos como persona en cuanto a su capacidad de autonomía y ayuda para con los demás; se trató de indagar, marcar y ampliar las alternativas que tenía Ana para hacer frente a la enfermedad, como las medicinas alternativas, la acupuntura, la yoga, el tai chi, además de que entre Ana y Agustín lograran tener un conocimiento más amplio acerca de la enfermedad para lo cual se les propuso la tarea de investigar en libros, en Internet o con otros médicos en qué consistía la enfermedad y cuáles

eran los cuidados y las alternativas que había para su tratamiento. Además, la participación de Agustín se convirtió en fundamental en los cambios logrados ya que de haber adoptado una postura de acompañante de Ana, se convirtió en un copartícipe activo en cuanto al mejoramiento del estado de ánimo de ella y en cuanto a su relación de pareja. Cabe mencionar que como el enfoque centrado en las soluciones es un modelo centrado en el futuro, en cuanto a los tres puntos anteriores también se hizo énfasis en la utilidad de esas experiencias en un futuro.

En esta temática también se deconstruyeron los miedos que provoca la enfermedad, poniéndolos como sus enemigos en la relación de pareja y se señaló cómo es que llevaban a Ana a no moverse e impedir que buscara alternativas para cuidarse.

En cuanto a la cuestión de pareja, se resaltaron muchos de los recursos con los que contaban para brindarse apoyo, lo que también fue uno de los objetivos de la terapia pues debido a que la enfermedad concentraba parte de sus esfuerzos se marcó y amplió las actividades y los rituales que ellos tenían como formas alternativas para combatir a la enfermedad, como por ejemplo, las reuniones familiares, las actividades personales de cada uno y las actividades domésticas que compartían. En este sentido, a lo largo de las sesiones ellos fueron definiendo su relación con base en las diferencias, es decir, ellos había logrado establecer un matrimonio de 40 años debido a que eran diferentes, incluso en una sesión se empleó la metáfora de los hemisferios cerebrales y cómo los utilizan las mujeres y los hombres originando lenguajes diferentes en los que ambos habían aprendido el lenguaje del otro.

En cuanto a su rol como padres y buscando que no hubiera un sobreinvolucramiento de parte de los hijos en los cuidados a Ana, ya que era necesario un proceso de autonomía en la fase crónica de la enfermedad, se planteó una metáfora asociada a su profesión como maestros y su relación como padres de hijos adultos; se indagó sobre la manera cómo unos papás-maestros podrían ayudar a sus hijos pero sin intervenir de manera directa. Uno de los cambios que se hicieron notar es que las conversaciones sobre sus hijos, específicamente sobre César fueron siendo cada vez menos una fuente de estrés en la pareja pues al comentar sobre ellos ya no contaban sobre sus problemas o acerca de que estuvieran teniendo dificultades en las relaciones con sus parejas. La conversación se centró cada vez más en su estado actual como pareja y en la enfermedad.

Las intervenciones empleadas fueron principalmente crear un contexto para el cambio, es decir, las sesiones se iniciaban siempre dando por hecho que algo había cambiado, para lo cual se utilizaba la pregunta “¿Qué cosas diferentes han pasado desde la última vez que nos vimos?” Con base en esto se abrían temas y se indagaba sobre las diferencias, los cambios o la utilidad de las experiencias, sentimientos o hechos que habían trascendido entre sesiones o en el pasado. También se hizo uso de la tarea de fórmula de la primera sesión, que tiene el propósito de colocar a los clientes en el marco del cambio y los recursos, pidiéndoles que hicieran un recuento de las cosas valiosas y positivas que habían aprendido, en el caso de Ana y Agustín de lo que habían aprendido uno de lo otro en

su convivencia como pareja. Se hizo uso de la pregunta de escala para hacer un comparativo de los cambios logrados entre el tiempo pasado, presente y futuro, y de lo que había conseguido como personas y como pareja.

También, se utilizaron rituales para marcar y reelaborar los sentimientos de enojo, tristeza y dolor, al pedirles que escribieran sobre sus sentimientos y experiencias en su niñez y que a su término las enterraran en un lugar especial. Otras de las intervenciones empleadas fueron las preguntas reflexivas para deconstruir los sentimientos de miedo que provocaba la enfermedad como medios para que Ana se paralizara y no hiciera nada otorgándoles el control de su vida.

Valoración del trabajo terapéutico:

En cuanto a los objetivos planteados al inicio y en el curso de la terapia los clientes dijeron haberlos alcanzado; tanto a Agustín como a Ana se les preguntó al término del proceso terapéutico qué cosas fueron las que les ayudaron a salir adelante del problema que tenían, si hubo algo que les molestara, enojara o incomodara a lo largo de la sesiones, cuáles fueron esas cosas que ellos aprendieron y cómo esto que ahora sabían de ellos mismos les podía ayudar en adelante.

Ana contestó que al principio ella venía muy angustiada por todo lo que estaba viviendo con respecto a sus enfermedades y los problemas de pareja de su hijo César, pero que allí se le ayudó a encontrar la manera en cómo ayudarlo sin que ella se sintiera presionada o angustiada; también dijo que encontró lo que estaba buscando y que quedó muy contenta y satisfecha en lo que se le ayudó y no se imaginaba que la dinámica de trabajo fuera como se llevó. Agustín apoyaba la idea de Ana y comentó que en la mayoría de los servicios no se les daba una atención con calidad humana y que eso fue lo más valioso que se les brindó. Dijeron que en cada sesión aprendieron algo nuevo y que siempre salían con el ánimo alto para seguir adelante. Ana expresó que aprendió a valorar su casa, su esposo, que ella estaba luchando por estar mejor de salud y que ya no quería estar recordando algo que ya pasó, pues si lo sacaba “era como una tormenta”, que lo que quería era disfrutar lo que tenía en el presente: “aprovecharnos, pues somos tan relativos y tan efímeros... mejor hay que disfrutar, hoy amanecí muy contenta”. Agustín comentó que lo que aprendió fue que si ellos no están bien los que están cerca tampoco son felices, además de que siempre hay que vivir en el presente y no seguir anclado en las cosas que ya pasaron; también aprendió a valorar a su esposa y darse cuenta de las cosas que habían construido con los años de relación.

3.1.2. Aspectos teóricos considerados en el análisis del proceso terapéutico.

Lo que a continuación se presenta es el análisis teórico-metodológico que se siguió con los cuatro casos que se atendieron en los distintos escenarios clínicos de la Maestría en Psicología con residencia en Terapia Familiar de la FES Iztacala.

El trabajo se compone en su primera parte del tema desde el cual se pensó abordar el análisis teórico-metodológico de la intervención con las cuatro parejas atendidas; después, se plantea el análisis teórico-metodológico de la intervención con las parejas, interconectando los aspectos teóricos abordados en este apartado y el proceso de la terapia con las parejas.

Tema: El Dilema Autonomía-Mutualidad en la Construcción del Vínculo en la Pareja a través del Ciclo Vital.

Pensar en las relaciones humanas es un tema difícil de abordar, y no sólo por la generalidad del tópico sino por las diversas y múltiples ideas, ideologías, teorías, juicios, sentimientos, emociones, que entran en juego cuando distintas personas se ponen en contacto y pretenden compartir, disfrutar, crear o discutir sus experiencias.

Es así como el tema de la pareja dentro de un contexto de complejidad, mas no de ininteligibilidad, crea la necesidad de abordar su dinámica no sólo en términos de la relación entre dos personas unidas por algo en común, sino por la interacción de las historias de dos individuos en sus diversos contextos y cualidades personales (familia de origen, amigos, hijos, trabajo, nivel sociocultural, religión, edad, etc.) que van co-creando y autoorganizando un relación de pareja cuando deciden unir y entrecruzar sus vidas.

Dicho sea de paso, no es fácil establecer una definición unitaria y abarcativa de lo que es una pareja, y tampoco es el objetivo de este análisis. Lo que es importante resaltar en este trabajo es partir desde ciertas orientaciones teóricas acerca de lo que es una pareja para poder entender desde dónde se analizó el proceso terapéutico realizado con las parejas atendidas.

Importancia de los procesos individuales y relacionales en la construcción del vínculo en la pareja desde un enfoque sistémico.

Uno de los puntos importantes a destacar es que la pareja de hoy no es la misma como la que fue hace diez, cincuenta o cien años; ésta influye y al mismo tiempo cambia con los procesos sociales, culturales, económicos, religiosos, de cada época. Como se observó en el capítulo uno, los datos y estadísticas presentadas muestran cómo

los cambios estructurales en las sociedades influyen de manera directa en las relaciones al interior de la familia y la pareja y viceversa, lo que hace pensar que los tiempos entre estos cambios vertiginosos por las movilizaciones sociales, las transformaciones y mezclas culturales, los avances tecnológicos, la migración, la inestabilidad en los procesos económicos, los cambios en las pautas de relación y las creencias de lo que deben de ser una familia y una pareja, colocan a sus integrantes en dilemas en la manera de pensar, sentir e interactuar, entre los estilos relacionales pasados, los presentes y las expectativas futuras.

Stierlin (1997), expresa que la familia occidental actual se encuentra en un momento de crisis debido a los procesos de individualización que se están dando en las sociedades posmodernas, pues muchas de las funciones que cumplía, como el cuidado y la educación de los hijos, el cuidado de los adultos mayores, se han hecho competencia del Estado. Pero también afirma, que la familia se ha convertido en una instancia principal e incluso única de la satisfacción de profundos deseos y necesidades emocionales y existenciales.

Las sociedades posmodernas, están generando estilos de vida individualizada o con estructuras de convivencia alternativas a lo que se conoce como familia tradicional, pero el cómo se debe de vivir bajo éstas nuevas modalidades de relación no es un guión hecho, acabado o preestablecido, por lo que los roles, funciones, tareas son poco claros, nuevos, desconocidos y en construcción.

Debido a estos procesos de individualización, las personas se encuentran en un dilema: atender a su propia individualidad o identidad, en el que se pueden escoger estilos de vida sin vínculos firmes con el fin de diferenciarse de los otros, pero al mismo tiempo, surge la necesidad de relacionarse con otras personas con el fin de sentirse cuidados, protegidos, acompañados, frente a una sociedad de cambios vertiginosos.

Los dilemas entre este sentido de individualidad y el sentido de pertenencia a un grupo (familia) no son un tema nuevo dentro de la psicoterapia; ésto ha preocupado a teóricos y terapeutas de distintas escuelas, modelos u orientaciones teóricas. Por ejemplo, el Psicoanálisis surgió como una necesidad de explicar la personalidad del individuo, de saber qué sucedía dentro de su mente e intervenir sobre los trastornos emocionales que presentaba, sin embargo, emergió un dilema conceptual cuando se observó que en trastornos graves, como la esquizofrenia, la persona más significativa en la vida del paciente fue considerada causante de su enfermedad y patógena para él. Desde ese momento, una teoría individual basada en el modelo médico con conceptos como etiología, diagnóstico y cura era insuficiente para explicar e intervenir sobre los problemas de las personas; cuando se empezó a considerar a los otros significativos, como la relación de la madre con el paciente, la atención se desplazó del individuo a la familia, por lo que se tuvo que afrontar el dilema al describir y conceptualizar el sistema relacional de la familia (Bowen, 1998).

Cabe aquí preguntarse, ¿cuál es ahora el centro de atención, el individuo o la familia? ¿Cómo considerar al individuo y al mismo tiempo su contexto? ¿Dónde y cómo trazar los límites entre la autonomía personal y la mutualidad con las otras personas significativas, como la pareja?

Al querer trazar la diferencia entre el individuo y la familia, Bateson (1977; en Stierlin, 1997), advierte sobre las dificultades y paradojas de establecer esta diferenciación de un yo-mismo dentro del sistema, pues considera que éstos son una construcción artificial o constructo lingüístico que son útiles para describir, explicar y valorar algo, y como tal, la diferenciación de un yo-mismo de un no yo-mismo resulta diversa según el mapa del mundo del observador que traza las distinciones. Por ejemplo, un leñador que tala un árbol ¿dónde están aquí los límites del yo-mismo? ¿en la punta de los dedos que asen el hacha, en la punta del hacha o en el árbol, teniendo en cuenta que la posición cambiante del corte define cada vez de nuevo donde los dedos y el hacha tienen que apuntar?. Si esto se traslada al querer diferenciar un yo-mismo psíquico la delimitación se muestra aun más problemática.

Al tomar en cuenta una Epistemología Sistémica para construir la realidad, se amplía la visión del individuo a la familia y viceversa, se construye una perspectiva “esto... y esto...”, en vez de una “esto... o esto...”. Al tomar en cuenta esta visión de la realidad, el individuo y la pareja son considerados como un sistema. Al hablar del concepto de sistema es importante considerar que es más que la suma de sus partes, que un cambio ocurre cuando la relación entre los que interactúan es transformada, que hay una constante acción-reacción entre los que se relacionan (retroalimentación) y que para entender o explicar un evento es necesario relacionarlo con la ocurrencia de otro para que tome significado (Lederer y Jackson, 1990).

Terapeutas interesados por los procesos interaccionales en la familia, al trazar las diferencias entre el sistema individuo y el sistema familia, presentan diferentes perspectivas pero sin dejar de señalar que cada uno es un sistema que se transforma por la constante interacción a través del tiempo.

Por ejemplo, Minuchin (1995) ha señalado la importancia de considerar que la persona es quien es, a través de la interacción con los otros; esto quiere decir que su identidad posee dos elementos: un sentido de individuación y uno de pertenencia. La identidad, así explicada lleva a tomar en cuenta que hay una interacción entre el sentido de individuación y el de pertenencia, donde el niño, joven y adulto se acomodan al grupo familiar y al mismo tiempo expanden su participación en diferentes subsistemas y contextos familiares y extrafamiliares, lo que hace posible que la persona sienta que es parte de un grupo y a su vez se sienta diferente de éste.

Otros como Bowen (1998), en su Teoría de la “masa indiferenciada del yo de la familia”, expone que la familia es un sistema compuesto por una variedad de sistemas y subsistemas, en donde un cambio en una parte del sistema va seguido de un cambio compensatorio de otras partes de ese sistema. Como sistema, se puede convertir en una unidad emocional aglutinada donde no se diferencia el sí-mismo del de la familia, por lo que para lograrlo el individuo

deberá adquirir cierta capacidad de observar y controlar su reactividad emocional en todos los problemas emocionales, teniendo la conciencia de que puede responder de manera adecuada y natural pero también donde tenga la posibilidad de salir de la situación familiar conflictiva controlando su sí-mismo.

Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolò-Corigliano (1982), retomando ideas de Bowen y otros como Whitaker, Malone y Searles, afirman que la diferenciación del sí-mismo del individuo dependerá de la seguridad que éste tenga de su pertenencia al grupo familiar, pues en la medida en que éste se separa, su presencia será menos esencial en el funcionamiento del sistema familiar de origen, le permitirá relacionarse con otros sistemas y los vínculos entre el individuo y la familia se basarán en un sistema relacional distinto con diferentes facetas del sí-mismo. Pero si este proceso de diferenciación se tiene que efectuar dentro de un sistema en que preexisten expectativas específicas con respecto a las funciones de cada uno, la individuación de los miembros estará constreñida por lo que el sistema imponga.

Estos autores, coinciden en la idea de que la base para dicha diferenciación reside en los triángulos emocionales que regulan el intercambio entre los miembros de la familia y fuera de ella. Estos se componen por dos personas, que al entrar en conflicto, pero que mantienen un fuerte vínculo emocional, invitan a un tercero para desplazar la tensión dentro del triángulo. Mientras no sean rígidos y repetitivos, los triángulos pueden posibilitar la variación de modalidades relacionales, pues permitirán a cada uno de los participantes variar la formación de los triángulos entre los mismos miembros de la familia o con personas ajenas a ésta, lo que ayudará a generar en cada uno de los miembros de la familia que experimenten con nuevas partes de su sí-mismo; pero si los triángulos son rígidos, los puede llevar a pautas estereotipadas y repetitivas en los que la diferenciación y diversificación del sí-mismo se verá imposibilitado.

Bowen (1998), al tomar en cuenta una perspectiva multigeneracional en el proceso de diferenciación del individuo con la familia, expone que el grado de diferenciación que tenga el individuo con respecto a su sistema familiar de origen es lo que llevará a establecer el grado en el que se envuelve y se fusiona en los triángulos emocionales, pues si el individuo ayuda a sus padres a mantener en equilibrio su sistema relacional como pareja, su individuación se verá obstaculizada y congelada a través del tiempo; pero si el sistema familiar ayuda al individuo a crear un sentido de autonomía personal y la necesidad de formar sistemas relacionales nuevos con otras personas (como en este caso puede ser la formación de una pareja), serán menos vulnerables a los estados de tensión y a la necesidad de responder para reequilibrar la estabilidad del sistema familiar de origen: “Un cambio en el sí-mismo perturba el equilibrio y alimenta la fuerza opuesta en todos los sistemas emocionales interdependientes” (op. cit.; p. 58).

Sterlin (1997), argumenta que el proceso de individuación es un desarrollo de un yo-mismo que se describe de diferentes maneras mostrando facetas diferentes a través de su conexión e interacción con otras personas; él apunta que este proceso de “individuación conexas”, señala los procesos que posibilitan y exigen tanto la individuación como

la separación y además nuevas formas y niveles de conexión. En este proceso, él argumenta que se requieren de dos procesos interconectados: una “individuación con”, donde el individuo realiza su diferenciación con el sentimiento de un vínculo de lealtad frente a sus padres, abuelos y otras personas importantes, aceptando sus encargos, ganándose lo heredado por sus antepasados para poseerlo, con lo que da una dirección y un sentido a su vida; y además una “individuación contra”, donde la persona se defiende de lealtades y encargos que superan sus capacidades, por lo que se arriesga a experimentar ambivalencias y conflictos buscando su propio camino. En este sentido, la dialéctica entre la “individuación con” y la “individuación contra” será un juego en el que el individuo, la pareja y la familia asuman, interpreten y confronten ambos procesos.

Retomando las ideas de los autores antes citados, se puede afirmar, que la diferenciación entre el sistema individuo y el sistema familia, se puede entender por la interconexión que establecen, de su separación y de su vinculación con otros sistemas. Estos intercambios son los que le van a permitir al individuo, la pareja y la familia aprender, experimentar y construir nuevas dimensiones de su sí-mismo. Lo que quiere decir que el individuo, la pareja y la familia, al ampliar su espacio personal y colectivo al interactuar con otros sistemas, originarán desajustes, los cuales llevarán a ambos sistemas a estar redefiniendo su sí-mismo individual y colectivo, renegociando sus vínculos para darle un sentido de continuidad y al mismo tiempo estableciendo un cambio en su sistema de relación.

Considerar estos elementos, lleva a pensar que la pareja y los miembros que la integran, son un sistema que se conecta con otros sistemas que los ayuda a sentirse integrados a un contexto y al mismo tiempo también les ayuda a sentirse un sistema propio.

La pareja como sistema que autorganiza su proceso de construcción del vínculo.

Lederer y Jackson (1990), afirman que al considerar a la pareja como un sistema no se debe de tomar como una relación rígida entre dos personas rígidas, sino que el sistema pareja es una relación fluida entre dos personas y sus sistemas individuales de conducta.

Otros autores también hacen referencia a la importancia de tener presente estos procesos de interconexión, por ejemplo Ríos (2005) afirma que la pareja es:

“...un grupo humano integrado por dos miembros relacionados por vínculos de afecto y en el que se hace posible la maduración de la persona a través de encuentros perfectivos, contactos continuos e interacciones comunicativas que hacen posible la adquisición de una estabilidad personal, una cohesión interna y unas posibilidades de progreso evolutivo según las necesidades profundas de cada uno de los miembros en función del ciclo vital en que se encuentren” (Ríos, 2005; p. 151).

Este autor se basa en dos definiciones de C. Whitaker para dar sustento a su concepto. Cuando habla de vínculo de afecto y maduración hace referencia a la relación de pareja como una “experiencia adulta de intimidades”.

Al hablar de “experiencias” se refiere a todas aquellas vivencias y realidades acumuladas a través de los años que van dejando una huella profunda y que, a la vez, se van convirtiendo en una fuente que se renueva; en lo concerniente a la cuestión de la “madurez”, son las sensaciones que constituyen el fundamento de la decisión de elegir a otra persona y esencial para la futura estabilidad de la relación marital.

Esta definición resalta la idea de que centrarse en la estabilidad personal, la cohesión interna y la posibilidad de progreso en la pareja según sus necesidades en función de un ciclo vital, llevan a considerar la experiencia adulta como una conquista de la intimidad en un contexto de vida independiente, lo que quiere decir que ambas personas forman un nuevo sistema que les permita sentirse unidos y en el cual van elaborando patrones de relación que integren un clima de confianza y comunicación profunda que permita armonizar expectativas tanto individuales como conyugales.

Esta complejidad, permite observar que en la dinámica de la pareja intervienen múltiples niveles en constante imbricación (ciclos vitales individuales y de pareja, relación con otros sistemas, creencias, cultura, etc.), además de que tiene la capacidad de adoptar múltiples formas sin dejar de ser identificable como tal.

Al tomar en cuenta lo anterior, hay dos formas en que se puede considerar una pareja: la primera es que se puede pensar como un subsistema del sistema mayor: Familia; como subsistema conserva un lugar y una jerarquía dentro de la familia y se relaciona en función de ello con los otros subsistemas como el filial. La segunda manera de considerarla, es que es una relación particular que se define y regula en función de sus dos miembros y del vínculo que los une (Troya, 2000).

Estos dos aspectos son importantes, pues al relacionarse con la construcción del vínculo, se debe considerar que la pareja no es “algo” aislado fuera de un contexto (la cultura, sus valores, la ideología, las expectativas en torno a cómo ser hombre y mujer), sino que es interdependiente de éste, influyendo sobre la forma en que la pareja construyen su estilo relacional; es decir, al considerar que dos individuos, al conformarse como pareja delinean una particular relación, la pareja es un sistema interdependiente de un contexto que influye sobre cómo construye sus propias reglas de interacción.

Lederer y Jackson (1990), resaltan la importancia de estas ideas cuando explican que en las relaciones entre los miembros de la pareja hay un constante movimiento entre las personalidades y el sistema pareja, pero además, destacan que la pareja, al entrar en contacto con otras personas, tendrán patrones de comportamiento diferentes en comparación a cuando estén solos, lo que marcará su unidad como sistema pareja diferente al individual.

Al considerar esto, se puede citar lo que Caillé (1992), afirma cuando explica que la pareja es un ser vivo, señalando que se autoorganiza y construye sus propias reglas que le permiten su sobrevivencia y trazar sus límites con respecto al contexto. No la considera como un objeto, vínculo, espacio, producto de los miembros individuales el

cual hay que acomodarlo, recortarlo o alargarlo para que sea aprovechable a cada uno, sino que resalta que es un sistema diferente a sus miembros individuales que como lo pueden controlar los puede controlar a ambos. Además, expresa que la pareja crea su propio modelo que es único, específico y original (absoluto de la pareja), define su existencia y marca sus límites; este modelo permite un equilibrio dinámico de interacciones entre los miembros de la pareja y entre los miembros con el modelo de relación, pero también puede entrar en conflicto con las necesidades personales de quienes la han creado.

De esta manera, para este autor la pareja es vista como un actor cognitivo, que se coordina por su propio modelo organizativo que consta de cuatro niveles de recursividad (Caillé, 1992):

1. Algo que gravita fuera de la pareja: es la representación que hace de sí misma la pareja y que consta de dos planos, el de las ideas (ideológico o místico) y el de los comportamientos (fenomenológico o ritual)
2. Algo que gira sobre sí mismo: es el “mito fundacional”, es el modelo del mundo que les sirve de apoyo y que consta del plano mítico y ritual que crea significado, que la da el sentido de comunidad o microcultura a la pareja. Este mito puede seguir funcionando con o sin dificultades mientras sus miembros no lo cambien.
3. Algo que se mueve con la pareja: es la relación que la pareja tiene con otros modelos cognitivos que le sirven para ordenar la realidad, nombrar el mundo y crear una identidad, para que sean integrados los significados construidos por estos modelos deben ser novedosos, guardar relación con lo ya conocido y que abra nuevas perspectivas, si esto no es así, los miembros y su absoluto entrarán en una circularidad rígida.
4. Algo que se mueve con el absoluto del terapeuta: es el modelo organizativo terapéutico del terapeuta y el cual comparte con una comunidad profesional. Este absoluto le permite comprender a la pareja a la vez que se va transformando en la interacción con ésta a través de la conversación; este proceso termina una vez que la pareja encuentra su propia manera de dialogar con su absoluto. La distinción entre el absoluto del terapeuta y el de la pareja ayuda a mantener la curiosidad por el modelo que el otro aplica al mundo.

En cuanto a los dos puntos anteriores que tocan la relación del absoluto de la pareja con otros modelos, Elkaïm (2000), habla acerca de ensamblajes, resonancias y singularidades. Por ensamblajes entiende la conexión que se crea por elementos de diferentes tipos como pueden ser genéticos o biológicos, sociales, culturales o reglas familiares; las resonancias son casos particulares de ensamblajes, redundancias que interconectan a diferentes sistemas; y las singularidades son los elementos (temas, posturas corporales, tonos de voz, utilización del espacio, etc.) sobre los cuales giran los sistemas en interconexión.

Debido a la interacción de estos procesos ecosistémicos en el sistema relacional de la pareja en los que se relacionan diferentes sistemas y procesos de continuidad-cambio, Caillé (1992), menciona que ésta se puede presentar como paradójica, debido a que ante la presencia de una dificultad en sus vidas está sometida al dilema del cambio-no cambio. Cuando una pareja atraviesa por una dificultad, sus estilos de interacción y sus maneras de

pensar sobre el mundo se ven cuestionados y cambiados pero, a la vez, debido a las interacciones constantes a través del tiempo, aparecen redundancias que le dan continuidad, estabilidad y seguridad a la vida de la pareja. De esta manera, las pautas de interacción establecidas no son tan fáciles de abandonar para los miembros y cualquier situación percibida como un intento de cambiar la pauta puede ser rechazado por la pareja.

Lederer y Jackson (1990), manifiestan que cuando las personas se unen como pareja, una primera acción importante es el intento de cada uno de los miembros para establecer la naturaleza de la relación; esto es, cada uno influye en el sistema de relación de tal manera que ayuda a determinar los límites de la conducta aceptada, contribuyendo a la tendencia homeostática.

Esta tendencia no es un hecho lineal e inmodificable, sino que es un proceso en el que la pareja se organiza a través de sus cambios internos y externos que le dan un sentido de continuidad y de cambio a través del tiempo; es decir, cuando la conducta de uno de los miembros cambia existe una reacción y un cambio en la conducta del otro miembro; si a esto se incluyen otros eventos y otras personas significativas en la relación, por ejemplo, el fallecimiento de un familiar de la esposa, es posible que el otro miembro reaccione de tal manera que ayude a mantener la estabilidad del sistema.

Con relación a esto, Elkaïm (2000) afirma que ante esta paradoja del cambio-no cambio, en la pareja hay dobles coerciones recíprocas que se componen de dos elementos: el programa oficial (que es la demanda explícita de cada miembro de la pareja, por ejemplo, la mujer puede decir quiero mayor cercanía de él) y el mapa del mundo (que son las creencias que se construyen de experiencias anteriores, por ejemplo, la mujer, al pedir cercanía se contrapone con su creencia construida por sus experiencias de vida de que el abandono es inevitable). Esto quiere decir, que la demanda de cada uno de los miembros de la pareja puede verse en conflicto con sus mapas acerca de cómo construyen su mundo.

En cuanto al proceso de construcción del vínculo en la pareja en donde intervienen los procesos de autonomía personal y mutualidad es importante tener en cuenta el mito fundacional, las dobles coerciones y el absoluto de la pareja pues de la interconexión entre la mitología fundacional con la cual van construyendo el mapa del mundo y sus pautas relacionales, puede originar un dilema con las tareas, retos, expectativas, dificultades y roles que son necesarios en una o en varias etapas del ciclo vital individual, el de pareja y el familiar. Esto puede provocar un cambio y una reconstrucción del vínculo ya que puede producir transformaciones en los estilos de relación en la pareja, redefinir la autonomía personal o, puede llevar a que permanezca intocable en el tiempo trayendo problemas en las relaciones, creencias, expectativas, necesidades, deseos, entre los que interactúan en el sistema.

Aunado a lo anterior, la construcción del vínculo en la pareja no será entendida como un hecho dado *a priori* sino como un proceso que implica la construcción de una identidad, en el que cada miembro no pierde su individualidad y

donde al mismo tiempo hay mutualidad, en la que comparten, interconectan, comunican, resuelven dificultades, definen y redefinen a través del tiempo emociones, experiencias, necesidades, expectativas, deseos, creencias, las cuales hacen posible que la pareja se viva como un sistema durable e interdependiente con sus procesos de continuidad-cambio que dependen de la interconexión con los procesos individuales, los de la misma pareja y la familia.

En resumen, los argumentos antes citados permiten distinguir cuatro elementos que se interconectan en el proceso de construcción del vínculo en la pareja y son:

1. El individuo es un sistema con sus propios procesos, los cuales van influyendo sobre la construcción de las percepciones, decisiones, creencias, motivaciones acerca de su vida, la pareja y la familia.
2. La pareja es un sistema, un ser vivo que se autoorganiza y que construye sus propias reglas que le permiten su sobrevivencia y que además le ayudan a trazar sus límites con respecto al contexto.
3. La pareja y cada uno de sus miembros son sistemas que transitan en función de un ciclo vital que va transformando sus necesidades, expectativas, relaciones, ideas, roles, funciones.
4. La pareja y cada uno de sus miembros no son unidades aisladas, sino que están en constante interacción con su contexto (familias de origen, hijos, cultura, trabajo, escuela, ideología, expectativas sociales, edad, etc.).

El ciclo vital y su influencia en la construcción del vínculo en la pareja.

Se puede iniciar definiendo *ciclo*, que se refiere a algo que se está repitiendo; *vital* comprende todo lo relativo a la vida. De esta forma, se entiende que el *ciclo vital* es un proceso que se repite en el transcurso de la vida; aunque es algo muy general y extenso, con él se explica que los seres vivientes atraviesan en su vida por ciertos periodos o etapas que le son significativas y que además generan un cambio (Espinosa, 1992).

El concepto de ciclo vital de la familia se formuló por primera vez en la *Sociología de la familia*. Desde los primeros años de la década de los setenta, casi todos los terapeutas de la familia han prestado mucha atención a este concepto como marco para el diagnóstico y la planificación del tratamiento (Simon, Stierlin y Wynne, 1993). Una de sus características es su aplicabilidad para todas las posiciones teóricas (Falicov, 1991).

“El ciclo vital de la familia se refiere a aquellos hechos nodales que están ligados a la peripecia de los miembros de la familia, como el nacimiento y crianza de los hijos, la partida de estos del hogar, el retiro y la muerte”. (Duval, 1957; en: Falicov, 1991; p. 44)

En relación a esta definición, Falicov (1991) explica que estos hechos producen cambios a los que deberá adaptarse la organización formal de una familia; estos cambios son de composición y exigen una reorganización de los roles, reglas y espacios. El curso vital de las familias evoluciona a través de una secuencia de etapas relativamente

previsibles y universales pese a las variaciones culturales o subculturales. El ciclo vital de la familia además, está sujeto a innumerables variaciones individuales, que dependen del momento en que se producen los cambios y en las estrategias empleadas para afrontarlos; dichos cambios han sido calificados como normativos porque gran parte de la raza humana comparte relojes biológicos o expectativas sociales similares, por lo que no existe mucha variedad en estos cambios ya que también las pautas normativas actúan como una guía o ideal cultural que ejerce cierta influencia sobre el modo en que los individuos perciben su vida y cómo se conducen en ésta.

Con respecto a estas transiciones que producen cambios estructurales en las familias Wynne (1991), afirma que, en ocasiones, las salidas y entradas por las etapas en el ciclo vital no guardan una sincronía con los procesos relacionales entre los miembros pues éstos tienen un ritmo y una secuencia que posee su propia lógica interna.

Este autor señala que los procesos relacionales internos de la familia y de otros sistemas relacionales duraderos se suceden unos a otros con una determinada secuencia evolutiva que depende de cuatro procesos (Wynne, 1991):

1. El apego/cuidado solícito: que involucra una ligazón afectiva complementaria.
2. La comunicación: en el que los participantes en las relaciones van construyendo un sistema de significados que les permita establecer una “realidad social compartida”, un “aquí y ahora” común que facilite el intercambio de mensajes en la creencia de que se encuentran en la misma situación.
3. La resolución conjunta de problemas: que implica la participación cotidiana renovable en los intereses, tareas y actividades recreativas.
4. La mutualidad: en la que existe el compromiso mutuo de ir modelando la relación a medida que se desenvuelve el ciclo vital; implica el distanciamiento o desvinculación y la nueva vinculación constructiva.

Para Wynne (1991) la intimidad sería un proceso que depende de las cuatro etapas anteriores, aunque es inconstante y va más allá de la mutualidad, pues en las relaciones entre las personas donde hay un respeto recíproco y roles bien definidos no necesariamente está implicada la intimidad, sino que es un corolario subjetivo de la mutualidad, que involucra un unión polifacética y elaborada que sobrepasa la etapa básica de apego/cuidado solícito.

Otro de los aspectos que toma en cuenta Wynne (1991), junto con otros de sus colegas, es que observaron que el esfuerzo de las personas por relacionarse con otras personas significativas y el esfuerzo simultáneo por desarrollar un sentido de identidad personal genera un dilema en los sistemas interpersonales, en el que lo que es “negativo” en el nivel del sistema relacional puede ser “positivo” para los participantes como individuos o viceversa, lo que lleva a dos soluciones: la “mutualidad genuina” o la “seudomutualidad” o “seudohostilidad”.

Es por ésto, que a continuación se considera pertinente tratar los ciclos individuales junto con el ciclo vital de la pareja, pues como se ha mencionado, esto es importante para entender el proceso de construcción del vínculo en la pareja.

Los ciclos individuales de los miembros de la pareja.

Al haber definido lo que es un ciclo vital, cabe mencionar la importancia que tienen dentro de la pareja sus miembros individuales, pues como se expresó en los párrafos anteriores, la construcción del vínculo tiene que ver con los procesos individuales, de la pareja y del contexto que permiten un sentido de continuidad y cambio; es por esto que se hace necesario realizar una exposición del ciclo vital individual desde la perspectiva de Erik H. Erikson, que parte desde una postura psicosocial del desarrollo. Lo que llevó a elegir esta perspectiva fue que Erikson (1985), al trazar las diferentes etapas por las cuales transita un individuo, va tomando en cuenta no sólo los factores individuales de maduración sino también los factores sociales con los cuales tiene contacto y que van siendo más amplios, a la vez que el individuo crece; además, en cada etapa el individuo enfrenta dilemas que lo colocan en la redefinición de sí mismo pero también respecto de los otros significativos.

Una de las características importantes en cuanto a las etapas del desarrollo psicosocial de Erikson (1985) es que procede según pasos críticos, que provocan en el individuo cambios decisivos donde se encuentra en un dilema entre el progreso y la regresión, la integración o el retardo. Esto quiere decir que cada etapa llega a su culminación, enfrenta su crisis y encuentra su solución durante la etapa indicada, lo que también señala una relación de una de las etapas con las otras (mutuamente dependientes).

Es así como en el desarrollo psicosocial planteado por Erikson (1985) se señalan ocho etapas con sus respectivas fortalezas esenciales:

1. Confianza básica vs. Desconfianza básica.

En esta etapa el primer logro social del niño es permitir que la madre se aleje sin que éste experimente ansiedad o rabia, debido a la continuidad y persistencia de la madre, se convierte en un sentimiento rudimentario de identidad. De esta manera, un estado general de confianza implica el aprendizaje de la continuidad de los proveedores externos (como la madre) y un sentimiento en el que el niño confíe en sí mismo. La cantidad de confianza depende del manejo que hace la madre entre lo que es el cuidado sensible de las necesidades individuales del niño y un sentido de confiabilidad personal firme.

2. Autonomía vs. Vergüenza y duda.

La maduración muscular lleva a experimentar dos modalidades sociales: aferrar y soltar. Es un deseo repentino y violento de elegir por su propia cuenta, de apoderarse de las cosas que están a su alrededor, la firmeza lo protege de su incapacidad para retener y soltar con discreción. Por otra parte, la vergüenza supone un sentimiento de pequeñez que puede desarrollarse sólo cuando el niño se pone de pie y percibe las medidas de tamaño y poder; la provocación de vergüenza excesiva llevará al niño a una secreta decisión de hacer las cosas sin que nadie lo vea; en esta etapa se vuelve decisivo un sentimiento de autocontrol sin la pérdida de la autoestima.

3. Iniciativa vs. Culpa: dirección y propósito

Después de alcanzada la autonomía en la etapa anterior, la iniciativa agrega a ésta la cualidad de la empresa, es decir, el hacer y el planear una tarea por el mero hecho de estar activo y en movimiento. El niño tiene que enfrentar y alcanzar un sentido de responsabilidad moral ya que va adquiriendo cierta comprensión de las instituciones, las funciones y los roles que permiten su participación responsable tanto en el manejo de herramientas, de juegos y del cuidado de los niños más pequeños. En esta etapa el niño está dispuesto a aprender rápidamente y a hacerse más grande pues tiene un deseo de compartir la obligación y responsabilidad, es capaz de hacer las cosas en forma cooperativa, de estar con otros niños en un juego con el propósito de construir y planear y a imitar los prototipos ideales como lo son sus padres. El sentimiento de culpa aparece cuando las metas planeadas y los actos de manipulación se convierten en agresivos.

4. Industria vs. Inferioridad: método y capacidad

En esta etapa el niño entra en contacto con otros contextos sociales como es la escuela. Aquí el niño olvida o sublima la necesidad de conquistar a otras personas o de convertirse en papá o mamá en forma apresurada, su inserción y reconocimiento en la sociedad es a través del aprendizaje de la producción de cosas. Un sentido de industria, significa que el niño completa el trabajo mediante una atención sostenida y una actividad perseverante, se adapta a las leyes y su finalidad es completar una situación productiva. El sentimiento de inferioridad nace cuando el niño se desespera de sus herramientas, habilidades o su estatus y puede renunciar a la identificación con sus iguales y a una parte del mundo de las herramientas. Esto sucede cuando en la vida familiar no se ha logrado prepararlo para la vida escolar, ya que la sociedad más amplia se vuelve más significativa puesto que la industria implica hacer cosas junto a los demás (sentido de la división del trabajo).

5. Identidad vs. Confusión de rol: devoción y fidelidad

Abarca la etapa de la pubertad y la adolescencia; aquí el adolescente debe de librar batallas como las de las etapas anteriores, ya que elige artificialmente a personas bien intencionadas para que desempeñen los roles de adversarios

y de ídolos como guardianes de una identidad final, lo que supone una experiencia acumulada de integrar las identificaciones infantiles, los cambios corporales y fisiológicos y las oportunidades ofrecidas en los roles sociales que les corresponden. El sentimiento de confusión de rol surge cuando el joven es incapaz de decidir por una identidad ocupacional, este aspecto es importante en cuanto a lo relativo a la identificación con grupos o multitudes. En cuanto a lo que corresponde con el tema de la pareja, los primeros encuentros amorosos, en donde surge el enamoramiento o amor adolescente implica la necesidad de definir la propia identidad reflejando la propia imagen difusa en otra persona y que se aclare gradualmente.

6. Intimidad vs. Aislamiento: afiliación y amor

El adulto joven que surge de la necesidad de la búsqueda de la identidad, ahora se prepara para establecer intimidad y fundir su identidad con la de otros, lo que implica crear compromisos, afiliarse y asociarse a relaciones concretas como lo puede ser una pareja, un trabajo, un partido político, etc. El aislamiento surge cuando el adulto joven evita tales experiencias por un temor a la pérdida de la identidad. El peligro en esta etapa es que las relaciones íntimas, competitivas y combativas se experimentan con y contra las mismas personas. En cuanto a la cuestión de pareja, el adulto joven, si en esta etapa no está preparado para la intimidad no habrá el goce de compartir una confianza mutua, de regular los ciclos del trabajo, la sexualidad y la recreación.

7. Generatividad vs. Estancamiento: producción y cuidado

La generatividad implica que el adulto necesita sentirse necesitado de aquello que ha producido y debe cuidar, nace la preocupación por guiar a la nueva generación (por ejemplo, los hijos). Cuando el enriquecimiento de estas experiencias falta, se da lugar a una regresión, una especie de pseudointimidad que se experimenta como un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento personal, el individuo se comienza a tratar como si fuera su único hijo y si lo sorprende algún problema físico o psicológico se convierte en la fuente de su autopreocupación. Erikson (1985) hace una aclaración importante ya que afirma que la generatividad no se alcanza con el sólo hecho de tener o desear tener hijos, ya que en los padres jóvenes esta capacidad demora en desarrollarse.

8. Integridad del yo vs. Desesperación: renunciamento y sabiduría.

Esta etapa se alcanza cuando la persona ha cuidado de cosas y personas, se ha adaptado a los triunfos y las desilusiones de ser el generador de seres humanos, productos o ideas. Integridad del yo significa tendencia al orden del mundo y un sentido espiritual, aceptación del propio y único ciclo de vida, dignidad para defender su propio estilo de vida. Cuando falta esta integración se expresa en el temor a la muerte, la desesperación se traduce en que el tiempo es demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos a la integridad.

Estas ocho etapas que marca Erikson son de utilidad para la comprensión en el proceso de construcción del vínculo en la pareja, pues no es lo mismo que dos personas decidan unir sus vidas en la etapa de identidad vs. confusión de rol, intimidad vs. aislamiento ó generatividad vs. estancamiento. Incluso, sus miembros pueden llegar a establecer su relación en las mismas etapas de sus ciclos individuales o en etapas diferentes, lo que lleva a lo que Wynne (1991) señala como dilemas en los sistemas relacionales entre el sentido de identidad personal y el sentido de pertenencia.

El ciclo vital de la pareja

En cuanto a lo que concierne a la pareja, se debe de entender por ciclos normativos de la pareja a las etapas sucesivas por las que atraviesan la mayoría de las parejas y que indican un desarrollo “normal” empleando las energías mínimas necesarias para conseguir sus objetivos que tanto la naturaleza como su contexto social les han marcado cumpliendo una finalidad dentro de una época histórica (Ríos, 2005).

Ríos (2005) señala seis etapas normativas por las cuales pasa una pareja y éstas son las siguientes:

1. Noviazgo.

Una primera pregunta que surge en esta etapa y en las que siguen es ¿Cómo le gusta quererse a esta pareja? (Vicencio, 2000). La respuesta remite a lo que es la *intimidad*, no sólo en sus aspectos eróticos, relacionales o reproductivos, sino a una etapa a la cual ya hacía referencia Erikson (1985) en el desarrollo psicosocial del individuo y que Stenberg y García (1999; en Ríos, 2005) llaman el pentágono del amor: **Pasión** (existencia de atracción y deseo mutuo), **intimidad** (posibilidad de acceso a la “desnudez” corporal y emocional que facilite el conocimiento), **compromiso** (decisión de cristalizar el vínculo con voluntad renovada de permanencia afectiva o lo que también puede nombrarse como contratos matrimoniales), **afecto** (expresado por detalles satisfactorios) e **interés** por el otro (va más allá del te doy para que me des); estos elementos se convierten como importantes en la formación de una pareja y se utilizan como ejes orientadores que permiten tener una idea acerca de la existencia o no de amor en la pareja para un proceso de crecimiento y maduración juntos.

2. La forja de la pareja.

Con las parejas que se encuentran en esta etapa del ciclo vital es importante tener presente los siguientes temas:

- El sistema familiar de origen de los cónyuges: realidad, límites, triángulos y posibles conflictos.
- Encuentro o formación de la pareja.
- Construcción de la afectividad.
- Paso de “estar casado” a “sentirse casado”.

- Reglas de interacción conyugal.
- Comunicación en la pareja tanto a nivel verbal como analógico.
- Sistema Familiar Creado (SFC) por los cónyuges frente al Sistema Familiar Querido o Deseado (SFQ/D) como perspectiva de futuro creciente.
- Territorios y límites físicos y emocionales tanto en el área intraconyugal como en su interacción con el entorno.
- Perspectivas y exigencias de “ser padres” frente a las de “sentirse padres”.

Rage (1996) explica que una de las dificultades a las que se enfrentan las parejas en las primeras etapas de formación de su ciclo vital, es el cambio en la relación con las familias de origen, pues si los miembros de la actual pareja tuvieron o tienen una función en que estos han sido parte de una interacción que tiende a preservar la unión en el matrimonio de sus padres o en la familia en general, puede ser un factor en la disolución del vínculo, pues el matrimonio es visto como la única forma de separarse de su familia de origen o un medio en el que la pareja se convierte en el “paladín” que va a luchar contra sus padres resolviéndole sus problemas.

Como se explicó anteriormente, estos triángulos intergeneracionales, juegan un papel importante en el proceso de vinculación en la pareja, pues el grado de autonomía personal que experimente cada uno de los miembros con respecto a su familia de origen, ayudará a la consolidación de un sistema de pareja con su propio modelo organizativo.

Bowen (1998), explica que cuando el sistema relacional de la familia obstaculiza la diferenciación de los miembros, se debe a que en las generaciones precedentes, cada uno de los padres transmitió a sus hijos un cierto grado de “inmadurez” que traslada a los nuevos sistemas que forman con otras personas, pero que a la vez les impide diferenciarse del sistema original; es decir, el individuo puede estar en la ilusión de haber conquistado su “independencia” al haberse alejado físicamente de su familia de origen pero puede estar fusionado de la misma manera que el que se queda y pone en funcionamiento mecanismos internos para regular su compromiso. En su ilusión de “independencia”, el que se aleja físicamente puede aplicar el mismo patrón de comportamiento en su relación de pareja, pues cuando exista la tensión se alejará, uniéndose a nuevas relaciones o siendo éstas cada vez más transitorias. Para los que ponen en juego mecanismos internos pueden permanecer en los momentos de tensión emocional pero se “aislan” desarrollando diversos síntomas como enfermedades, depresión, alcoholismo o episodios de irresponsabilidad con respecto a los demás.

Como lo señala Willi (1993), los triángulos pueden fortalecer la posición frente al cónyuge en conflicto o unir más fuertemente a la pareja; este tercer interviniente con el cual se puede tener una relación fusionada o fusionada y conflictiva puede ser una persona (hijos, hermanos, cuñado, padre, suegros, amantes) o inclusive objetos o actividades (como el trabajo, algún pasatiempo, una mascota, problemas de alcoholismo); este tercero, tiene carácter funcional y sirve a la pareja, o bien para evitar la solución del conflicto no resuelto con sus padres y con su

pareja enredándose en una especie de telaraña de fusión que evita la movilización, o bien para llegar a un arreglo mejor en el que se logre la diferenciación del individuo con su familia de origen y permita a la pareja funcionar como sistema interdependiente.

3. Cohesión de la pareja.

En esta etapa la pareja se siente unida y cada uno de los miembros de la pareja disfruta del sentimiento de verse apoyado y respaldado por el otro, lo que se denomina como el sentimiento de pertenencia, que se ve influido por el contexto y el proyecto de vida individual.

Si en esta etapa, el proceso de diferenciación del individuo con respecto a su familia de origen sigue obstaculizado, Bowen (1998), afirma que una manera en que la pareja puede controlar la fusión del yo es a través de tres mecanismos:

- I. El conflicto conyugal: donde cada uno lucha por dividir en partes iguales el sí-mismo común y ninguno cede ante el otro.
- II. La disfunción de uno de los miembros: donde uno de los dos cede ante el período del conflicto, y en ocasiones puede llevar a que el que cede funcione en niveles tan bajos que crea una mutua dependencia con la pérdida del sí-mismo.
- III. La transmisión del problema a uno o más hijos.

4. Crecimiento interno de la pareja.

Como ya se mencionó con anterioridad, la pareja es un sistema vivo (Caillé, 1992) el cual necesita crecer, desarrollarse y enriquecer sus potencialidades continuamente. Cuando esto deja de suceder el sistema pareja deja de ser espontáneo en la comunicación, la interacción afectiva y en la relación amorosa.

En esta etapa, los hijos pueden jugar un rol importante en el sistema relacional de la pareja. Willi (1993), afirma que una manera en el que el sistema pareja puede mantener paralizado su estado de crecimiento es a través de los triángulos que se centran en las relaciones de la pareja con los hijos, el niño puede servir como un objeto en el que, o sobre el que, se traslada el conflicto matrimonial, apareciendo como diferencias sobre las concepciones de educación. Es así como los hijos se convierten en un regulador de la cercanía y/o distancia o de la individuación y/o fusión que tenga la pareja con respecto a otros sistemas, por ejemplo, si la mujer dice que su marido es demasiado duro con los niños, o que se preocupa muy poco por ellos se plantea la cuestión de hasta qué punto la mujer misma sufre por la frialdad y la dureza de su marido en relación a ella; también pueden utilizar maniobras para colocar al otro cónyuge ante sus hijos en la posición de malo, con vistas a conseguir en su beneficio, que le tenga por preferido. En cualquier caso, los hijos se convierten en sustitutos para los padres, con los que establecen relaciones

fusionadas y en las cuales ambos pierden en su autonomía, en los hijos asumiendo una función central en la relación con sus padres y evitando resolver su propio problema de desarrollo y en los padres, perdiendo identidad como pareja y viviendo cualquier intento de separación de sus hijos con sentimientos de culpabilidad y temor.

Cuando no existen hijos en el matrimonio estos triángulos se pueden construir incluyendo un problema no resuelto con algún miembro de la familia de origen, un problema de adicción o infidelidad.

Para que no se dé está parálisis y un estancamiento en el proceso de aprendizaje de la pareja es necesario que incorpore dos elementos: que los miembros sepan ceder parte de su individualidad y que consigan un nuevo sentido de pertenencia con suficientes niveles de gratificación y satisfacción en los diferentes niveles de la interacción marital. (Ríos, 2005)

5. Estabilidad en la pareja.

Si bien no se pueden delinear modelos ideales que marquen tiempos específicos a cumplir, esta etapa del ciclo de la pareja se puede entrecruzar con la etapa del ciclo vital individual que implica la generatividad.

Como pareja se ha alcanzado un nivel de estabilidad que implica la capacidad de conservar un modo de funcionamiento tanto en su nivel personal como interactivo, los altibajos y las oscilaciones que generen desequilibrio hacen que la pareja haga un esfuerzo que se acompaña del compromiso mutuo de permanecer juntos a través del tiempo.

Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolò-Corigliano (1982), expresan que si el sistema familiar está atravesando por un periodo de inestabilidad es posible que se presenten síntomas en algunos de los miembros para mantener la estabilidad del sistema, lo cual puede convertirse en un recurso temporal mientras se reorganiza el sistema y no se convierta en una solución definitiva. Pero si esto ha ayudado a mantener pautas de interacción estereotipadas y repetitivas, el síntoma puede conducir a mantener un equilibrio rígido y atemporal, que lleva al sistema familiar e individual a conservarse unidos a un sí-mismo indiferenciado y congelado, sin la probabilidad de expansión y de redefinirse a través del tiempo.

6. Disolución evolutiva de la pareja

Para esta etapa el factor de disolución es la muerte, lo cual también coincide con la etapa individual de integridad del yo y con la etapa familiar de "nido vacío", en el que los padres se encuentran ante la partida de los hijos del hogar y el reencuentro con la pareja.

Aquí se puede retomar lo que Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolò-Corigliano (1982) argumentan con respecto a que si el sistema es el que ha determinado que las personas coexistan en el nivel de funciones (vivir solamente en función de los demás), disminuirá la posibilidad de diferenciarse en todos los campos en que las demandas son conflictivas y donde se confunde el espacio personal con el espacio de las interacciones, produciendo intercambios de interacción más estériles.

Es así como en este proceso en el que los hijos se van del hogar y los padres se quedan a enfrentar sus conflictos y dilemas en su relación de pareja, si en su sistema de relación prevalecieron mecanismos de funcionamiento en los que se borra el espacio personal, una de las reglas fundamentales para mantenerlo, será la imposibilidad de “abandonar el campo”, con lo que se privilegiará a personas que ofrezcan garantías de perpetuar los juegos aprendidos anteriormente (como lo pueden ser las parejas de sus hijos), mientras que se excluirá a las que no brinden esa seguridad.

Por otro lado, dentro del ciclo vital de la pareja también existen rupturas o discontinuidades que no implican un seguimiento con la etapa anterior a la que estaba viviendo la pareja y que se puede deber a factores tales como: la reducción de miembros en el sistema familiar, separaciones, divorcios o una nueva pareja.

Es así como de la interconexión de los ciclos individuales y de pareja, donde entran en contacto las historias familiares, creencias, estilos relacionales, de resolución de conflictos, de comunicación, expectativas, necesidades, sentimientos, se va construyendo un vínculo que le permite a la pareja percibirse como un sistema relacional interdependiente y diferenciado de otros sistemas con los que participa o como una telaraña de fusión donde los límites emocionales y físicos con los otros sean tan ambiguos que no se perciba dicha unión.

La influencia del contexto cultural y social en la construcción del vínculo en la pareja: los discursos acerca de lo femenino y masculino.

Al comenzar a exponer cómo es que influye el contexto social y cultural en el proceso de construcción del vínculo en la pareja, es necesario partir sobre la definición, la importancia y las implicaciones que tiene la categoría género en el análisis de las diferencias socioculturales entre hombres y mujeres en las diferentes áreas de la vida.

Lamas (2003), expone que dentro las Ciencias Sociales como la Antropología, se han interesado por esclarecer hasta qué punto ciertas características y conductas humanas son aprendidas mediante la cultura, o si ya están predeterminadas en la genética humana. Este debate ha llevado a reflexionar y cuestionar sobre las diferencias entre las mujeres y los hombres, argumentando, que las distinciones que se constituyen entre los dos sexos no son únicamente de carácter natural y biológico sino que se van construyendo a lo largo de un proceso histórico-cultural. Al considerar dichos planteamientos, las investigaciones etnográficas dedicadas al análisis de los papeles sexuales

en las sociedades se les cuestionó su sesgo androcéntrico; se observó que las sociedades separaban las funciones entre los sexos a través de un esquema conceptual que diferenciaba lo natural de lo cultural y que justificaba las relaciones de subordinación de la mujer hacia el hombre, asignando a la mujer a lo natural (como la maternidad) y al hombre a lo cultural (como el éxito en el trabajo).

Trujano y Limón (2005) afirman que gracias al feminismo se abrió este debate para tratar temas de relevancia social que antes eran incuestionables institucional y normativamente. Esto dio como resultado que los roles asignados por cualidades o capacidades biológicas y que designaban espacios bien definidos de autonomía para hombres y vinculación para mujeres (ellos como proveedores, ellas como cuidadoras y apoyadoras del ámbito familiar) quedaran enmarcados dentro de un contexto sociocultural que permitiera el análisis de la compleja red de factores involucrados en las relaciones de poder.

Cabe mencionar, que el cuestionamiento que se hacía a dichas investigaciones no descartaba algunas diferencias de orden biológico, sino que venía a ampliar la perspectiva con respecto a que el comportamiento, la personalidad, los roles y funciones que jugaban mujeres y hombres en la sociedad podía ser explicado a partir de un proceso histórico-cultural y no sólo biológico. Se trazaba una relación entre el sexo biológico, la división del trabajo y la asignación de formas de sentir, actuar y pensar “masculina” y “femenina” al desempeñar sus funciones, tareas y roles dentro del orden social. Es decir, esta interconexión resalta la idea de que sobre las diferencias sexuales se asigna una distribución de los papeles sociales, pero lo que la determina dicha separación no se desprende del orden biológico sino de un hecho social.

Partiendo de estas consideraciones, se puede establecer una diferencia y a la vez una relación entre lo que es el concepto de sexo y la categoría de género. Sexo será entendido como la diferencia sexual inscrita en el cuerpo; mientras que género será los significados que cada sociedad le atribuye a esa diferencia sexual.

“...el género se define como la red de creencias, rasgos de personalidad, actitudes, valores, conductas y actividades que diferencian a mujeres y a hombres. Tal diferenciación es producto de un largo proceso histórico de construcción social, que no sólo produce diferencias entre los géneros femenino y masculino, sino que, a la vez, estas diferencias implican desigualdades y jerarquías entre ambos”.
(Burin, 2006; p. 20)

Dentro de la categoría género, se pueden distinguir tres instancias básicas que se articulan: (Lamas, 2003)

1. *La asignación de género*: se realiza a partir de su sexo en el momento en el que el bebé nace.
2. *La identidad de género*: es el filtro a partir del cual el/la niñ@ estructura su experiencia vital a lo largo de su vida y l@ hace identificarse en todas sus manifestaciones: sentimientos, comportamientos, maneras de pensar como “hombre” o “mujer”.

3. *El papel de género*: es el conjunto de normas y prescripciones que dictan la sociedad y la cultura sobre el comportamiento femenino y masculino.

Como se puede observar, la categoría género no es una entidad aislada, sino que es siempre relacional, marca diferencias pero también conexiones; es una construcción histórico-cultural; y destaca la variedad de procesos con los que se va construyendo la identidad de una persona: raza, religión, cultura, migración, economía.

Lamas (2003) y Burin (2006), señalan que las aportaciones de la categoría género en los análisis, cuestionamientos, investigaciones y planteamientos hechos alrededor de los procesos y conflictos socioculturales posmodernos que se centran en las relaciones entre las mujeres y los hombres, han ayudado a observar una nueva manera de plantearse viejos problemas, lo que implica sacar del terreno biológico lo que determina la diferencia entre los sexos y colocarlo en el terreno sociocultural; es decir, no ir a la pregunta esencialista de ¿quién soy? y ¿qué soy?, sino a la pregunta constructora ¿quién voy siendo? Es criticar y cuestionar los discursos de la modernidad centrada en una teoría totalizadora sobre la condición femenina y masculina que resalta un dualismo de opuestos “o...o”, y partir de una perspectiva plural y diversa donde se ofrezcan nuevas construcciones de sentido sobre la masculinidad y feminidad. Es reconocer con mayor claridad y precisión cómo estas diferencias centradas en una narrativa universal moderna, cobran la dimensión de desigualdad y poder.

Con respecto a esta construcción social de las relaciones de desigualdad y poder entre mujeres y hombres, Meler (2006) expresa que a partir de la Revolución Industrial en el siglo XVIII donde se da la división entre lo público y lo privado y hasta mediados del siglo XX, las parejas al formalizar su unión, establecían un contrato explícito como una alianza entre iguales, pero de forma implícita se pactaba que una mujer entregaba su sexualidad y su capacidad reproductiva de manera exclusiva a un hombre, a cambio de la protección social y económica de este. Esto hacía que mientras más implícito fuera el contrato tradicional, mayor sería el poder masculino en el ámbito público y mayor el poder femenino en el ámbito privado.

Lamas (2003), señala que de esta dicotomía masculino-femenino, se establecen estereotipos, las más de las veces rígidos, que condicionan los papeles y limitan las potencialidades humanas de las personas al estimular o reprimir los comportamientos en función de su adecuación al género.

Trujano y Limón (2005) afirman que al hacer un cuestionamiento sobre las relaciones de desigualdad y de poder en las relaciones entre hombres y mujeres donde está presente la dicotomía de la mujer-sumisa y la del hombre-victimario, también es importante no crear nuevas dicotomías que más que favorecer relaciones de género diferentes y más convenientes, se esté facilitando la creación de nuevos mitos que resulten paralizantes.

Por ejemplo, el señalar a una mujer como la “víctima segura” crea construcciones acerca de mujeres desoladas, marcadas, rotas con un futuro poco prometedor y que sugieren terapias que alivien parcialmente el dolor. O bien, el

exaltar o magnificar a la mujer moderna que debe ser ya no sólo madre y ama de casa, sino la amante, profesionalista, independiente, dura, eficaz y atractiva, lleva a la exigencia permanente de demostrar que no es una “mujer tradicional y subordinada”, lo que la hace asumir cada vez más obligaciones y actividades que la llevan a cumplir otro estereotipo igual de severo, desgastante o frustrante si en su caso no logra alcanzarlo. Por otro lado, con respecto a los hombres, el ser considerado como el victimario lleva a un estereotipo ya no de “macho por naturaleza” sino de “macho por poder”, lo que igualmente lo restringe y lo imposibilita a hablar y mostrar sus emociones, a no llorar y seguir siendo el sexo fuerte, niega la otra realidad, la de una existencia de hombres vulnerables, maltratados o victimizados.

Trujano y Limón (2005) consideran que se está atravesando por un momento histórico transicional en lo social, político, económico, cultural y familiar, transición que hace inevitable la transformación de los roles tradicionales y promueve la búsqueda de construcciones alternativas y flexibles que conduzcan a asumir relaciones equitativas y respetuosas.

En este sentido, las aportaciones de estos autores llevan a considerar varios aspectos en relación al proceso de vinculación en la pareja, en donde es importante destacar que en las relaciones de desigualdad y poder, centradas en la predominancia del ejercicio del poder de los afectos en el ámbito de la vida doméstica y de la familia nuclear en el género femenino y su subordinación a la predominancia del poder racional y económico en el ámbito público en el género masculino, genera una mutua dependencia alrededor de este estilo relacional socialmente establecido.

Papp (1996), expresa que a los hombres y a las mujeres, desde el nacimiento, se les ha enseñado programas de masculinización y feminización que van creando relaciones de mutua dependencia. En estos programas, a la mujer se le enseña y aprende que su meta principal en la vida es cuidar de otros, su identidad depende de engrandecerse ayudando a otros (hijos, esposo, familia), si falla, su cuestionamiento es ¿habré dado lo suficiente? Con esta meta, su lugar dentro de la familia y la sociedad en general es el encargarse del confort, pacificación e intermediación de los conflictos entre los demás. Para el hombre es distinto, pues su identidad depende del logro personal y no del vínculo con los otros; a ellos se le enseña a dominar sus emociones, a controlarlas y actuar de manera calculada, lo que los lleva a tener dificultades para responder a las necesidades de otros, es así que su lugar dentro de la familia y la sociedad, es permanecer fuera del hogar consiguiendo el logro personal y el liderazgo.

Meler (2006) y Papp (1996) coinciden en la idea de que en la actualidad, muchas de las parejas que se rigen por estos contratos conyugales implícitos están generando un proceso de resignificación pero también de dilemas, en el que las mujeres, al dejar de naturalizar los vínculos de dependencia económica y social experimentan un sentimiento de indignidad y su estima se ve afectada por una comparación con sus congéneres más modernizadas; las mujeres, se vuelven indirectas para exigir lo que necesitan, no se sienten con derecho a que sus necesidades sean satisfechas, muestran dificultades para tomar decisiones independientes de acuerdo a sus necesidades e intereses,

no pudiendo negociar desde una postura de fortaleza y autoconfianza, pero desarrolla métodos encubiertos de comunicar sus necesidades, tales como llorar, mostrarse desvalida, ponerse a la defensiva o desarrollar un síntoma, lo que la hace aparecer como más débil y dependiente de lo que es, cumpliendo una función protectora para la relación, pues teme que si su posición en la relación cambia el hombre no se sienta competente y la tome como agresiva. Mientras que los hombres debido a este cuestionamiento, afirman su autonomía a partir de un hostigamiento económico y la violencia; ellos se muestran renuentes a reconocer sus necesidades emocionales por ser tachados como débiles o afeminados, sin embargo, expresan su malestar a través del enojo y se sienten resentidos y aprisionados por la obligación, tienen dificultades para pedir lo que quieren pues debido a que el encargo de las mujeres es hacerse responsables de sus necesidades físicas y emocionales los hombres dan por sentado que ellas se encargarán de satisfacer dichos requerimientos. Debido a esto, cuando la pareja entra en la etapa de la llegada de los hijos o la mujer quiere retomar sus estudios o su trabajo, el hombre experimenta un sentimiento de abandono y de celos y la mujer se siente egoísta y preocupada.

Lo anterior lleva a considerar que la construcción del vínculo en la pareja en relación a estas expectativas y creencias culturales puede ser pensado para los hombres y las mujeres en diferentes términos, pues mientras para una mujer el estar cerca de su esposo podría significar saber qué es lo que le pasa o qué es lo que siente, el hombre lo podría tomar como una intromisión a su espacio personal.

Burin (2006), señala que no tomar en cuenta una perspectiva “sensible al género” puede llevar a un error conceptual, en el que los rasgos de “autonomía” asignados al hombre y los rasgos de “dependencia” asignados a la mujer, pueden ser considerados inherentes y no derivados de su posición de una estructura social y familiar patriarcal. Esto conduce a establecer suposiciones en las que el hombre como “ser autónomo” tiene la capacidad de desvincularse emocionalmente, mientras que la mujer como “ser dependiente” tendrá dificultades; pero además puede producir, dentro de la pareja y la familia, una valoración de la desvinculación como signo de madurez emocional, en detrimento de la conexión emocional, que puede ser considerada como signo de inmadurez. Por lo que, una mayor equidad entre los géneros en cuanto a su necesidad de autonomía y vinculación, significaría proporcionar a ambos sexos experiencias de individuación y de interdependencia emocional para todos los miembros de la familia, es decir, lograr autonomía con conexión emocional.

Lamas (2003), expresa que dentro de estos procesos de vinculación entre hombres y mujeres en los que se genera una mutua dependencia, hay contradicciones, pues se generan alianzas o coaliciones no importando el género:

“...aunque la estructura de la sociedad sea patriarcal y las mujeres como género estén subordinadas, los hombres y las mujeres de un mismo rango están mucho más cerca entre sí que de los hombres y las mujeres con otro estatus... a pesar de la condición universal de subordinación femenina [y superioridad masculina], la diferencia específica de clase (y también de etnia) crea una separación entre las mujeres [y entre los hombres].” (p. 123)

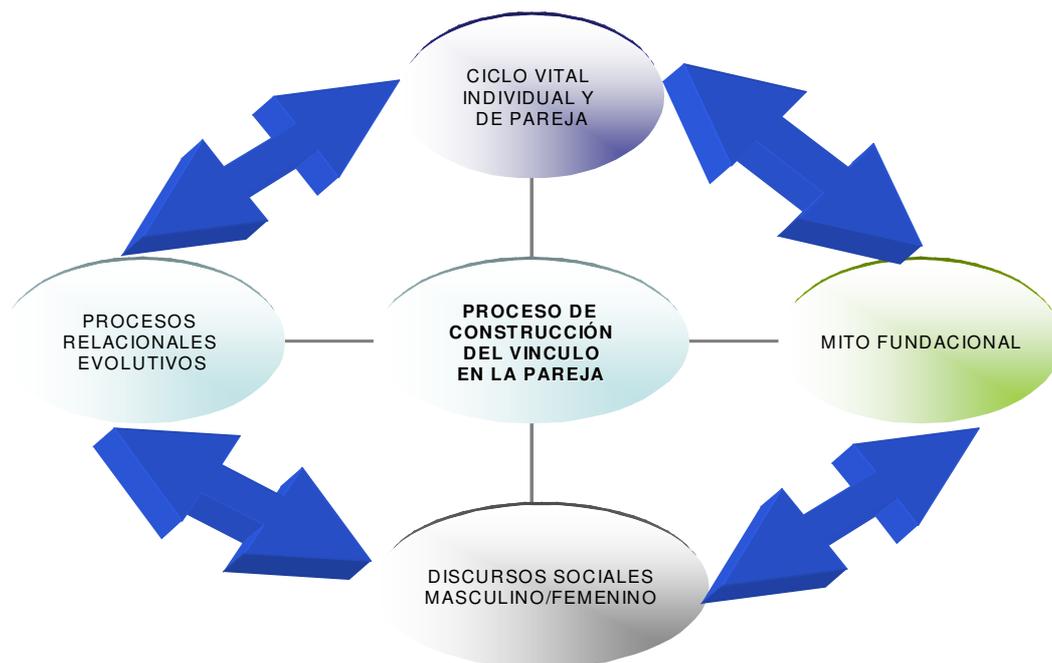
En resumen, dentro de la construcción del vínculo en la pareja, la categoría género permite reflexionar sobre la idea de que al asignar y justificar sobre la base del sexo la manera aceptada socialmente de pensar, sentir y actuar “masculina” y “femenina”, puede llevar a las personas a experimentar un sí mismo con roles, papeles y funciones estereotipados, que no permiten descubrir o construir otras facetas del sí mismo, y que en relación con la pareja, su proceso de vinculación también se puede paralizar, entrando en conflicto con los procesos evolutivos en sus estilos relacionales. Además, tomar en cuenta los procesos de individuación y nuevas formas de vinculación con los otros, permite sensibilizarse a los dilemas en los que se encuentran hombres y mujeres en sus procesos de autonomía-conexión: por un lado, el binomio de mutua dependencia en el que se encuentran les permite un acercamiento, por otro, este acercamiento se vive como sufrido, opresivo, abusivo, subordinado, estereotipado y atemporal, lo que lleva a experimentar vínculos alejados, fríos y estériles.

3.1.3. Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención con familias

A partir de la aportación de las ideas de los autores consultados en interconexión con el proceso terapéutico de cada una de las parejas, se hizo el análisis a cuatro niveles:

1. Tomando en cuenta los ciclos vitales individuales y de pareja: analizando los dilemas que surgen al enfrentarse con su proceso de autonomía y vinculación en la pareja en la(s) etapa(s) que están viviendo.
2. Estableciendo el mito fundacional de la pareja, lo que implica discutir las dobles coerciones (mapas del mundo/programa oficial); y en base a esto cómo es que han construido su vínculo y qué implicaciones tenía sobre sus vidas, tanto en lo individual como en la pareja.
3. Tomando en cuenta los discursos sociales acerca de lo que se espera cumplan hombres y mujeres dentro de la relación de pareja y cómo es que influyen sobre la construcción del vínculo.
4. Analizando qué fue lo que se trabajó en terapia al abordar estos aspectos.

El siguiente cuadro muestra cuál es el esquema organizativo del cual se partió.



La hipótesis con la que se partió para este análisis es con base en lo expuesto en la presentación teórica del apartado 3.1.2. y del trabajo terapéutico realizado con las parejas. Esta hipótesis se puede considerar central ya que a partir de aquí es donde gira la discusión de los cuatro casos. Cabe aclarar, que esta hipótesis no se muestra con

finde de comprobación o validación, sino de guía y, además, para generar explicaciones acerca de las problemáticas que presentaban estas parejas.

Se puede hipotetizar que el proceso de construcción del vínculo en la pareja implica la interconexión de los procesos individuales y relacionales, lo que requiere por parte de ambos miembros la definición y redefinición continua de espacios, afectos, expectativas, creencias, de su estilo relacional, comunicacional, de solución de problemas, de sus ideas con respecto a sí mismos, a la pareja y la familia, en relación a las exigencias, necesidades, retos, dificultades o dilemas que implican el tránsito por el ciclo vital. Esto lleva a construir un crecimiento mutuo en el cual ambos miembros de la pareja perciben que han formado un sistema interdependiente y duradero con sus propias reglas de interacción dentro de un contexto más amplio.

En el caso de las parejas atendidas se puede observar que muestran problemas en su proceso de vinculación, pues la definición y redefinición de los procesos individuales, de la pareja y los familiares engloban dilemas que están poco claros, indefinidos o no bien delimitados para quienes participan en el sistema relacional. Estos dilemas se pueden observar entre lo que quieren, piensan o hacen como personas y lo que quieren, piensan y hacen como parejas y/o como familia, lo que los conducía a pautas de relación rígidas en las que uno de los miembros o ambos manifestaban su insatisfacción o malestar a través de un síntoma o bien, a la presentación de problemas de alguno de los hijos.

Lo anterior hace recordar lo que Wynne (1991) plantea acerca de que lo que resulta positivo para el sistema puede ser que resulte negativo para los individuos; esto se debe a que en el proceso de construcción del vínculo en un sistema relacional duradero, la mutualidad implica una "renegociación explícita", que cuando no se da, las nuevas pautas se establecerán sin discusiones o aun sin que nadie se dé cuenta, lo que lleva a establecer estilos de interacción de "seudomutualidad" o "seudohostilidad" en las que su preservación depende de vínculos arraigados a expensas de las necesidades individuales o colectivas y a pesar de las circunstancias cambiantes; en este caso el cambio no se negocia, sino que es impuesto por una persona o díada, en apariencia, a costa de los demás.

Otra de las características en estas parejas es que se puede observar la discontinuidad entre los cambios estructurales debido al tránsito por las etapas del ciclo vital y los cambios en el sistema relacional en el que participa la pareja. Las parejas atendidas no se pueden ubicar de manera definida en una etapa específica dentro del ciclo vital sino que estaban en periodos o momentos transicionales, pues las parejas requerían hacer transformaciones estructurales y a la vez realizar cambios evolutivos en el sistema relacional, definiciones o redefiniciones en términos de "quién soy", "qué quiero" y de "qué soy capaz", las cuales están ligadas a los ciclos individuales de cada miembro y requerían del acoplamiento continuo en función de las necesidades, expectativas y metas individuales y de pareja.

En el caso de la pareja 1 y 2, se aprecia que sus ciclos individuales están en la conformación de sus proyectos individuales, pero a la vez están en la etapa de formación de la pareja y en la de crianza de los hijos, además de que dentro de los procesos de cambio evolutivo que marca Wynne (1991) se puede observar que ambas parejas estaban entre la primera etapa de apego/cuidado solícito y la de comunicación, buscando la definición de esa complementariedad que les permitiera sentirse individuos y al mismo tiempo pareja, además de la construcción de una realidad social común que les permitiera sentirse conectados.

En el caso de la familia 3, se puede ubicar en la etapa de hijos en edad escolar pero a la vez en la etapa de separación de la pareja, lo que lleva a una reorganización de los vínculos. En este sentido, se puede decir que esta pareja, a pesar de que en su tránsito por el ciclo vital ya había pasado por la etapa de formación, forja y cohesión de la pareja, en cuanto a su proceso evolutivo en su sistema relacional estaban transitando por las dos primeras etapas observadas en los dos casos anteriores (apego/cuidado solícito y comunicación). Esto hace pensar que los problemas que referían estas parejas tienen que ver con las dos etapas posteriores en la evolución de los sistemas relacionales duraderos (resolución de problemas y mutualidad) pues los miembros de la pareja expresaban que no podían conciliar o negociar ideas, experiencias, objetivos, necesidades, expectativas, lo que afectaba en la resolución de problemas, como es el caso de tomar la decisión de permanecer juntos o de separarse o bien cómo relacionarse con sus hijos ante su separación.

La pareja 4, se puede ubicar en la etapa de “nido vacío” pero también estaba atravesando por el proceso de la enfermedad crónica de Ana; a diferencia de las parejas anteriores, esta pareja no se debatía en el dilema de si permanecer juntos o separarse, más bien tenía que ver con los dilemas entre conservar su sistema relacional que habían formado y los cambios que se requerían para que el proceso de vinculación en la pareja se interconectara con la etapa en la que se encontraban dentro de su ciclo vital. Esto implica distintas definiciones, redefiniciones y acomodamientos: la redefinición del vínculo como pareja después de centrarse en su función de padres, redefinir la relación con sus hijos adultos y el reorganizarse para el manejo de la enfermedad.

Cuando estas parejas o en su caso, personas o familias, llegaron a terapia, mostraban algo en común, su demanda giraba en torno al malestar o problema que residía en algún miembro de la pareja o de la familia (depresión, mal carácter, enojo, mala conducta de uno de los hijos), lo que muestra la visión unidireccional acerca de lo que les pasaba, pero además de cómo esta visión jugaba un papel primordial para que estos síntomas fueran útiles en el mantenimiento de las pautas rígidas que mantenían el sistema de relación actual y los dilemas explícitos o implícitos entre los procesos individuales, familiares y de pareja debido a las demandas de sus ciclos vitales y que interferían con el proceso de vinculación en la pareja. Con referencia a esto, Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolò-Corigliano (1982), advierten sobre cómo la función del síntoma ayuda a mantener un sistema donde no hay un sí-mismo diferenciado, atemporal y sin probabilidades de expansión y redefinición a través del tiempo.

Se puede apreciar también que los objetivos de la terapia no se dirigían a organizar a la pareja o la familia de una manera rígida atendiendo a la normatividad de sus ciclos vitales, sino que éstos se tomaban como guías que permitieran trazar objetivos encaminados a flexibilizar las visiones en busca de nuevas alternativas y además iluminar las pautas relacionales que los mantenían atrapados y guiarlos en la generación de nuevas, todo ello encaminado a que la pareja, la familia o la persona construyera una visión sistémica de su situación lo que le ayudará a clarificar, facilitar o cambiar el proceso de vinculación en la pareja tomando en cuenta la interconexión con sus necesidades, exigencias o expectativas personales, conyugales y familiares.

De lo que hasta aquí se ha expuesto, en el caso de la pareja 1 se puede apreciar que al encontrarse en tres etapas distintas de sus ciclos vitales, requerían redefiniciones en varias áreas de sus vidas, lo que implicaba interconectar y armonizar un sentido de autonomía individual con un sentido de pertenencia con expectativas y compromisos mutuos; esto se puede observar en la insatisfacción a través del mal humor y “carácter cambiante” de Clara, al sentirse irritada porque se sentía invadida por los padres y la hermana de Sergio y decía que esto le impedía disfrutar a su familia, mientras que a Sergio no le causaba problema y a él le enojaba que cuando ya habían llegado a un acuerdo sobre lo que iban hacer con respecto a su familia o ellos mismos cambiara de opinión después.

Algunos autores como Rage (1996) y Willi (1993) señalan que varios de los problemas a los que se enfrenta la pareja en esta etapa de formación tienen que ver con los problemas de la proximidad y la distancia, la búsqueda de cercanía o fusión con el otro como compensación a carencias personales, que puede no ser detectados durante el periodo de noviazgo y que no es sino hasta la convivencia inicial cuando surgen las verdaderas necesidades que el otro no puede satisfacer. Otro de los problemas es el involucramiento de las familias de origen en la dinámica relacional de la pareja, en el que se puede dar un contacto continuo con los padres, pero con conflictos constantes o se puede dar un corte brusco y radical con las familias de origen, como un intento de ganar independencia pero que se vive con sentimientos de culpa, lo que conduce a luchas por la posesión entre los padres y el/la espos@, a una lucha por la dependencia y la separación.

Esto también se relacionaba con el mito fundacional de la pareja del caso 1, ellos expresaban que lo que los llevó a unirse fue su hijo, que si éste no hubiera existido no hubieran seguido juntos, además de que la construcción de la pareja fue en base a mentiras y esto había impedido establecer un compromiso y confianza en la pareja.

Es así como la pareja se relacionaba a través de dobles coerciones que se pueden ver de la siguiente manera: Sergio le pide apoyo a Clara (programa oficial) si ella se acerca y si se acerca demasiado surgen las dudas, la desconfianza y las mentiras el “qué tal si me vuelve a mentir” (mapa del mundo). Clara por su parte, pide de Sergio el reconocimiento de lo que siente y necesita (programa oficial) pero si Sergio le da reconocimiento siente que le sigue debiendo algo, su gratitud, su cariño, su afecto y opta por culparse y disculpar a los otros (mapa del mundo).

Esto llevaba a la pareja a sentirse atrapados entre la desconfianza y los temores al abandono y la seguridad que les daba este estilo relacional que habían formado y que era conocido, pero que traía insatisfacciones, dudas de si seguir juntos e indecisiones o indefiniciones en la conformación de su vida en pareja. Para esto se comenzó a trabajar sobre flexibilizar las visiones en cuanto a qué otras cosas fueron las que los unieron para llevar hacia una deconstrucción sobre este mito en el que el hijo se veía triangulado.

En cuanto al absoluto con el cual se relacionan se puede describir así: Clara aunque sienta que no se hacen o toman en cuenta sus ideas y sus sentimientos, las ideas y los sentimientos de Sergio le dan seguridad, porque él se muestra en todo momento seguro y sabe qué hacer siempre, si tiene dudas tiene que aparentar que no las hay porque la seguridad de Clara depende de eso; Sergio por su parte también observa fortaleza en ella, pues sabe que es muy apoyadora y va a soportar los momentos difíciles a pesar de que la califique como desesperada y que no piense las cosas; esta manera de relación los lleva a apostar al sacrificio y al aguante de los dos miembros.

Esto se confronta con los planteamientos señalados anteriormente acerca de cómo las premisas de género permean las relaciones y se conectan con la forma en que se distribuye el poder en las parejas. Papp (1996) afirma que la reciprocidad en este tipo de relaciones se basa en una desigual distribución de la autoridad y la responsabilidad, en la que la esposa toma la posición estereotipada de la mujer desvalida, que se siente carente de poder y autoridad y recurre a medios encubiertos para expresar su resentimiento, mientras que el marido se encuentra en la posición estereotipada de varón pretencioso, procurando acercarse a la esposa a través de sus sermones, dependiendo pasivamente de que ella le brindará placer y vinculación emocional y temeroso de enfrentar sus propios sentimientos.

A través de preguntas reflexivas y cambio de contexto se llevó a la pareja hacia la observación de sí mismos, sobre lo que cada uno hacía, sobre los estilos relacionales de sus familias de origen y de lo que ellos habían formado como pareja. En este caso se puede citar la redefinición que se hizo con una metáfora expresada por Clara en la que decía que ella se veía “chiquita” y a él lo veía como un “pavo real” porque decía que Sergio se estaba desarrollando y ella se sentía estancada. Ante esto, se le dijo que esta sensación que tenía es algo que le pasa a varias mujeres pues en ocasiones hay circunstancias en las que el medio cultural y social favorece el que los hombres salgan del hogar y se puedan desarrollar en sus proyectos personales y las mujeres se ven envueltas en la confusión sobre lo que se le pide como madre, hija o hermana y lo que quiere para ella misma, y que posiblemente debido a esto es que ella estaba centrada mucho en el plumaje de Sergio pero no se permitía también ver el gran plumaje que tenía ella.

En cuanto a los ensamblajes, se observan tres singularidades importantes dentro de los cuales fueron los temas centrales de las conversaciones en terapia: sus proyectos de vida en los que se incluye su hijo, su casa, la escuela y el trabajo.

En el caso 2 se muestran algunas características similares con el caso 1, pues la pareja también se veía envuelta en el dilema de si permanecer juntos o separados, de que ambos estaban en la conformación de proyectos personales (Gloria en entrar a la universidad y formarse profesionalmente, de si ser madre soltera o formar una familia nuclear, Alejandro en la búsqueda de un empleo estable y de que en el inicio de la relación vivían con la familia de él).

Uno de los aspectos que se puede resaltar en el caso de la pareja 1 y 2 es que existía un hijo, lo que los llevaba a transitar entre las dificultades individuales y de pareja con las de padres, además de que las mujeres de estas dos parejas se quejaban de ser desplazadas por sus compañeros por mantener una preferencia hacia sus familias de origen.

Al respecto, Rage (1997) afirma que cuando el matrimonio se precipita debido a un embarazo, las jóvenes parejas no han formado la experiencia de vivir juntos en una sociedad de dos. Aunado a esto, Bowen (1998) señala que cuando un miembro de la joven pareja ha sido alguien vital para el matrimonio de sus padres, esto va a traer dificultades pues muchos de los problemas maritales se pueden derivar de los problemas no resueltos con sus familias de origen. Es así como se puede explicar que debido a la falta de claridad entre el proceso de vinculación en la pareja y de autonomía personal se generen triángulos, ya sea con algún miembro de la familia de origen (suegros, cuñados) o con los propios hijos, los cuales ayudan a la pareja a construir y mantener su vínculo a través de ellos.

Al tener en cuenta los ciclos vitales, tanto el individual como el de pareja, en el caso 2, se puede observar que al ubicarse en la etapa de conformación de la identidad y la forja de la pareja había dificultades en la interconexión de las expectativas de qué es lo que querían de ellos mismos, de la relación y de cómo se iba construyendo el sentimiento de compromiso mutuo, definiendo su propia autonomía, pero al mismo tiempo su sentido de pertenencia. Esto se aprecia en uno de los momentos de tensión y crisis que atravesó la pareja al vivir solos y que debido a desacuerdos y presiones económicas decidieron separarse físicamente, pero al mismo tiempo se conservaba el vínculo emocional, en el que Gloria sentía que era pareja de Alejandro; sin embargo, ella se vivía y se veía como una mujer soltera, que podía cuidar sola a su hija y que veía a Alejandro como un obstáculo en su vida; por su parte él, se mostraba atento e interesado por Gloria pues la buscaba y le decía que la quería cuando ella le manifestaba que no sentía nada por él, sin embargo, se vivía aun como hijo de familia pues se mostraba más cercano hacia lo que necesitaban su mamá y sus hermanas, con lo cual Gloria decía sentirse desplazada.

Al considerar el mito fundacional de esta pareja se puede afirmar que el agradecimiento de Gloria por el apoyo y la compañía que Alejandro le dio cuando estaba sola en su embarazo, llevó a construir la relación en base a la creencia de llenar los huecos de la soledad o a pagar el apoyo brindado. Este mito, llevaba a la pareja a relacionarse en un estilo en el que Gloria, aunque se sentía asfixiada y enojada por la obligación de estar con Alejandro por el apoyo que le dio en su embarazo y del cual pensaba que tenía que estar eternamente agradecida, por otro lado, este interés y apoyo que le mostraba la hacían sentir segura, querida y valorada; por su parte Alejandro al verla irritada,

insegura y desorientada se mostraba tolerante por pensar que no sabía lo que quería, lo cual ayudaba a fortalecer su imagen de apoyador pero también se sentía enojado y desconcertado cuando ella le mostraba su enojo y él se alejaba mostrándose más apegado a su familia de origen.

Papp (1996) expresa que para que en la pareja se logre un cierto grado de intimidad, los miembros tienen que encontrar los medios, espacio, habilidades que les permitan expresar abiertamente sus desacuerdos y conflictos, sin embargo, la influencia del medio social y cultural juega un papel importante en la expresión directa de los sentimientos, pues mientras que en los hombres es permitido expresar el enojo, en las mujeres se prohíbe, por lo que convierten su cólera en un síntoma, en reproches y quejas irritantes e ineficaces ante las que la respuesta de los varones es la evitación y el distanciamiento.

Es así como en el caso de la pareja 2, se pueden observar dobles coerciones, pues Gloria quería formar una familia, estar con alguien a quien ella quisiera y que le demostrara que la quería (programa oficial), pero al mostrarle Alejandro su afecto cuando ella se sentía insegura y al mismo tiempo su alejamiento cuando ella discrepaba y se enojaba, surgía la imagen de que los hombres lastiman, abandonan y que el ser ama de casa reprime a las mujeres (mapa del mundo). En Alejandro (cabe aclarar que aunque nunca estuvo presente en las sesiones, por lo expresado por Gloria es como se construye la siguiente afirmación) se aprecia que quería formar una familia con Gloria (programa oficial) pero al mismo tiempo surgía la imagen de que las relaciones se acaban y se separan (mapa del mundo).

Esto llevaba a Gloria y Alejandro a no tomar una decisión clara sobre formar una pareja; pues ellos se distanciaban y regresaban continuamente y sus espacios como pareja se desvanecían entre lo que eran las relaciones con la familia de Alejandro y lo que ella quería como persona en su vida: ser profesionista, ama de casa, cómo llevarlo de la mano con ser madre, cómo no sentirse aprisionada con la obligación y lo que deseaba como mujer independiente. Lo anterior, condujo a trabajar en cierto momento de la terapia sobre la deconstrucción de las ideas acerca de lo que es ser mujer, pareja y familia; es así como Gloria construyó dos imágenes a las cuales nombró “imagen de mujer rebelde”, la cual incluía una imagen de una mujer que huía de los problemas y que alejaba a la gente que quería para no sentirse herida; y una “imagen de mujer madura”, que aprendía a valorar lo que tenía, que tenía en cuenta los sentimientos de los otros y que enfrentaba los problemas.

Es así, como se puede apreciar que las singularidades que permitían una interconexión entre terapeuta, equipo terapéutico y cliente eran, en un primer momento, el sentimiento de enojo en su vida, lo que llevó a su amplificación y a ir trasladando el tema de conversación terapéutica hacia la deconstrucción de la imagen de ser mujer madura frente a la imagen de mujer rebelde.

En el caso de la pareja 3 tomando en cuenta sus ciclos vitales individuales y de pareja, se puede afirmar que en cuanto a lo individual, en ambos miembros de la pareja predominaba una sensación de estancamiento más que de generatividad y ésto se puede relacionar con su estado actual como pareja y familia, pues Silvia y Esteban no habían podido resolver las dificultades de la etapa de cohesión de la pareja que implica construir espacios individuales y conyugales, construir compromisos y expectativas mutuas y crear un sentimiento de unión donde cada uno disfrutara del sentimiento de verse apoyado y respaldado por el otro (sentimiento de pertenencia); mientras que el vínculo parental se veía afectado por las divergencias en las expectativas, necesidades, deseos o pensamientos que cada uno tenía con respecto a la pareja y la familia.

Lo que se describe, puede observarse cuando ambos miembros de la pareja relatan cómo percibían su vida en sus familias de origen, pues mientras Silvia decía que su familia era unida y no había discrepancias entre lo que decía su madre y su padre, Esteban relataba que su familia era desligada y que ante la separación de sus padres él tuvo que cuidar de sí mismo; es así como se propuso a la reflexión de cómo estos estilos relacionales entraban en conflicto con las expectativas y necesidades que cada uno tenía y cómo esto había influido en su estilo de relación como padres.

Cabe aclarar, que el proceso terapéutico con el subsistema conyugal se interconectó con el subsistema parental y fraterno, pues en este caso, el papel de los hijos en los conflictos de la pareja jugaba un papel importante.

Aquí cabe mencionar lo que Andolfi, Angelo, Menghi y Nicolò-Corigliano (1982), Bowen (1998) y Rago (1997), afirma con respecto a los triángulos que se forman junto con la pareja. Si se hace un análisis comparativo entre las parejas del caso 1 y 2 con la 3, se puede apreciar cómo en esta última se observa de manera más clara el papel central que juegan los hijos en el proceso de vinculación en la pareja, pues mientras que en los dos primeros el triángulo gira en torno a las familias de origen, en el caso 3, la pareja está enredada entre lo individual, la pareja, su función de padres y la relación con la familia de origen.

Tomando en consideración lo anterior, en el caso 3 el mito fundacional desde el cual se conformó esta pareja fue la idea de formar una familia feliz y unida ahora que los hijos ya estaban presentes en sus vidas, lo que a Silvia la coloca en una posición de sacrificio y esfuerzo y a Esteban en la indecisión, indefinición, culpa o temor de si quería formar parte de esa familia feliz. Esto los llevaba a conectarse en un estilo de relación en el que Silvia quería estar cerca de Esteban para formar una relación que ayude a sus hijos a crecer sanos (programa oficial), pero si éste se acerca surgía la desconfianza y la imagen de que era un hombre que engaña y termina por alejarse mientras que ella se queda a sacar adelante a sus hijos (mapa del mundo); por su parte Esteban quería estar cerca de Silvia sexualmente pero no emocionalmente (programa oficial), si ésta se acerca de manera emocional surge la imagen de una mujer demandante que indica lo que se debe de hacer, se siente invadido y se aleja pues piensa que las personas independientes y solas pueden salir adelante (mapa del mundo).

En cuanto a este proceso de vinculación en la pareja, Wynne (1991) y Papp (1996) señalan que existen diferencias culturales y sociales entre hombres y mujeres en cuanto a su disposición a la intimidad, pues las mujeres aprenden a estar más dispuestas y aptas para la intimidad, no sólo con los hijos sino también en las relaciones de mujer a mujer, es decir procuran intimidad emocional y vinculación; mientras que los hombres aprenden a vincularse cuando las demandas urgentes de resolución conjunta de problemas han sido satisfechas y no interfieren con su privacidad e independencia.

De esta manera, Silvia y Esteban colocaba a sus hijos en el triángulo, en un juego de lealtades, donde sus hijos ayudaban a Silvia a través de su mal comportamiento a mostrarle a Esteban lo mucho que lo necesitaban y a él le ayudaban a confirmar su idea de que Silvia era una mujer demandante que sobredimensionaba lo que les pasaba a ella y sus hijos, además de que favorecía la indefinición de la relación, pues el proceso de vinculación de la pareja chocaba con las exigencias, roles y tareas que requería su función como padres. Ante esto, Silvia tomaba una postura de indefensión y debilidad ante la falta de claridad de Esteban y a éste a tomar el papel de malo y culpable para explicar su alejamiento. Esto condujo a iluminar, hacer foco e intensidad sobre la pauta complementaria en la que estaban Silvia y Esteban y los efectos presentes y futuros que estaba causando en sus hijos (vandalismo, delincuencia, drogadicción) y cómo el sobreinvolucramiento de Esteban con su madre era un elemento más que ayudaba a mantener estables los conflictos no resueltos en la pareja.

Willi (1993) afirma que en esta etapa de estructuración y producción de la pareja, los miembros vienen a caer en una segunda pubertad o segunda crisis de identidad, en la que los miembros se enfrentan al dilema de subordinar sus propios intereses al matrimonio y la familia y por otro quisiera recuperar esas posibilidades de vida que les fueron obstruidas por la solidaridad con el cónyuge. Además señala que de esta ambivalencia mutua, se llega a la confabulación celos-infidelidad en el que uno provoca al otro reacciones que les separan y al mismo tiempo les mantiene juntos y que aunque ambos miembros sufren el matrimonio, no se deriva de ello que se sientan motivados a una terapia de pareja, pues se vuelcan en sus hijos creyendo que ellos pueden ser los únicos mediadores. Con respecto a esto, este autor expresa que la intervención de un hijo en la dinámica relacional de la pareja puede llevar a los padres a quererlo conservar en su dependencia impidiéndole que se separe, ya que le necesitan para no verse de nuevo sumergidos de lleno en la dinámica diádica.

En esta etapa en el ciclo de vida individual, de la pareja y la familia, Rage (1997) explica que para que se desarrolle este proceso de construcción o reconstrucción del vínculo en la pareja es necesario encontrar un punto medio entre dos extremos, uno de ellos es la distancia donde no hay espacio en la familia para los niños y el otro es el exceso de cercanía en donde se usa al niño para llenar un vacío. En este punto medio, el proceso de vinculación en la pareja crea y mantiene un sentimiento de pertenencia e individualidad y alienta la continuidad y el cambio entre los miembros que ya estaban antes y los que se integran en el futuro alrededor del sistema conyugal.

Debido a que se trabajó con Silvia y a que su postura era la de estar en la confusión e indefensión en cuanto a su relación con Esteban, se hizo necesario trabajar sobre los dilemas del cambio a través de coros griegos (Papp, 1994). El objetivo de esto era destriangular a los hijos y con ello poner un límite entre el subsistema parental y el conyugal, por lo que se le transmitieron dos mensajes, el primero de ellos en el que se definió la relación de complementariedad entre Esteban y Silvia, y al mismo tiempo mandar el mensaje de que era válida su confusión pero que ahora ella ya sabía qué hacer para conservar los cambios logrados o empeorar la situación.

Además, como el motivo de consulta en esta pareja era el mal comportamiento y el bajo rendimiento de los hijos, aunado a la renuencia de Silvia y Esteban a tratar lo relacionado a la pareja, los temas que ayudaban a mantener la conexión entre terapeuta, equipo terapéutico y clientes era que concernía a cómo el mal comportamiento y el bajo rendimiento escolar se conectaba sistémicamente con los conflictos en su relación de pareja y de padres.

En síntesis, en cuanto a la pareja 1, 2 y 3 retomando la idea de “seudomutualidad” de Wynne (1991), se puede decir que estas parejas se esforzaban por mantener, crear o sostener de manera invariable, deliberada o inconsciente, la mutualidad. Es decir, que el resultado era un ilusorio vínculo emocional estrecho que se percibía inmutable; es ilusorio en el sentido de que no poseía una base de tareas y de comunicación compartida dentro de una relación de rol, capaz de impulsar el allegamiento cuando surgían las divergencias; y es inmutable porque en vez de experimentarse como mutualidad, el allegamiento tenía una calidad vacía, tediosa, estéril, carente de diversión, humor y creatividad.

Por último, a diferencia de las tres parejas anteriores, en el caso de la pareja 4 no se encontraban en el dilema de si seguir juntos o no, sino que debido al proceso de la enfermedad crónica de Ana, la asimilación de la jubilación, de la vejez, los retos a enfrentar en la etapa de nido vacío, habían llevado a la pareja a una sobrecarga de tareas y funciones que hacía sentir a ambos miembros fatigados, cansados, angustiados, enojados, tristes y presionados por lo que les rodeaba. Además, ante estas dificultades se enfrentaban al dilema de si era necesario permanecer en las pautas relacionales que en años anteriores había construido como pareja y le daban estabilidad al vínculo o si era necesario construir otras diferentes que les facilitara el manejo y/o solución de sus problemas.

En cuanto a estos procesos en los que interviene una enfermedad crónica, Rolland (2000) explica que se deben contemplar los procesos que tienen lugar cuando los individuos y las familias se enfrentan con una enfermedad y que tiene como principio organizador el ciclo de vida. Uno de los conceptos base que utiliza para conectar el curso de vida de la enfermedad con los ciclos de vida individual y familiar es el de niveles de cohesión y los divide en dos, un nivel de cohesión alto (centrípeto) y un nivel de cohesión bajo (centrífugo).

Cuando aparece una enfermedad crónica o una discapacidad se ejerce una atracción centrípeta, creando presiones para una mayor cohesión tanto en la unidad familiar como en los miembros individuales, la enfermedad se puede

comparar como la llegada de un nuevo miembro el cual requiere de su socialización y de una alta cohesión. Si la enfermedad aparece con un período centrífugo en la familia, puede desbaratarla, debido a que entran en guerra las demandas altamente demandante de la enfermedad con las demandas naturales del proceso de autonomía e individuación de los integrantes de la familia. Es decir, cuando las demandas de la enfermedad y las demandas de una etapa de apego entran en juego, se pueden amplificar mutuamente, debido a que la enfermedad puede reforzar pautas de apego excesivo que ya existían con anterioridad y ser un punto de conexión con otros problemas familiares. Por ejemplo, si antes de la enfermedad en la familia ya existía una triangulación, ésta se puede incrementar; en el caso de una pareja donde uno de sus miembros tiene una enfermedad, la puede utilizar como un medio para obtener un beneficio secundario y ejercer poder en las luchas por el control de la relación.

En la pareja 4, al tomar en cuenta sus ciclos individuales y de pareja, se puede observar que en lo individual, en cada miembro de la pareja predominaba más el sentimiento de desesperación, expresado a través del temor a la muerte, en la idea de que el tiempo es demasiado corto para intentar otra vida y para probar caminos alternativos a la integridad. Este sentimiento estaba aunado a dos sucesos interconectados al primero, uno es la falta de claridad en los límites entre el subsistema conyugal y el subsistema fraterno, pues Ana y Agustín se veían involucrados en los problemas de sus hijos adultos, ya sea con sus parejas o con sus nietos, y también estaba el tema de la enfermedad crónica, la cual lleva a la pareja a un estado de tensión por el tiempo dedicado a los tratamientos, a las visitas al médico, las dificultades que tenía Ana para hacer sus actividades cotidianas, lo que reducía el espacio vital de la pareja y el tiempo que pasaban juntos se sentían cansados, tristes o enojados. Lo que sucedía en el contexto relacional de la pareja se puede relacionar con dos aspectos, el primero de ellos tiene que ver con lo que Rolland (2000) señala acerca de que relacionando la enfermedad y la etapa del ciclo vital, la pareja estaba en una etapa centrífuga en la que las demandas de la enfermedad y las exigencias en la redefinición del sentido de individuación y pertenencia chocaban y necesitaban renegociarse; el otro aspecto, se conecta con lo expuesto por Willi (1993) con respecto a cómo algunas triangulaciones, en este caso la de Ana-César-Agustín era útil a la pareja como un amortiguador o vínculo de unión en el que César estaba continuamente cerca de sus padres con la finalidad de no dejarlos solos y evitar o neutralizar las tensiones matrimoniales derivadas de las dificultades debidas a la enfermedad, la vejez y la jubilación.

Como se puede observar, en el caso de la pareja 4 al estar en una etapa transicional debido a los eventos en los procesos de la enfermedad y la etapa de nido vacío llevaban al sistema a conservar un estado de equilibrio a través de una triangulación, la cual mantenía un patrón de interacción de apego entre Ana y César y el alejamiento de Agustín.

Si se considera el mito fundacional de esta pareja y la dinámica relacional que habían construido, se puede apreciar que mientras ésta se basaba en la creencia de que el matrimonio es para siempre a pesar de las situaciones difíciles

que se pueden presentar en la vida y de que debe de haber apoyo, comprensión, cercanía y respeto, chocaba con el estilo relacional que habían construido antes de la jubilación y con el hecho de que la enfermedad de Ana le impidiera en ciertos momentos hacer otras actividades, pues si se recuerda Ana estaba más tiempo sola con sus hijos cuando Agustín salía de viaje, lo que la hacía sentir una mujer competente y responsable como ama de casa y a Agustín le permitía concentrarse en el trabajo, cumpliendo con su función de proveedor de la familia y confiar en que Ana resolvería las dificultades hogareñas; al llegar la jubilación, el que los hijos hayan crecido y que la enfermedad evolucionara llevó a la pareja a la exigencia de una redefinición en los espacios y el estilo relacional previo, pues ahora Agustín pasaba mayor tiempo en la casa y Ana ya no podía sentirse competente en el cuidado y apoyo para los otros como antes.

Uno de los ejemplos que se pueden mencionar en cuanto a la influencia de las creencias y la enfermedad crónica es una investigación realizada por Espinosa (2004) en donde relaciona los factores de género con la aparición de la enfermedad crónica; esta autora afirma que en cuanto a la capacidad de aceptación o negación de la enfermedad se relaciona con la capacidad de dar y recibir apoyo, cuestión más avalada en las mujeres y en donde los hombres tienen dificultad para expresarlo debido a las premisas de género donde se le considera el fuerte y el proveedor. Otro de los planteamientos de este estudio es que en las relaciones de pareja, al aparecer una enfermedad se sufren periodos de desequilibrio ya que se tiene que definir la relación en cuanto a la dependencia mutua y la distribución de roles. Lo antes expresado coloca a la enfermedad como una construcción social ya que intervienen de una manera compleja diferentes factores (biológicos, psicológicos, sociales y culturales), en los que se incluyen múltiples sistemas de significados en interacción.

Al tomar en cuenta estos aspectos, las dobles coerciones se generaban de la manera siguiente: mientras que Ana le pedía a Agustín que estuviera cerca, la cuidara y la apoyara pues eso es lo que debe de haber en el matrimonio (programa oficial) surge la imagen de que si se hacen cargo de ella y le dicen lo que tiene que hacer la convierten en una mujer inútil e incompetente que ya no puede ayudar y cuidar a su familia (mapa del mundo); por su parte Agustín el cual quiere cuidar, atender y apoyar a Ana pues eso es lo que se hace en el matrimonio (programa oficial) se ve confrontado con la imagen de que Ana es una mujer fuerte que ha sacado a la familia adelante y con la idea de que meterse en los problemas de los demás no ayuda sino que crea más problemas y tensiones entre las personas (mapa del mundo).

Estas creencias tienen que ver con lo que Papp (1996) señala acerca de los programas de feminización y masculinización que llevan a las parejas a una mutua dependencia; en el caso de esta pareja esta mutua dependencia basada en las creencias acerca del matrimonio y lo que tienen que hacer hombres (cumplir con su rol de proveedores) y mujeres (buscar el vínculo y la protección emocional), se trastoca al aparecer la enfermedad y encontrarse con la independencia de los hijos, pues mientras Ana se veía limitada en seguir funcionando en su rol de

protectora emocional de la familia, también tenía que conservar un espacio vital de autonomía ante los otros que le permitiera sentirse competente en el manejo de su enfermedad, pero si esta independencia se percibía desmedida para los otros, corría el riesgo de perturbar las relaciones y que fuera considerada egoísta.

Estas construcciones llevaron a la pareja a formar su absoluto o su estilo relacional con base en la complementariedad de sus diferencias, pues mientras ellos funcionaban bien estando alejados y dedicando más tiempo a sus espacios personales y parentales, Ana en su función de madre y en su trabajo de maestra, a Agustín en su trabajo como maestro y menos tiempo en su papel de padre; ahora que ambos pasaban más tiempo juntos tuvieron que reorganizarse en sus espacios, tomando en cuenta que las diferencias personales no les provocaran tensiones con respecto a lo que cada uno pensaba sobre lo que había que hacer con los hijos o la enfermedad.

Es así como el trabajo con esta pareja llevó a deconstruir las ideas con respecto a lo que ellos creían que era su relación de pareja, a encontrar sus fortalezas personales y en su relación dentro de las diferencias y cómo esto les estaba ayudando en el presente y en el futuro al enfrentar la enfermedad y en la relación con sus hijos adultos. Por ejemplo, con respecto a su relación como pareja se puede destacar una de las intervenciones que ayudaron a la pareja a encontrar un punto de conexión dentro de sus diferencias, se construyó una metáfora en la que se les decía que los hombres y las mujeres aprendían diferentes lenguajes, las mujeres un lenguaje de emotividad y los hombres uno de racionalidad, sin embargo, ellos a través de los años habían aprendido el lenguaje del otro y era como si esto les ayudara a tener ojos en la espalda donde lo que uno no veía el otro le ayudaba a verlo. Con respecto a su rol de padres, se construyó una metáfora en base a su profesión de maestros, se les dijo que ahora que sus hijos eran adultos era necesario que ambos sacaran todas sus habilidades como maestros y se convirtieran en “papás maestros” de hijos adultos en los que ellos no dieran ayuda a sus hijos cuando no la pedían sino que esperaran a que ellos se las pidieran.

Con respecto a estos procesos de reconstrucción o redefinición de los vínculos relacionales de la familia y la pareja, Rolland (2000) explica que las fuentes de disfunción familiar cuando se presenta una enfermedad, tienen que ver con los periodos de transición de las etapas del ciclo vital pues si la enfermedad coincide con la entrada o salida de una etapa del ciclo de vida del individuo o de la familia, las cuestiones relativas a las pérdidas anteriores, presentes o futuras pueden magnificarse. Este proceso también puede llevar a que prevalezcan las reglas familiares como una manera de no perder el control, se demuestra lealtad y sacrificio a la familia, se brindan cuidados excesivos al miembro afectado por la enfermedad y el desarrollo y los proyectos personales se abandonan, lo que hace que crezca la incertidumbre acerca del propio futuro.

Las singularidades que conectaban al terapeuta, equipo terapéutico y clientes se relacionaron con los temas que abordaban el manejo de la enfermedad y los problemas de sus hijos enfocándose en la identificación y ampliación de sus capacidades y habilidades personales y como pareja.

Por último, las conclusiones que se pueden derivar del análisis teórico-metodológico realizado con estas parejas son que tomando en cuenta la hipótesis con la cual se partió en un inicio acerca del proceso de construcción del vínculo en la pareja, lleva a pensar que este proceso no se debe de considerar como un hecho o un espacio dado *a priori*, sino que se debe de tomar en cuenta los dilemas, las continuidades o discontinuidades entre los procesos de autonomía personal, conyugal y familiar, el considerarlo, es partir de la idea de que hay una interdependencia entre estos procesos y las transiciones a lo largo de las etapas del ciclo vital.

Además que, entre el tránsito por las diferentes etapas del ciclo vital, los cambios estructurales que implica para cada uno de los miembros, la pareja y la familia y los cambios evolutivos en los sistemas relacionales, hay una relación diacrónica, esto quiere decir que la entrada y salida de una etapa del ciclo vital no implica necesariamente que el proceso de vinculación en la pareja sea congruente con esa etapa, pues como se pudo observar, mientras que en el caso 1 y 2 se encuentran en las etapas iniciales del ciclo vital de la pareja, el caso 3 en las etapas intermedias y el caso 4 en las finales, se presentan problemas en las etapas de apego/cuidado solícito, de comunicación, inclusive algunas de ellas no habían podido llegar a una etapa de solución conjunta de problemas, de mutualidad o de redefinición de sus vínculos con sus familias de origen o sus hijos.

En este sentido, el síntoma o los síntomas expresados, se pueden considerar como una metáfora del dilema en el que se encontraba la dinámica relacional de las parejas, pues a pesar de que en uno o en los dos miembros el síntoma era molesto, doloroso o intolerable, ayudaba al mismo tiempo a mantener el sistema relacional o los beneficios individuales que obtenía cada uno de los miembros. Es decir, el síntoma podía estar ayudando “positivamente” a la autonomía personal de alguno de los miembros pero a costo del proceso de vinculación en la pareja, o bien, este síntoma podía estar ayudando “positivamente” en el proceso de vinculación de la pareja y “negativamente” en el proceso de autonomía personal.

Es así como se puede afirmar que al entender al proceso de construcción del vínculo en la pareja y su autonomía personal fue necesario partir de varios elementos interconectados tanto en el sistema relacional de la pareja (dobles coerciones, mito fundacional, absoluto relacional) como de la relación de la pareja con otros sistemas a través de las etapas del ciclo vital individual y de pareja (apego/cuidado solícito, comunicación, solución conjunta de problemas, triángulos intergeneracionales, mutualidad). Esto a su vez, posibilitó que el proceso terapéutico se enriqueciera, favoreciendo líneas de trabajo que facilitarían los cambios en el proceso de vinculación de la pareja, como fue en el caso de la pareja 2 y 4; definiendo de manera explícita este proceso y que los integrantes de la pareja construyeran una visión más amplia de cómo esto ayudaba a conservar el equilibrio en sus relaciones, como en el caso de la pareja 1 y 3; y además que, al considerar el contexto de cada uno de los casos, se fue flexible al utilizar distintos modelos y técnicas de terapia familiar y de pareja para favorecer el cambio o equilibrio en su proceso de vinculación.

3.1.4. Análisis del Sistema Terapéutico Total desde la Cibernética de 2º Orden

El concepto de supervisión alude a la idea de jerarquía, pero también a la experiencia y a la visión que se tiene desde un plano diferente y más abarcativo.

En este sentido, la o el supervisor se encuentra en una posición meta que le permite un campo de visión más amplia, lo cual, no tiene que ver con un grado académico más sino con su capacidad de relacionar y ver la multiplicidad de sistemas, aunado con la habilidad de transmitir y retroalimentar a los terapeutas en formación. Además, el proceso de supervisión le permite al terapeuta reflexionar sobre su pensar, sentir, actuar acerca de la familia, la terapia familiar, de su propio papel y desempeño profesional, y donde pueda diferenciar y diferenciarse, desarticularse y desentramarse para evitar dificultades e intervenir con mayor soltura, libertad y eficiencia.

Desde esta posición la o el supervisor tendrá que observar y discriminar los conjuntos formados por (Troya y Auron, 1988):

1. SISTEMA TERAPEUTICO (S.T.) = Familia + Terapeuta.
2. SISTEMA DE SUPERVISION (S. de S.) = Equipo de supervisados + supervisor.
3. SISTEMA DE TERAPEUTAS (S. de T.) = Sistema de supervisión + terapeuta.
4. SISTEMA TERAPEUTICO TOTAL (S.T.T.) = 1+2.

Cada sistema, interactúa con los demás, pero cada uno tiene diferentes funciones y tareas al atender el caso clínico; en estos sistemas, supervisor y terapeutas en formación ocupan un lugar dentro del S.T.T. teniendo roles y funciones diferentes. Ante tal complejidad, el o la supervisor debe explorar cuidadosamente el ecosistema y la fuente de derivación de la familia, con el objetivo de trazar un mapa del contexto de la familia, que permita desde el principio del proceso identificar jerarquías, roles, funciones y responsabilidades. En este sentido, la responsabilidad del S.T.T. es con la familia que consulta, más allá del entrenamiento, compromisos y lealtades institucionales, por lo que se debe de tomar en cuenta como una guía ética en los casos en los que hay que priorizar y tomar determinaciones importantes (Troya y Auron, 1988).

La idea de la supervisión es enseñar al terapeuta en formación “a pescar”, para que posteriormente el terapeuta pueda desarrollar la capacidad de desentramarse de los diferentes sistemas que lo pueden absorber. El o la supervisor debe desempeñar una función central al diagnosticar la índole del atrapamiento del terapeuta ante la probabilidad de ser absorbido por la familia y es por eso que se hace necesario que cuente con información básica y pertinente acerca de las familias de los terapeutas supervisados, tanto de la actual como de la de origen. Otra función de la supervisión es desafiar la realidad de los constructos del terapeuta que concuerden o no con la realidad que el S. de S. observa.

Desatnik, Franklin y Rubli (2002) señalan que para que la supervisión sea exitosa no sólo será una cuestión de aplicar técnicas aprendidas, sino deberá tener en cuenta la creatividad, experimentar en el mundo lo imaginado, conocer a profundidad los fundamentos teóricos que sustentan las técnicas, comprender la dinámica grupal, tomar en consideración la persona del terapeuta y tener en cuenta los diferentes roles que juega la o el supervisor.

La o el supervisor, desde el rol de maestro, ayudará a aplicar sus conocimientos a problemas específicos. Como facilitador propiciará la participación y la creatividad de cada uno de los terapeutas en formación, además de favorecer la cohesión del grupo. Como consultante estará en condiciones de iluminar aspectos diferentes en los casos presentados y desarrollar distintas estrategias terapéuticas. Su tarea consistirá en dirigir al equipo de terapeutas en formación para que realice una adecuada definición de objetivos terapéuticos y decidir las modalidades de intervención.

En cuanto al proceso de supervisión se pueden dar los siguientes pasos (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002):

1. Primera entrevista telefónica: Se define el tipo de problema y de la familia y se le deriva al terapeuta que sea compatible con base en su formación. El terapeuta se comunica y acuerda la primera entrevista después de haber recabado algunos datos generales.
2. Antes de la sesión: el equipo de terapeutas, el terapeuta y el o la supervisor comienzan a analizar el caso presentado, se proponen hipótesis y se discuten las intervenciones. La o el supervisor estimula a todo el equipo a participar y está muy atento a observar las respuestas emocionales y el impacto en los terapeutas del equipo.
3. Durante la sesión: el o la supervisor guía el proceso, respetando la actividad del terapeuta e interviniendo para señalar una línea de trabajo, ampliar su visión y rescatarlo cuando tropieza con obstáculos.
4. Después de la sesión: donde la o el supervisor, el equipo terapéutico y el o la terapeuta comentan acerca de lo sucedido en la sesión, donde se analiza la problemática de la familia, la relación del terapeuta con la familia, las ideas que surgieron durante la sesión y donde el supervisor indica y/o sugiere nuevas líneas de trabajo.

Es importante mencionar que dentro de la supervisión hay distintas estrategias para supervisar el trabajo de los terapeutas en formación, por ejemplo, está la supervisión en vivo con la que se obtiene una información completa tanto de la comunicación verbal como no verbal del sistema terapéutico total. Se considera que la supervisión en vivo posibilita una mejor comprensión de las interacciones en el S.T. y permite al S. de S. tener un acceso directo con la posibilidad de hacer correcciones en vivo. También se encuentra la observación de videos, donde se conserva el contenido analógico y verbal y se retroalimenta al alumno y al equipo respecto a su actuación y éstos a su vez pueden mirarse en acción.

Por otra parte, con respecto a la formación del terapeuta se trazan dos fases: la primera, que consiste en la participación en seminarios donde se analizan diferentes modelos de intervención en terapia familiar, análisis de

videos de terapeutas reconocidos, de casos presentados en relato, trabajo con familias simuladas y participación como observadores de trabajo con familias en vivo. La segunda, se refiere al aspecto práctico y aplicado donde se dividen en equipos a cargo de un supervisor, el cual puede ser elegido por el grupo en base a experiencias, empatías o ambas, aunque también es aconsejable que se elijan a varios con el fin de favorecer el aprendizaje de distintos estilos terapéuticos y se eviten procesos transferenciales conflictivos (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

En resumen y concluyendo, la supervisión es un espacio de reflexión e integración teórico, técnico y metodológico en el que se genera y facilita el análisis y la amplitud de visiones, de las cuales el equipo integra y/o prioriza la que podría ser útil para trabajar en la resolución del problema de la familia y sin descuidar la persona del terapeuta en su trabajo clínico (Troya y Auron, 1988).

También, es importante señalar que el crear un ambiente de apertura ayuda a generar un contexto de creatividad, innovación y de legitimación de las diferentes visiones, y para que esto suceda el o la supervisor tendrá que consolidar el grupo de trabajo, establecer la coparticipación de todos sus miembros, brindarles contención, seguridad, confianza y dilucidar ansiedades.

Aspectos observados en el proceso de la supervisión.

Como se mencionó, Troya y Auron (1988) expresan que hay varios subsistemas dentro del sistema total al cual tiene que atender el o la supervisor(a) y el cual se retoma aquí para realizar el análisis del S.T.T., de cada uno de sus componentes con base en el trabajo clínico que se hizo durante los dos años de formación en la Maestría en los diferentes escenarios clínicos.

El proceso de supervisión en la formación como terapeuta.

En cuanto a este punto, se puede analizar tomando en cuenta el SISTEMA DE TERAPEUTAS (S. de T.) conformado por el sistema de supervisión y el terapeuta y el SISTEMA DE SUPERVISION (S. de S.) que se compone de los supervisados y las supervisoras, destacando que dentro de este sistema se puede hacer una división más, entre los practicantes (tercer semestre) y los observadores (primer semestre).

Para el primer semestre, en el que formé parte del sistema de observadores, el observar la relación entre las supervisoras y los terapeutas fue una experiencia novedosa ya que este proceso no lo había vivido con anterioridad y era mi primer contacto en un contexto de formación y supervisión de lo que se hace en terapia.

En cuanto al trabajo de las cuatro supervisoras me parece que fue enriquecedor, cada una con su propio estilo, algunas de ellas estaban en todo momento haciendo observaciones y comentarios a los terapeutas acerca de su

actuar con las familias y de su manera de apreciar a las familias, y otras aunque de manera menos constante pero no menos importante, aportaban sus experiencias a los terapeutas. Puedo decir que las supervisoras fungieron como consultoras expresando alternativas para intervenir en los casos; observé que su papel como maestras se dio en los seminarios, pues ahí se analizaban los casos en base a un modelo teórico y su rol como facilitador se dio tanto en la práctica clínica como en los seminarios.

Un aspecto que fue fundamental y que estuvo presente a lo largo de las sesiones, fue el cuidado que mostraban las supervisoras a las familias atendidas y la relación que los terapeutas establecían con ellas, pues antes o después de las sesiones se les preguntaba cómo se sentían y cómo pensaban abordar los temas de interés en la sesión, así como los mensajes expresados al final de la misma.

Las supervisoras siempre mostraron buena disposición y flexibilidad en cuanto a los puntos de vista expresados por todos y cuando había diferencias se hacía hincapié en la posición (terapeuta, madre/padre, hij@, espos@, etc.) en que se estaban expresando nuestras ideas para hacerse consciente de ello y de cómo esto iba a tener influencia en el proceso terapéutico de las familias.

Se puede decir que los aspectos, opiniones, sentimientos, acciones o pensamientos que se les hacía saber a los terapeutas eran tomados en cuenta, pues en las siguientes sesiones ellos manifestaban que los hizo reflexionar alguna idea o comentario que las supervisoras o un compañero del equipo habían dicho y esto le permitió generar otras ideas con respecto al caso que estaba atendiendo.

En cuanto al proceso de supervisión puedo expresar que las supervisoras siempre mantuvieron una postura de respeto y confianza con los terapeutas. Más que corregir el trabajo, fueron comentarios, reflexiones, indicaciones, observaciones, opiniones, que sugerían, aportaban, aclaraban, abrían alternativas; y aunque se observaba una clara diferencia en cuanto a las tareas que le tocaba desempeñar a cada uno, no percibía una jerarquía que marcara que uno estaba arriba de otro, me parece que prevaleció una comunidad de aprendizaje donde todos aprendemos participando.

Otro de los aprendizajes que obtuve al estar como observador dentro del S. de S. fue el que me dio la oportunidad de conocer el trabajo de cada uno de los terapeutas (compañeros de la 3ª Generación) las supervisoras y de los demás miembros observadores. Un aprendizaje, que se puede traducir en lo valioso que es trabajar en equipo, donde se genera la necesidad cada vez mayor de ver que la terapia no es sólo cuestión de el o la terapeuta y la familia sino de todos los participantes que van contribuyendo con su hacer-pensar-sentir a construir un contexto de aprendizaje constante e indefinido. Puedo decir que vivir la experiencia de ver trabajar a mis compañeros me llevó a reflexionar e imaginar acerca de qué es lo que yo haría en relación a las problemáticas que se les presentaban, cómo abordar el tema, qué modelo utilizar, cómo conectarme con la familia, qué preguntas hacer, cómo formularlas,

qué estaba sintiendo en ese momento. Para mí fue importante tratar de hacer conciente mi manera de pensar, sentir y en su momento actuar sobre lo que observaba con los terapeutas y las familias.

Sin embargo, estar en la posición de observadores pienso que trajo ciertas limitaciones, que reflexionando sobre ello fueron más puestas por mí que por el equipo y esto me condujo a confundirme en algunos momentos acerca de mi participación dentro del equipo, pues no sabía en qué momentos era oportuna mi participación y me llevaba a expresar de manera poco clara mi sentir o pensar en relación a lo que observaba. Percibí que en algunas ocasiones no era claro lo que decía y tal vez esto se debía a mi falta de claridad en cuanto a mi postura en ciertos momentos dentro del equipo. Pienso que si en el primer semestre nuestra tarea es ser observadores, también podría incluirse la posibilidad de tener una interacción directa con las familias a través de los equipos de reflexión, pues esto también generaría experiencias valiosas, motivadoras y enriquecedoras en la formación.

En cuanto al trabajo de supervisión pensaba que era algo propiamente correctivo, de decirle al terapeuta qué es lo que estaba haciendo bien y qué no tan bien, y aunque creo que no es algo que se descarte en algún momento, me parece que la supervisión está más dirigida a tener uno o varios acompañantes en el camino, alguien que te ayude a iluminar o prender la vela que te alumbra cuando esta se apaga.

Más que sentir, ver o pensar a las supervisoras como las expertas en los casos, las percibí como personas dispuestas a compartir sus experiencias y conocimientos con los demás. Por otro lado, puedo evaluar mi desempeño dentro del equipo como bueno con comentarios acerca de lo hecho por los terapeutas en cuanto a los casos y en otros momentos con comentarios que compartía como puntos de vista acerca de mi manera de ver a las familias.

En cuanto al trabajo de los terapeutas practicantes y su relación con el proceso de supervisión considero que fue una experiencia que brindó, amplió y aclaró muchos aspectos del proceso terapéutico. El observar a cinco personas con distintos estilos no pudo ser más que una experiencia valiosa para la formación, pues aunque los libros pueden enseñar teóricamente la práctica no hay como ver cómo los terapeutas llevan la transformación de esos conocimientos en acciones y reflexiones que comparten con las familias. Algunos preguntando, siendo expresivos, utilizando metáforas, siendo técnicos en algunos momentos, otros siendo sensitivos, creativos e improvisando en los momentos pertinentes, pero me parece que todos con una manera de pensar sistémica que no implica pensar igual sino hacer distinciones de la realidad. Eso es lo que cada uno con su manera de pensar, sentir y actuar junto con las familias me dejó al observarlos.

Además, pude percibir que la disposición de los terapeutas practicantes ante la supervisión y ante los comentarios expresados por las supervisoras, se mostraban abiertos, atentos y críticos ante lo que les decían. Me parece que no lo asumían como la única verdad o la mejor opción, sino como puntos a tener en cuenta en su momento y como

alternativas disponibles en el instante en que fuera necesario tomar un camino distinto. En cuanto a la interacción entre los mismos terapeutas, ésta era cordial y de respeto a su trabajo con las observaciones pertinentes.

En general, el estilo tanto de las supervisoras como del equipo terapéutico, no se caracterizaba por una emotividad fuerte o que llevara a los miembros a un desborde de expresión verbal o afectiva, más bien era de un estilo más reflexivo, analítico, sensible y muy creativo.

En el segundo semestre y dejando la postura de observador y tomando un rol más activo e interventivo dentro del equipo terapéutico y con las supervisoras, fue todo un proceso de reestructuración, reorganización, de conocimiento de las compañeras y de autoconocimiento en el que también influyó de manera importante el cambio en los escenarios clínicos y en el que fue bien equilibrado por la experiencia previa de algunas de las compañeras que ya habían estado ahí, lo cual hizo que la asimilación fuera pronta.

En este semestre se vivieron dos procesos distintos de supervisión, generado en parte por las condiciones del contexto de trabajo, pues mientras en el CCH se experimentaba la supervisión a través de la intercomunicación por medio del interfon, en el ISSSTE se vivía una supervisión más directa no sólo por la utilización de un pizarrón donde se anotaban las ideas, preguntas, indicaciones o guía a seguir, sino por que el equipo, junto con la supervisora estaban en la misma sala donde se encontraba el terapeuta y la familia.

Desde mi perspectiva, pienso que el proceso de supervisión en el ISSSTE fue más fluido que en el CCH, pues el anotar las indicaciones en el pizarrón permitía al terapeuta darse el tiempo justo para introducir las ideas que se le planteaban, mientras que en el CCH a través del intercomunicador se cortaba la conversación con la familia y en algunos momentos se perdía el “timing” con ella sobre lo que estaban diciendo o sobre lo que a continuación se iba a preguntar. Sin embargo, también existían ventajas pues en el CCH al sentirme solo con la familia, sin sentir la presencia física directa del equipo me permitía generar la sensación de que en varios momentos no iba a contar con el comentario del supervisor en el momento y esto hizo que moviera mis recursos; mientras que en el ISSSTE por estar siguiendo a la familia y a la supervisora en un mismo espacio y tiempo podía llevar, por momentos, a alejarme de lo que estaba pasando con la familia y perderme el tema, el guión, la historia, de lo que estaban comentando.

En el tercer semestre, y de vuelta en el escenario clínico de la FES Iztacala pero ahora como terapeuta, me permitió vivir el proceso de supervisión de manera diferente a cuando tomé parte en el equipo como observador, una explicación que doy a esto es que en ese momento ya había pasado por la experiencia de ser observador y de ser terapeuta.

Una de las diferencias que noté fue la posición que las supervisoras tomaron frente al equipo de practicantes y al de observadores, en general se pueden destacar dos: como expertas o como facilitadoras. Por ejemplo, frente al equipo de practicantes su postura solía ser de coordinadoras, orientadoras o facilitadoras de las ideas que se generaban, ya

que al terapeuta le podían brindar un abanico de ideas de las cuales él o ella tenía varias opciones para trabajar en sesión. Durante la entrevista se le podían hacer sugerencias de cómo seguir la línea que ya se había tomado y posteriormente, en la postsesión exponerle cuáles serían las líneas de trabajo a seguir u otras a considerar. Pero también si ellas lo consideraban pertinente (si veían que el terapeuta había perdido la línea, que expresara que no tenía una idea clara o si se consideraba una línea de trabajo que podía darle un giro a la terapia) entonces ellas daban indicaciones directas tanto en la presesión, en la sesión y en la postsesión. Con respecto al equipo de observadores, su postura fue de expertas pues ante las preguntas que hacían los observadores ellas solían darles explicaciones con base en los modelos teóricos que se estaban empleando, desde la epistemología sistémica o desde su experiencia clínica en el trabajo que ellas han tenido con familias, lo cual resultaba aclaratorio, no sólo para los observadores sino también para los practicantes. Otra de las cosas que es importante resaltar es que cuando los observadores participaban a través de sus preguntas a las supervisoras acerca del trabajo que se hacía en las sesiones o de sus comentarios acerca de lo que ellos pensaban que sucedía con la familia, esto se puede calificar como una fuente de conocimiento y de experiencia, pues tanto a los practicantes como a los observadores permitía tomar decisiones y acciones futuras en el trabajo con las familias.

En este proceso, también se contaron con algunos inconvenientes de carácter técnico (por la falta de teléfonos de comunicación que permitiera el diálogo entre equipo y terapeuta) en la interacción entre supervisoras, equipo terapéutico y terapeuta, lo cual tuvo tanto sus ventajas como sus desventajas.

En cuanto a las ventajas que se puede hacer mención están las siguientes: por ejemplo, cuando se tenían las presesiones se daban una serie de recomendaciones, ideas, sugerencias, directivas para llevar a cabo en la sesión, en ese momento, la relación entre equipo y terapeuta era fluida pues se podía estar constantemente intercambiando ideas. Una vez iniciada la sesión el terapeuta contaba con una “brújula” compuesta por el abanico de ideas expuesto con anterioridad, la base epistemológica, su intuición, su criterio y su ojo clínico; esto permitía que el terapeuta pusiera a su disposición sus recursos y que fluyera su creatividad para las intervenciones ya que el equipo sólo podía comunicarse (si es que se consideraba necesario) tocando en el espejo para que el terapeuta saliera y se le dieran nuevas sugerencias; esto también llevó a la búsqueda de otras opciones para que no se perdiera la conexión entre lo que pasaba detrás y delante del espejo y se evitara que se intercambiara ideas de lo sucedido en la sesión hasta la hora del mensaje final y la postsesión. Por esto es que en primer lugar se experimentó con intercomunicadores que contaban con alta voz, después se optó por que en algunas ocasiones una de las supervisoras diera un mensaje del equipo a la familia, lo que permitía que el terapeuta tuvieran un contacto más directo con lo que pensaba y sentía el equipo, y que le ayudara a decidir si mantenía los mismos temas de conversación y/o los cambiaba. Además, el terapeuta tenía la opción de salir con el equipo en el momento en que lo considerara necesario.

En cuanto a las desventajas tenemos que la conversación o la retroalimentación que existía entre equipo y terapeuta no era tan fluida, ya que a veces se tenía que esperar cierto tiempo para poder hacer el contacto y esto podía experimentarse de dos formas: si se era parte del equipo terapéutico y se observaba que al terapeuta le podía ser útil abordar otros temas ya sea para explorar o para producir alguna modificación, el “timing” de las intervenciones entre equipo-terapeuta se perdía; si se era terapeuta en conversación con la familia se experimentaba la sensación de “estar solo” con la familia, lo que inevitablemente al final de la sesión nos llevaba a manifestar que durante la sesión nos hacíamos preguntas con respecto al equipo como: ¿Qué estarán pensando? ¿Qué otras cosas estarán viendo? ¿Estarán viendo lo mismo que yo o algo diferente? ¿Qué estará pasando allá atrás que no me han llamado? ¿Estarán concentrados en el mensaje final o no saben que ideas sugerir?. Otra de las cosas que se podía hacer, era traer la voz del equipo a través de exponerle a la familia los comentarios que se hicieron antes de comenzar la sesión, aunque también estaba la posibilidad de que algún integrante del equipo pasara con la familia y el terapeuta y se dirigiera a ellos expresándoles las ideas que les habían surgido al escucharlos, lo cual también podía ayudar a dar mayor fuerza y presencia al equipo en la interacción con la familia.

Para el cuarto semestre y volviendo a los escenarios clínicos del CCH Azcapotzalco e ISSSTE de Tlalnepantla, se vivía dos experiencias interrelacionadas, lo conocido de los lugares, las formas de trabajo, pero también la novedad ante las diferencias en la relación con las supervisoras, ya que actuaban más como acompañantes, facilitadoras, colaboradoras y con un menor énfasis en la directividad.

Por ejemplo, en el CCH la supervisora nos pedía, como terapeutas a cargo de la sesión y equipo terapéutico, una participación activa y continua durante la sesión y en la construcción de los mensajes, además que con base en nuestras cualidades como terapeutas se hacía una división de tareas, por ejemplo, si alguno de los terapeutas tenía una facilidad para inventar cuentos o hacer metáforas su tarea durante la sesión era construir una metáfora o cuento que se acomodara a la familia y se le diera al final de la sesión. Esto era un indicativo de que como terapeutas utilizábamos y aprovechábamos más nuestros recursos, además de que se estaba construyendo un conocimiento colectivo en beneficio de la familia, el terapeuta y el equipo terapéutico.

En el ISSSTE me parece que tuve la oportunidad de vivir dos procesos de supervisión distinta, una basada en los modelos modernistas y otro en los posmodernos. Esto requirió de plasticidad y de conectarse rápidamente a la familia, ya que si en un primer momento se estaba trabajando con un modelo estructural donde se requiere de mayor directividad y de la actuación de un equipo estratégico, el caso siguiente era visto desde una visión posmoderna, trabajando desde la terapia narrativa y los equipos de reflexión, donde no hay directividad y expertos, sino colaboración y facilitación de los diálogos, lo que colocaba al terapeuta y al supervisor en un plano más horizontal y de reflexión.

De lo afirmado con anterioridad, Cecchin, Lane y Ray (2002) afirman que para que el equipo en formación sea exitoso, es necesario que el supervisor empiece con una postura más directiva y a medida que se desarrolla, el equipo podrá desplazarse de guardameta a colaborador. Esto quiere decir que su relación con los integrantes del grupo es la de ayudar a articular una gran variedad de ideas y prejuicios acerca del caso, apoyando cada uno de los puntos de vista pero sintetizando todos de manera que sean consistentes con éste. Una de las ventajas de esta modalidad es que les permite tanto a los supervisores como los supervisados entender sus prejuicios. Es decir, el prejuicio no sólo tiene que ver con su carácter negativo, como erróneo, injustificado o distorsionador de la verdad, sino como conformador de la dirección que adquirirá la experiencia, de ser capaz de emplearlo para que sea útil, de descartar los que no lo son y de formar híbridos asociando los demás. Es así como en este proceso de formación tanto los estudiantes como los profesores pueden observar y cuestionar sus prejuicios.

Selicoff (2004) considera que dentro de la atmósfera de la supervisión siempre existe una relación jerárquica, pues hace una reflexión con respecto a que si se considera sólo en términos de colaboración ¿para que buscar un supervisor? La supervisión implica buscar la guía o consejo de alguien más experto, aunque también puede haber diferencias de grado en cuanto al nivel de jerarquía, por ejemplo, si la supervisión se hace con un colega con igual experiencia en comparación con un novato, la relación estará más dirigida por la jerarquía con el novato que con el colega. Cabe aclarar que aunque la relación implica una jerarquía es una en la cual existe un mutuo consentimiento y colaboración, ya que si la o el supervisor cuenta con mayor experiencia y conocimiento y el diálogo entre supervisor-supervisado es uno de escucha, respeto y diferencias, hay un aprendizaje mutuo.

También, pude notar que, unido al cambio de las supervisoras de ser directivas a ser colaboradoras y facilitadoras, las indicaciones, ideas, guías que pudieran dar se colocaban con mayor énfasis en tres momentos: en la presesión, en el inter de la sesión, antes del mensaje final o en la postsesión, lo que no quiere decir que ya no hubiera ideas en el proceso mismo de la entrevista con la familia, pero pienso que el objetivo era lograr que el terapeuta contará con mayor libertad para poderse salir o encauzar la entrevista en diferente dirección si era lo necesario, además de que la actuación de las supervisoras pasaba por algunos momentos como observadora de la interacción y las ideas del equipo, dejando que generáramos el mensaje y en muchas ocasiones actuando como mediadoras en la conjunción de las ideas aportadas.

En relación a esto, Cecchin, Lane y Ray (2002) señalan que el equipo permite utilizar la resonancia entre la experiencia del terapeuta y lo que sucede en la familia, ya que los puntos ciegos que son observados por el equipo pueden ser aprovechados como recursos terapéuticos. Además de que consideran que la amplitud de miradas del terapeuta depende de su posición en el sistema.

En general, se puede decir que a pesar de los inconvenientes técnicos, de espacio o recursos, tuvieron más peso las ventajas que las desventajas ya que el crecimiento de cada uno de nosotros como terapeutas fue bueno, pues

permitió el desarrollo de las habilidades y conocimientos en cuanto al proceso terapéutico desde una visión sistémica y posmoderna. Otro de los aspectos es que la relación entre equipo, supervisoras y terapeutas a cargo fue flexible, me parece que una de las directrices que permitió este proceso de crecimiento es el de ser conciente de las jerarquías existentes en el equipo (Supervisor-Supervisados), de no caer en luchas de poder inútiles que traban, no sólo el progreso de los terapeutas sino el de las familias, el estar concientes de que somos terapeutas en formación los cuales vamos a “aprender” y “aprehender” y la capacidad de la supervisoras para hacer y dar los comentarios y las indicaciones en los momentos pertinentes.

De la persona del terapeuta y el vinculo terapéutico con las familias.

Para hacer este análisis se puede partir del SISTEMA TERAPEUTICO (S.T.), el cual se conforma por el terapeuta a cargo de la sesión y la familia o la/el consultante.

En el primer semestre, donde tomé una posición dentro del sistema como observador dentro del escenario clínico de la FES Iztacala, tuve la oportunidad de observar desde distintos puntos de vista el proceso terapéutico, pues no sólo observaba el trabajo de los terapeutas (compañeros de la 3ª Generación) con la supervisora, sino del equipo en su totalidad, además de acercarme, compenetrarme y aprehenderme la modalidad de trabajo.

Por ejemplo, en cuanto a la relación que establecían los terapeutas con las familias fue diferente en cada caso. Algunas se mantenían atentas y receptivas a los comentarios que el equipo daba y algunas de ellas expresaron su agradecimiento. Puedo señalar específicamente, la sesión donde se realizó un equipo de reflexión con una familia; la recuerdo como una de las sesiones más emotivas pues en los miembros de la familia se despertaron sentimientos y pensamientos que sólo las conversaciones con otras personas generan. Otras, era más reservadas ante la modalidad de trabajo con el equipo terapéutico, pero tiempo después mostraban mayor confianza y se convertía tanto para ellos como para todos en una necesidad de escuchar al otro y reflexionar sobre sus problemáticas. A pesar de que en algunos momentos hubo comentarios e indicaciones hacia las familias que a ellos no convencían, o expresaban de manera no verbal algún gesto que nos sugería sorpresa, confusión o desacuerdo, el respeto y la confianza fueron pilares en todo momento.

Ya en el segundo semestre, donde se vivió un proceso de reestructuración y organización por el cambio de escenario clínico, de los miembros del equipo con los cuales se iba a trabajar y el cambio de observador en el equipo al de terapeuta a cargo de la sesión, en cuanto a la persona del terapeuta, en el CCH Azcapotzalco se dio énfasis desde la primera reunión de trabajo, pues se nos pidió a cada integrante del equipo terapéutico que lleváramos nuestro genograma. Me parece que esto fue un aprendizaje significativo tanto en lo individual como en lo colectivo.

El plantear cada uno nuestro genograma nos ayudó, o mejor dicho me ayudó a tomar conciencia de aquellos lados fuertes que tenía, así como de las áreas débiles; otra de las cosas que observé fue acerca de los legados que le dejan a uno las propias familias y cómo esto, sin darse uno cuenta, en varias de la veces forman o influyen en la propia opinión acerca del propio trabajo con las familias, pues por ejemplo, si alguien tiene una historia familiar con enfermedades crónicas y muertes prematuras, para un terapeuta que no esté atento puede ser un tema difícil de abordar y de intervenir con una familia que tiene un problema similar.

Por otra parte, en cuanto al aprendizaje colectivo fue interesante ver que cuando alguien estaba exponiendo su genograma a los demás, para los que estábamos escuchando era muy claro ver los recursos y las áreas débiles del compañero, cuestión que no era tan clara o tan fácil de identificar para el o la que estaba enfrente. Hago alusión a ello pues me parece que es un ejemplo muy claro de lo que implica la Cibernética de 2º orden y donde el observador, se convierte en parte de lo observado, ya que la interrelación entre los que escuchábamos y el o la que estaba hablando de su vida generaba nuevas observaciones, de las observaciones hechas por los otros, pues al preguntarle la supervisora al terapeuta si ya se había dado cuenta de algún lado fuerte de su persona o su familia expresaba que no, incluso a veces se reflexionaba sobre las diferentes versiones que podían existir en un mismo tema, pues si al terapeuta, por ejemplo, le parecía que los hombres ocupaban una posición débil dentro de la familia para el equipo no lo era, lo que lleva al terapeuta a cuestionarse sobre este pensamiento.

También en cuanto a ésta área de la persona del terapeuta, por lo regular al final de las sesiones se le preguntaba al terapeuta cuál fue su sentir de la sesión y cómo observó a la familia, lo que también llevaba a un diálogo entre todo el equipo.

Como terapeuta a cargo de la sesión, el vínculo terapéutico con la familia se vivían de manera distinta dependiendo del escenario clínico y la familia que se atendía. En este sentido, algo que se nos pedía en el CCH es que pusiéramos especial atención en el "joining" con la familia, uno de los argumentos que se nos daba en relación a esto era que facilitaba y relajaba la conversación tanto a la familia como al terapeuta, además que permitía abordar la sesión de una manera más amena y no saturándola sólo con el problema. En el transcurso de las sesiones y vía interfon la supervisora daba ideas de cómo abordar las temáticas o sugería preguntas para abrir temas de conversación en la familia. En cuanto a la parte técnica o metodológica era importante tener en mente las tres directrices que utilizaba el modelo de Milán: neutralidad, hipótesis y circularidad. Siempre y a cada momento era importante tener hipótesis de trabajo lo que permitía llevar a cabo el interrogatorio circular.

Específicamente, la relación que tuve con la familia del CCH fue difícil, ya que consultaban por un problema de adicción, lo cual generó un clima terapéutico de cuestionamiento y confrontación ante la rigidez de la familia; sin embargo, después de 7 sesiones la familia manifestó un cambio y también su agradecimiento por la ayuda recibida.

Me parece que en el ISSSTE también fue una parte fundamental la persona del terapeuta, aunque el proceso fue diferente pues ahí no se hizo una presentación del genograma de cada uno ni tampoco se abordó una breve reseña de la vida del terapeuta. Como se hizo aquí fue que conforme el caso se iba tratando y si el terapeuta presentaba dificultades o se notaban recursos se marcaban y se hablaba de ellos al finalizar las sesiones, esto permitió tener una visión de crecimiento paralelo, pues conforme iba avanzando el caso y se iban presentando los cambios también al terapeuta se le hacían notar sus cambios, esto permitía una visión sistémica de la relación terapeuta-familia, pues a la vez que ibas viendo el avance de la familia también veías el tuyo como terapeuta.

Con respecto a la relación entre la familia y el terapeuta en el ISSSTE, se partía de la idea de conocer la visión y las acciones del cliente sobre su problemática, lo que permitía conocer cual era la postura del paciente y apoyarse en ella para facilitar el proceso terapéutico. Por otra parte, más que tener una hipótesis se formaban directrices o líneas de trabajo para trabajar en la sesión, en pocas ocasiones la supervisora preguntaba sobre una hipótesis, en el sentido formal de la palabra, ya que es difícil no hipotetizar sobre lo que ocurre u ocurrirá con una familia, pareja o persona.

En cuanto al aspecto teórico y metodológico, por lo general, se manejó un modelo de terapia breve lo que llevaba a centrarse en un problema específico y bien definido del cliente, lo que conducía a una formulación de un problema y objetivos en un corto plazo; los cambios en las familias se daban y observaban en corto tiempo, pero tampoco se descartaba el uso de otras técnicas si el caso lo ameritaba.

Cabe mencionar que en comparación con el caso del CCH, en el ISSSTE la relación que se estableció fue de mucha calidez, confianza y colaboración, pues la pareja que asistía, donde en un principio uno de sus integrantes se mostraba escéptico a la terapia debido a su decepción de otros tratamientos por los que había pasado, posteriormente manifestó emoción al sentirse que se le ayudaba al igual que a su esposa.

El proceso que viví en el CCH y en ISSSTE con estas dos familias me permitió generar dos aprendizajes significativos como terapeuta, uno fue que la relación que uno establece con las familias puede estar matizada por diferentes posturas que favorezcan el proceso terapéutico, lo cual requiere de flexibilidad, es decir, comprendí que puedo ser un terapeuta directivo o puedo ser colaborativo, y que una postura u otra no están peleadas sino que se puede complementar con base en un objetivo terapéutico; el segundo aprendizaje tiene que ver con la utilización de las emociones en terapia, ya que uno de las observaciones que recibí por parte de las supervisoras y mi equipo fue que mi relación con las familias se percibía distante y fría, después de una conversación con ellas reflexioné sobre el hecho de que no es que no sintiera lo que estaba pasando en sesión sino que no había un manejo de esas emociones y por lo tanto el trabajo se hacía mecánico. Cuando logre aprovechar esto, me di cuenta que las emociones no son un aspecto a dejar de lado, sino que deben ser aprovechadas, incluidas y transformadas terapéuticamente.

Posteriormente en tercer semestre, en el escenario clínico de la FESI, como terapeuta a cargo de la sesión, en cuanto al trabajo terapéutico realizado los días martes fue con una pareja joven entre los 23 años de edad. Se tuvieron tres sesiones con ellos y se puede decir que en cuanto los objetivos planteados se alcanzó un cambio de primer orden, pues la visión de su problema (que eran desacuerdos, desconfianza, celos, el embarazo no planeado) ya era menos problemática para ellos y esto les iba permitir vivir su situación como pareja con menor malestar, por ejemplo, el tener que depender de los padres de él mientras terminan de arreglar su casa. En cuanto al vínculo terapéutico que se generó junto con ellos, fue como un terapeuta que facilitaba el diálogo hacia nuevas perspectivas, tratando de conocer y comprender su problemática, tomando una postura de curiosidad ante sus percepciones y pautas de relación problemática, además que en algunas ocasiones se tomó una postura como experto en los mensajes finales o al hacer algunas redefiniciones en cuanto a la visión de su problema y sus conductas interactivas. Por otra parte, en cuanto al consultante del jueves que era una mujer de 36 años, se puede decir que se trabajó sobre los relatos dominantes familiares y personales y como estos le habían afectado en su vida actual, en cuanto a la postura que se tomó con ella también fue como un terapeuta colaborador en el diálogo, generando preguntas de reflexión y en pocas ocasiones se tomó una postura como experto.

Para el cuarto semestre, en los escenarios clínicos del CCH e ISSSTE se puede decir que el manejo de sí mismo como terapeuta y de la relación con las familias lo viví como novedoso en el ISSSTE y como conocido, sin caer en la rutina en el CCH.

En el ISSSTE fue novedoso, pues la familia me dejó varios aprendizajes sobre mis capacidades como terapeuta que hasta el momento no habían puesto a prueba otras familias. Me ayudó a conocerme más como terapeuta y descubrir y/o construir nuevas herramientas. Puesto que ésta era una familia que iba por un problema de conducta de sus hijos, esto me fue conduciendo a una modalidad de trabajo que no había experimentado y era el trabajo con niños en la terapia, por lo cual me colocaba en un nivel distinto de relación, ya que en un primer momento tenía que ser empático pero que al mismo tiempo debía resultar terapéutico, lo cual me encaminaba a utilizar un lenguaje sencillo, concreto, cotidiano y cercano para los niños y al mismo tiempo generar un lenguaje con los papás en el que lograran establecer una relación más benéfica con sus hijos. Después fue en cuanto a la utilización del modelo teórico para intervenir, pues aunque mi estilo (había creído yo con anterioridad) era de confrontación y cuestionamiento a través de las preguntas, la familia me llevó poco a poco a formarme un estilo de confrontación y cuestionamiento a través de la utilización de las relaciones, las emociones, las posturas, los diálogos entre las personas, un estilo en el que tomé como lo exponen Minuchin (1994) y Haley (1993) la responsabilidad de lo que sucediera y de la dirección de la terapia.

En cuanto al caso del CCH mi aprendizaje giró en torno a como no caer en un estado donde la curiosidad se esfuma y se toma todo como predecible y como si se supiera qué es lo que va a pasar (Cecchin, 1987). Esto debido a que

nuevamente me encontré con el caso de una mujer que asistía a terapia porque se sentía enojada con todo lo que pasaba en su vida; mi primera impresión ante esto fue el recuerdo de la paciente que atendí en segundo semestre, donde manifestaba sentirse enojada con todo. Esto me hizo tener muy presente la necesidad de no igualar las condiciones, las historias, los sentimientos y los dilemas que pudieran presentarse, dejando de tomar en cuenta las particularidades de la historia y tomando todo lo contado como ya dicho, pues en este caso actuaría más como un técnico en terapia, que aplica técnicas ya preestablecidas a casos similares que como un terapeuta constructor junto con la consultante de una realidad terapéutica distinta.

De la relación del Sistema Terapéutico Total. (S.T.T.)

En el primer semestre, fue un proceso de adaptación, pues al iniciar mi proceso de formación de manera formal en la Maestría fue partir de los equipos estratégicos, lo que me llevó a conectarme paulatinamente con estrategias, hipótesis y mensajes finales, pero también me permitió observar desde otro punto de vista las relaciones entre el equipo terapéutico, las supervisoras, el terapeuta y la familia. Desde mi posición como observador conté con el tiempo necesario para darme cuenta de los efectos de las intervenciones en la familia, en el terapeuta y por parte del equipo, y a su vez, cómo es que a partir de estas reacciones, el terapeuta, el equipo y las supervisoras tenían diferentes ideas, sentimientos y formas de actuar ante el hecho. Por ejemplo, recuerdo el caso de una mujer que no aceptaba a su hija y declaraba que la odiaba; esto condujo a diferentes reacciones, algunas lo tomaron ofensivo y se enojaron, otros se manifestaron precavidos y más racionales ante lo que se pudiera hacer, otros reaccionaban con tristeza o entendiendo el dolor por el que podría estar pasando esta madre; esto me llevó a la reflexión de que no es tanto saber cuál de estos sentimientos o pensamientos es más válido sino el abanico de posibilidades que se pueden encontrar en un sólo hecho, y ésta es la oportunidad que se tiene cuando se trabaja en equipo.

Para el segundo semestre, uno de los aspectos que observé en el ISSSTE fue la interconexión de emociones que se experimentaron al estar todos juntos en la misma sala con la familia, pues cuando se utilizaba la cámara de Gesell no permitía tener esta experiencia de una manera directa. Pienso que uno de los elementos que ayudó a la comunicación de estas emociones fue el observar el comportamiento no verbal del equipo, la familia y el terapeuta, pues el estar de frente sin ningún espejo permitió ver el rostro y las expresiones de todos cuando se conversaba con la familia, lo que también nos permitió tener de manera más clara un marcador de contexto acerca de lo que estaba sucediendo con todo el sistema. Desde mi punto de vista el no tener cámara de Gesell facilitó que la comunicación fuera más fluida, pues incluso lo que nos iba marcando la supervisora tenía la ventaja de que permanecía en el pizarrón y nos permitía tomarlo en el momento o retomarlo y conectarlo con otra idea que se estuviera hablando.

Otra de las cosas en las que creo que la falta de un espejo influyó de manera diferente fue en la relación entre el equipo y la familia. En el CCH no permitió tener una relación tan directa con la familia, lo que hacía que la empatía, el

efecto de las intervenciones y mensajes finales del equipo pudo haber sido menor que en el caso donde no hubo un espejo. Pienso que las familias, y algunas de ellas así no lo expresaron, se sentían más acompañadas estando todos reunidos en el mismo lugar, pues les permitía conocer los rostros, las expresiones y en ocasiones, los comentarios de los integrantes del equipo, lo que llevó a que se generará y fortaleciera el vínculo y el cambio terapéutico.

Considero que la participación del equipo fue de menos a más; al principio creo que nos estábamos acoplando a los estilos de trabajo en los escenarios clínicos, a las supervisoras y entre nosotros; cuando se logró la coordinación entre estos tres aspectos, las participaciones eran más constantes, estaban encaminadas a un mismo propósito o permitían abrir nuevos caminos; el diseño de los mensajes y la formulación de las tareas se elaboraban con mayor rapidez y claridad. Las opiniones del equipo hacia el terapeuta eran variadas ya que algunos se concentraban en la parte personal, es decir, daban comentarios como “hoy te vi tranquilo, me parece que tu actitud con la familia fue muy buena, te dedicaste a ser una persona que escuchaba y que en el momento justo sabía cuando preguntar...”. Había otros que se concentraban en la parte metodológica del caso, por ejemplo, “yo tal vez hubiera abordado un poco más acerca de la relación que hay entre el padre y los dos hermanos más pequeños, pues casi no se ha abordado ese aspecto...”. Ambos comentarios me parecían igual de valiosos ya que tanto la parte técnica como la sensitiva eran importantes para ser utilizados en la terapia.

Por último, cabe mencionar que las supervisoras, además de orientarnos en la práctica de la terapia, también nos sugerían bibliografía para consultar, lo que también nos ayudaba a tener un panorama más amplio de lo que podíamos hacer.

Ya en el tercer semestre, las relaciones que se generaron tuvieron mucho que ver con las dificultades técnicas vividas en el escenario clínico de la FESI y que se mencionaron con anterioridad, ya que la relación entre el terapeuta-familia-equipo terapéutico tuvo que hacer uso de los recursos disponibles y de varias modalidades de intervención, que en términos generales se pudieron calificar como benéficas en la generación de los cambios en los consultantes.

Por ejemplo, al no contar con los intercomunicadores, el terapeuta tenía que conectar al equipo y a la familia a través de los comentarios que él o ella mism@ hacía pero haciendo referencia al equipo (“algo que el equipo me estaba comentando es que les parece importante que hablemos de... ó el equipo me hizo pensar ¿Qué sucedería si en vez de pensar que su esposa está enojada con usted pensara que está preocupada por su salud?); otra de las opciones fue a través del mensaje directo del equipo, donde un integrante pasaba con el terapeuta y la familia y le daba sus puntos de vista de manera directa (“estábamos allá atrás mirando cómo su hijo pone atención a lo que ustedes están hablando y parece que él se angustia igual que ustedes...” ó “queremos comentarles que estamos divididos allá atrás hay una parte del equipo que piensa que ustedes no van a cambiar y a otra que piensa lo contrario...”); otra de las opciones que se experimentó es a través de los equipos de reflexión donde algunos integrantes del equipo

pasaban junto con la familia y el terapeuta y daban sus reflexiones sobre lo que habían visto y pensado de lo que decía la familia. Todo lo que estas modalidades permitieron era estar en un proceso de ida y vuelta (retroalimentación) en el que el terapeuta y la familia eran participantes y observadores de su propio proceso de conversación que habían llevado a lo largo de la sesión (hacer una diferencia de la diferencia), pues miraban desde diferentes posiciones y ángulos sus propias percepciones y pautas de relación. Este proceso, permitió al terapeuta enriquecerse de los puntos de vista del equipo y decidir sobre si mantener los mismos temas de conversación o cambiarlos, incluso de percibir cuál era la relación que había establecido con la familia; a la familia, le permitió escuchar otras voces que la llevaban hacia la reflexión de su visión y relaciones problemáticas. Es decir, el S.T.T. se interconectaba y seguía un proceso de cambio pues se estaba influyendo constantemente sobre las percepciones y las relaciones.

Otro de los aspectos que se pueden resaltar fue que en este tercer semestre se alcanzó un grado de compenetración en el equipo terapéutico, con el ritmo de trabajo y con las supervisoras, pero al mismo tiempo, de novedad, al vivir la experiencia de ser observado por los compañeros de primer semestre (5ª generación). Observé que en cuanto a la relación entre los supervisados se estableció un ambiente cordial, amable y de respeto para el trabajo; por ejemplo, entre los practicantes, pienso que se estaba consolidando la organización que en segundo semestre se había logrado en cuanto al trabajo en equipo, ya que los estilos de cada uno, la manera de relacionarse con la familia, de los modelos teóricos empleados e incluso los puntos ciegos de cada uno de nosotros fue una fuente de recursos que ayudó a que cada uno de nosotros que estaba en conversación con las familias, se sintiera apoyado y creyera que los puntos de vista que se le podían aportar a su caso eran importantes para enriquecer el proceso terapéutico. Por otro lado, en cuanto a la repartición de tareas, deberes y obligaciones dentro del mismo equipo, también contó con la disposición de todos, si bien el acuerdo explícito fue el de apoyar y tener la disposición para trabajar en equipo, cada uno encontró su lugar dentro de él sin hacer especificaciones o indicaciones directas de qué es lo que le toca a cada uno. Lo que observo de esto es que en relación al estilo del equipo, permitió espontaneidad, ya que si no había tareas claramente demarcadas para cada uno, también se tomó en el momento que se consideró pertinente actuar y aportar una idea, un material, una sugerencia o un punto de vista.

De la relación entre practicantes y observadores, la experiencia fue buena con ellos, ya que dentro de las sesiones ellos se mantenían al tanto de qué es lo que se hacía en las sesiones, a través de preguntas, observaciones o de las actas que se le proporcionaban de los casos atendidos; de su integración y su llegada al equipo terapéutico se despertaron diferentes emociones entre nosotros como practicantes y ellos como observadores, que posteriormente se expresaron, comentando que había sorpresa, curiosidad, angustia, entusiasmo, extrañeza, invasión, etc. de ambas partes, pues para nosotros como practicantes era la variable de sentirnos observados ya no sólo por las supervisoras y los compañeros de equipo sino también por los observadores. Cabe resaltar aquí que desde mi punto de vista, y pasando por la experiencia de ser un terapeuta en formación que está siendo observado por otros

compañeros en formación, adquiere un nivel de responsabilidad pues se está sirviendo como modelo para los compañeros, tanto de las cosas positivas como negativas; por parte de los observadores, era la experiencia nueva de conocer el trabajo en equipo desde una visión sistémica, ya que si algunos contaban con la experiencia de trabajar con pacientes y otros no, sí era novedoso el encontrar el espejo unidireccional, el teléfono y las reuniones antes y después de las sesiones.

Por último, en el cuarto semestre y después de haber experimentado ya varias modalidades de supervisión y de interconexión entre familia-terapeuta-equipo, y al tener en tercer semestre la oportunidad de utilizar un equipo de reflexión, en cuarto semestre esta experiencia se vivió con mayor frecuencia, lo que también trajo un cambio de postura en la participación y en la manera de experimentar el proceso terapéutico; una de las dificultades que noté fue el deshacer o poner a la vista la postura de experto, pues al hacer las reflexiones en el equipo, los que participábamos teníamos que ser cuidadosos en el lenguaje para no caer en interpretaciones, aseveraciones o juicios, y si llegaban a suceder, la supervisora ponía a la vista su cuestionamiento o deconstrucción, por ejemplo, a través de preguntas como ¿qué te hizo pensar que esta familia era fuerte? ¿en dónde lo notaste? ó ¿Qué es lo que te hizo pensar que... estaba triste en ese momento? Esto fue una experiencia valiosa ya que fue un compartir constante y directo con las personas no en el sentido de quién sabe más sino del compartir de las experiencias vividas; además, al hacer este tipo de intervenciones, las familias ya no trataban con un fantasma o un equipo sin cara sino con alguien que tiene forma, rostro y voz, esto permitía tener con las familias una relación más cercana y de acompañamiento, donde tenían la oportunidad de escuchar diferentes voces a lo que las familias reaccionaban con gran expectativa, sorpresa, reserva e incluso si así lo decidían de distancia ante los comentarios y reflexiones expresadas.

En cuanto a estas modalidades de relación equipo-terapeuta-familia no se puede decir que una haya resultado más eficaz que otras; lo que sí se puede decir es que la presencia de un equipo tiene un efecto favorable en el proceso terapéutico, sea éste con una persona, una pareja o una familia, funciona como un catalizador y facilitador de cambios, pero esto también depende de la armonía interna que haya dentro del equipo terapéutico.

A este respecto, De Shazer (1989) señala que entre el equipo terapéutico, el terapeuta y la familia sólo hay una división artificial, pues estos tres sistemas están en constante interacción y todos juntos forman parte del sistema terapéutico. En cuanto a los equipos reflexivos, Andersen (1996) considera que permiten generar nuevos puntos de partida para nuevas conversaciones o para encontrar nuevas descripciones y comprensiones, también genera en los consultantes el observar que no hay una manera “correcta” y muchas erróneas de entender una situación, sino que hay otras posibles explicaciones. White (2002) por su parte afirma que el tener un grupo o un equipo de reflexión proporciona a los consultantes el sentido de identidad y de acreditación a las historias alternativas que se co-construyen en terapia.

3.2. HABILIDADES DE INVESTIGACION

En este apartado se presenta un resumen de las investigaciones cuantitativa y cualitativa realizadas durante el primer y segundo semestre de la Maestría; estas investigaciones tuvieron como tema central de estudio los significados de discapacidad en madres de familias nucleares y uniparentales.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa.

Investigación Cuantitativa

Significado de discapacidad en madres de familias nucleares y uniparentales con un hijo con discapacidad.

El interés por el tema del significado se justifica y se considera importante por lo siguiente: existen diferencias en torno a las expectativas y/o creencias culturales que se esperan cumpla dentro de la familia hombres y mujeres; es así que, dentro de la *familia nuclear* en México, considerada de tipo patriarcal y judeocristiana (Vergara, 1998), se espera que las mujeres, ya sea madres, esposas e hijas cumplan varias tareas, como son, el cuidado de los hijos y/o los hermanos, la educación, que el dinero se convierta en bienes consumibles, que proporcione cuidados. Bermúdez (1970; en: Mora, 1992) para explicar este hecho, introdujo el término *hembrismo*, para definir la postura que toma la mujer frente al hombre al asumir valores y conductas como la sumisión, castidad, sacrificio ante el cónyuge, sus hijos y los padres.

González (1999) menciona que en América Latina no hay duda sobre el hecho de que existen, aparte de la familia nuclear, otros tipos de arreglos domésticos y familiares, entre los cuales aparecen las familias uniparentales de jefatura femenina. Lo que, lejos de mostrar debilidad o escasa viabilidad, ha aumentado durante las últimas décadas y parece revitalizarse en periodos de crisis económica y del descenso del papel de los hombres como proveedores económicos.

En datos proporcionados por el INEGI en 1999 (Gutiérrez y Godínez, 2002) el número de familias uniparentales en México, asciende a 2.3 millones, cifra que representa el 13.5% del total de hogares familiares. La población que vive en este tipo de familias junto con la familia extensa abarca el 12% de la población. La composición por sexo de familias uniparentales muestra una fuerte presencia de la población femenina, lo cual se manifiesta claramente en la jefatura del hogar ya que el 83.9% de esas familias son comandadas por mujeres y solo el 16.1% por hombres.

Sin embargo, las terapeutas feministas, como Goodrich (1989), afirma que a pesar de que este modelo familiar (madre sola) esta presente, sigue siendo un estigma pertenecer a él, estigma que funciona como un factor etiológico

en muchos de sus problemas, pues implica el supuesto de efectos perjudiciales para los miembros de la familia, en especial para los niños varones, pues se piensa que estos no estarán bien educados, presentarán problemas de identidad sexual y estarán confundidos con respecto a los roles de los géneros, además de que tendrán y se meterán en dificultades.

En una investigación realizada por Gutiérrez y Godínez (2002) en la que investigaron a través de las redes semánticas en madres e hijos adolescentes los significados de pertenecer a una familia uniparental, encontraron que el conjunto de palabras que más se relacionaba con este significado eran: Economía, Problemas, Dialogar, Triste, Soledad, Desamor, Moral, Compañía, Cambio, Sin apoyo. Al realizar un trabajo terapéutico desde la Terapia Narrativa en la deconstrucción de sus historias dominantes y la construcción de sus historias alternativas se ayudó a estas familias a cuestionar y hacer visibles las creencias culturales con respecto a ser hombre, mujer y familia y como estas se conectaban con la construcción de una identidad individual y familiar. En este proceso se observó que madres y adolescentes no se percibían como familia por no estar presente el padre, no había una claridad en cuanto a una identidad familiar pues las madres tenían sentimientos y pensamientos ambivalentes que afectaban en sus decisiones, pues mientras decían que podían salir adelante de sus problemas, se sentían culpables e incapaces de cuidar y educar a sus hijos varones, por lo que delegaban la responsabilidad a familiares como hermanos o padres y sus hijos se iban a vivir con ellos; en los adolescentes se presentaban problemas de conducta y bajo rendimiento escolar, la separación de sus padres les afectaba, pero en ellos pesaba más la confusión y la molestia por no encontrar una explicación de por qué estaban viviendo con sus parientes maternos. Se concluyó que los significados y la transmisión de estos significados a través del lenguaje juegan un papel importante en la capacidad que tienen las familias uniparentales para hacer frente a las dificultades que se les presenten y además que al acercarse al estudio e intervención de estas familias es necesario tomar en cuenta sus particularidades, no encuadrándolo en un estándar de lo que es ser una familia.

Al afirmar lo anterior, el propósito de esta investigación es: 1) Conocer el significado de discapacidad en las madres que forman parte de familias nucleares y uniparentales con un hijo con discapacidad y 2) establecer si existen diferencias en el significado de las madres de familias nucleares y uniparentales. Es importante decir, que debido a que las expectativas culturales y las creencias en torno al rol, la eficiencia y las tareas que se espera cumpla la mujer en las familias nucleares y uniparentales es diferente, se espera que la construcción del significado de discapacidad sea diferente y que las madres de familias uniparentales vean la condición de discapacidad de su hijo como más difícil que las madres de familias nucleares. Por último, cabe mencionar que esta investigación es exploratoria y además tiene la finalidad de aportar conocimientos sobre como se concibe la discapacidad en estas familias, y que sea de utilidad para futuras investigaciones sobre el tema de la discapacidad.

METODO

Participantes:

Participaron 26 madres de familia que tienen un hijo con discapacidad y que asisten al Centro de Atención Múltiple (CAM) No. 12 de Cuautitlán Izcalli, Estado de México; y se integraron de la siguiente manera: un grupo de 13 madres de familia nuclear con un hijo con discapacidad y un grupo de 13 madres de familia uniparental con un hijo con discapacidad.

Instrumento:

Se empleó la técnica de redes semánticas propuesto por Figueroa, González y Solís (1981; en: Valdez, 2000), para explorar el significado.

Procedimiento:

La investigación se planteó en dos fases que fueron:

- I. PRESENTACION a las madres participantes se les explicó que se solicitaba su cooperación para llevar a cabo un estudio que tenía el propósito de conocer algunos temas relacionados con la discapacidad.
- II. EVALUACIÓN: se les repartieron dos hojas, una de ellas contenía las instrucciones de lo que debían hacer, la segunda contenía el concepto de DISCAPACIDAD que tenían que definir con un mínimo de diez palabras sueltas.

Resultados

Al realizar el análisis de los datos, se obtuvieron, para cada grupo de madres los siguientes valores para las redes semánticas propuestos por Figueroa, González y Solís (1981; en: Valdez 2000):

1. VALOR J. Indica la riqueza semántica de la red. Es decir, la cantidad de palabras obtenidas en relación a la palabra estímulo (DISCAPACIDAD).
2. VALOR M. Indica el peso semántico alcanzado para cada una de las palabras obtenidas. Es decir, el grado en que una palabra se acerca para definir el concepto estímulo (DISCAPACIDAD).
3. CONJUNTO SAM. Es el grupo de las diez palabras que alcanzaron los mayores valores M, indica cuales fueron las palabras definidoras que conforman el núcleo central del concepto estímulo (DISCAPACIDAD).
4. VALOR FMG. Es un indicador en términos de porcentajes, de la distancia que hay entre las palabras obtenidas que conforman el conjunto SAM.

Para el valor J de la palabra DISCAPACIDAD de cada grupo de madres, se obtuvo que para las madres de familias nucleares su valor fue de 81, mientras que para las madres de familias uniparentales fue de 80. Esto muestra que la riqueza semántica de ambos grupos es similar. En cuanto a la organización de la información y de las relaciones de las palabras que definen DISCAPACIDAD se observaron las siguientes diferencias:

Las palabras que obtuvieron los mayores valores M en el grupo de madres de familias nucleares y uniparentales son:

DISCAPACIDAD (Conjunto SAM)			
Familia nuclear	Valor M	Familia uniparental	Valor M
<u>Apoyo</u>	171	<u>Rechazo</u>	138
<u>Limitación</u>	130	<u>Limitación</u>	136
Amor	125	Atención	51
<u>Rechazo</u>	106	<u>Educación</u>	51
Respeto	95	Enfermedad	51
Aceptación	89	Nobles	44
Comprensión	86	Capacidades diferentes	36
Constancia	68	Fortaleza	36
Avances	68	Inteligencia	34
<u>Educación</u>	68	<u>Apoyo</u>	32

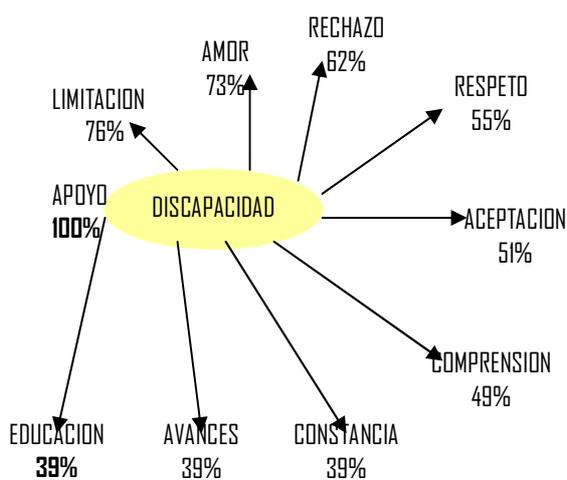
Tabla 1

Estos resultados indican que el conjunto de las diez palabras para cada grupo conforman el núcleo central de la red (conjunto SAM), es decir, son las palabras que definen el concepto de DISCAPACIDAD en las madres de familias nucleares y en las uniparentales. (ver tabla 1).

Por otro lado, con los valores M de las diez palabras definidoras se obtuvo el valor FMG con el cual se muestra la cercanía o distancia de cada palabra con respecto a la definidora DISCAPACIDAD: (ver Esquema 1 y 2).

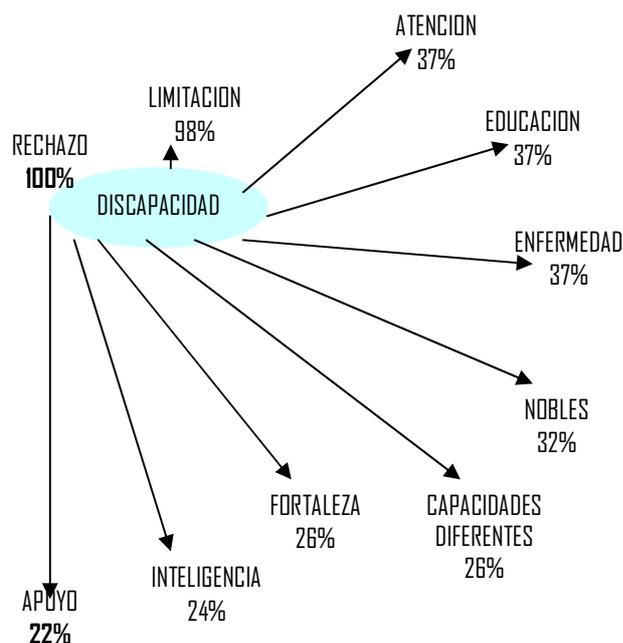
MADRES DE FAMILIA NUCLEAR

Esquema 1
(Valores FMG)



MADRES DE FAMILIA UNIPARENTAL

Esquema 2
(Valores FMG)



En términos generales, estos resultados indican que hay mayor integración en las definidoras de las madres de familias nucleares que en el de las familias uniparentales, que como se aprecia en los esquemas 1 y 2, las distancias con el concepto DISCAPACIDAD están más dispersas en las madres de familias uniparentales. En este sentido, se puede afirmar que en el caso de las madres de familias nucleares para definir DISCAPACIDAD pueden utilizar las diez definidoras en su conjunto, lo que no sucede con las madres uniparentales pues hay una mayor inclinación hacia las definidoras *rechazo* y *limitación*.

También se puede apreciar que existen diferencias en la cercanía y distancia entre las palabras definidoras que coinciden en ambos grupos (ver tabla 2). Esto indica que la palabra número uno del conjunto SAM tiene impacto sobre el resto de las palabras definidoras. Por ejemplo hay mayor cercanía entre las definidoras apoyo y limitación en el grupo de familias nucleares (24%) que en el de madres uniparentales (76%). Con esto se puede observar que en la familia nuclear estas dos definidoras, en su conjunto, tienen mayor relación con DISCAPACIDAD a diferencia de la familia uniparental.

DISCAPACIDAD		
CERCANIA Y DISTANCIA ENTRE PALABRAS	MADRES DE FAMILIA NUCLEAR	MADRES DE FAMILIA UNIPARENTAL
Apoyo-Limitación	24%	76%
Apoyo-Rechazo	38%	78%
Apoyo-Educación	61%	15%
Limitación-Rechazo	14%	2%
Limitación-Educación	37%	61%
Educación-Rechazo	23%	63%

Tabla 2

Discusión

Uno de los datos importantes que muestra esta investigación acerca de las coincidencias, es en relación a que no se encontraron diferencias en la riqueza semántica de la red. Esto puede ser explicado por el contexto del cual se tomó la muestra, pues son madres que asisten con regularidad a la institución educativa de su hijo y en este sentido ambos grupos de madres manejan igual cantidad de información. Sin embargo, a pesar de que ambos grupos de madres tienen la misma riqueza semántica en cuanto al significado de DISCAPACIDAD, existen diferencias en la

manera de organizar y relacionar la información, es decir, aunque puedan estar hablando del rechazo de la sociedad hacia sus hijos, las madres de familias nucleares y uniparentales pueden darle un peso o importancia distinta.

Por ejemplo, en las madres de familia uniparental se observa que su concepción tiene mayor peso hacia lo que es el rechazo, la limitación, la enfermedad, palabras definidoras que tienen una tendencia hacia mirar lo difícil que puede ser vivir la discapacidad; el apoyo, la fortaleza y la inteligencia son recursos que no tienen mucho peso para enfrentar la experiencia de la DISCAPACIDAD en sus hijos. Esta disparidad se puede observar en la tabla 1 del conjunto SAM, donde en las familias uniparentales la palabra Rechazo está en primer lugar y Apoyo en décimo. En cambio, dentro de las madres de familia nuclear se muestra que hay un equilibrio en cuanto al significado de DISCAPACIDAD, pues contemplan tanto el apoyo, la limitación, el amor y el rechazo, y no se polarizan las palabras definidoras como en el caso de las madres de familia uniparental.

En este sentido se puede exponer lo que Rolland (2000) plantea acerca de la relación que existe entre las creencias acerca de la discapacidad, sus características y las interacciones familiares que pueden influenciar hacia una adaptación positiva o negativa. En el caso de las madres de familias nucleares y uniparentales puede haber dos explicaciones: la primera es aquella donde las madres creen que el contar con una pareja cumple la expectativa social acerca de lo que debe de ser una familia unida y por lo tanto existe un mayor estatus social, lo que conduce a pensar que en el caso de la discapacidad, a pesar de que el padre no esté involucrado como lo puede estar la madre, se signifique como de competencia a pesar de las dificultades. La segunda, es que ante la situación de la discapacidad, la madres que cuentan con una pareja tengan una respaldo por parte del padre, y en este sentido comparten la carga emocional que conlleva la situación de su hijo.

Estos resultados coinciden con lo que terapeutas feministas (Goodrich, 1989, Walters, 1991) aseveran, en cuanto a que el rol que llevan las mujeres de familias uniparentales, es considerado por la sociedad como de incompetencia o incapacidad al cuidar a sus hijos si estas no cuentan con una pareja que las proteja. Bajo esta explicación, en el caso de la discapacidad, estas madres además de llevar el doble rol de padre-madre tienen que enfrentar la condición discapacitante de su hijo, lo cual puede reforzar la visión negativa de su situación.

Otros de los puntos importantes en cuanto a las diferencias entre ambos grupos es que las madres de familias nucleares, el poner en primer lugar la palabra definidora *Apoyo*, tiene un impacto sobre el resto, que en comparación con las madres de familias uniparentales al poner en primer lugar *Rechazo* la perspectiva cambia. Debido a esto, se puede afirmar que en las madres participantes en esta investigación, los significados en torno a la discapacidad poco tiene que ver con las características y la gravedad que tiene el hijo con discapacidad, pues es importante señalar que en los dos grupos existe varios tipos de discapacidad como el autismo, discapacidad intelectual, visual, auditiva, psicomotora, retraso mental, síndrome de Lenox y de Moebius, disfunción cerebral e hipoacusia. Esto lleva a pensar que puede haber otros factores que intervengan al significar la DISCAPACIDAD, sin embargo, esto no es

concluyente, requiere de mayor investigación. En el caso de las madres participantes se puede expresar que hay dos factores que intervienen en el significado, uno de ellos es el contexto en el cual actúan (institución educativa) y el segundo es la estructura familiar.

Por otra parte, a pesar de que algunos autores aseveran que el significado de un concepto es un productor de conductas (Slay y Bryson, 1973, 1974; en: Valdez, 2000), al investigar la red semántica del concepto DISCAPACIDAD para evaluar su significado en estos dos grupos de madres, no se puede decir de manera definitiva cuál será la forma en que van a responder o a comportarse las madres ante situaciones de la vida cotidiana que tengan que ver con la discapacidad de su hijo y tampoco se puede decir que unas están mejor adaptadas que las otras a su contexto familiar, social, laboral. Sólo se puede hipotetizar cuál será el plan de acción o la evaluación subjetiva de las acciones o eventos que sucedan en torno a la discapacidad. Haciendo un primer acercamiento se puede argüir que una madre de familia nuclear responde ante la situaciones difíciles con menores dificultades que una de familia uniparental, y esto se explica debido a que el significado de discapacidad para las madres de familias uniparentales tienden a ser concebido como de rechazo y limitación.

Debido a esto surgen nuevas interrogantes para futuras investigaciones, por ejemplo, el hacer una comparación entre el significado de DISCAPACIDAD que tienen las madres que no asisten a un centro de educación especial y las que si asisten, además de saber cuál es el conocimiento que tienen con respecto a la DISCAPACIDAD y cómo éste ayuda y limita su adaptación al medio familiar y social. También si el significado de discapacidad está ligado a las diferentes etapas de desarrollo de sus hijos por ejemplo, las diferencias que existen entre las madres que tienen hijos pequeños, en edad escolar, adolescentes y adultos. Además, sería importante explorar en cuanto a las diferencias de género, cuál es el significado que los padres que forman parte de familias nucleares y uniparentales tienen con respecto a la discapacidad.

Por último, es importante decir que esta investigación cumplió el objetivo de obtener un conocimiento sobre el tema del significado de discapacidad, pero también aportó otro ángulo de visión, ya que los significados que construimos de los eventos, relaciones con los demás o los objetos se deben de tomar en cuenta para entender y comprender cuales son las necesidades y recursos de las personas y las familias y los retos a los que se tienen que enfrentar ante la discapacidad.

Ésta no es una investigación concluyente, sino que es una puerta de entrada para futuras investigaciones que tomen en cuenta la visión de las personas en torno al tema de la discapacidad. Como primer paso, este estudio cumple un propósito explicativo, pero falta estudiar acerca de los modelos y métodos de intervención que se aplican para el tratamiento de gente con discapacidad y como les ayuda para poder socializar en un contexto cultural que no esta preparado para enfrentar condiciones diferentes como la discapacidad o mejor dicho, las capacidades diferentes de las personas.

Investigación Cualitativa.

Para el estudio cualitativo se seleccionó de la misma población en la que hizo la investigación cuantitativa, a una de las madres del grupo de familias uniparentales; como instrumentos se utilizó la entrevista en profundidad para realizar el análisis de los significados de discapacidad.

La persona a entrevistar fue seleccionada después de efectuada la investigación de tipo cuantitativa. El criterio de selección respondió a que el caso particular ofreciera las mejores y mayores oportunidades de aprendizaje, como lo mencionan Vázquez y Angulo (2003). Este criterio consistió en tomar de la muestra ya utilizada para el estudio cuantitativo a la madre de familia uniparental cuyo hijo adolescente se encuentra en la etapa final respecto a su educación.

El estudio realizado está enmarcado dentro de la **aproximación etnográfica**, en primer lugar porque la madre que se entrevistó formó parte de un grupo de personas que en la práctica construyen relaciones alrededor de la discapacidad y debido a que son los postulados de esta corriente los que permiten el mejor acercamiento a la investigación de la madre uniparental con un hijo con discapacidad ya que deja que “los informantes hablen por sí mismos...”. (Mella, 1998)

El presente estudio aborda un caso de tipo **instrumental**, ya que se retoma en razón del “interés por conocer y comprender un problema más amplio a través del conocimiento de un caso particular. El caso es la vía para la comprensión de algo que está más allá de él mismo, para iluminar un problema o unas condiciones que afectan no sólo al caso seleccionado sino también a otros” (Vázquez y Angulo, 2003). En particular entender los significados que se construyen socialmente alrededor de la discapacidad y el ser madres de familia uniparental.

El diseño que se emplea en esta investigación es **de tipo proyectado** ya que el tiempo para realizar la investigación es corto, además de que ya se cuenta con una revisión de los estudios relativos al caso y que permiten tener elementos para tener un acercamiento al problema que se plantea estudiar.

En el caso de esta investigación, se consideró que la aplicación de la entrevista en profundidad tuvo como utilidad la de profundizar la investigación realizada a nivel cuantitativo, asimismo, se consideró que fuera útil para contrastar e incluso ilustrar los resultados obtenidos en dicha investigación.

El problema que se tomó como central fue el significado que la madre ha construido en relación a la discapacidad y al hecho de ser madre de una familia uniparental, con un hijo con discapacidad. Estas condiciones se desglosan en sus aspectos constitutivos, como el ser madre, tener un hijo con discapacidad, no contar con una pareja y las expectativas y visualización con respecto al futuro en el que tendrán que afrontar todas esas circunstancias.

Por ello es que para abordar dichos temas se consideraron importantes cuatro dimensiones que incluyen los aspectos fundamentales que atañen a las experiencias que giran alrededor de la discapacidad:

- 1.-Significados relacionados con la discapacidad
- 2.-Significados relacionados con no tener pareja.
- 3.-Significados relacionados con ser madre de un hijo con discapacidad.
- 4.-Expectativas relacionadas con las personas con discapacidad.

El registro de los datos se realizó utilizando una **videgrabadora**, lo cual permitió obtener un registro muy completo de la narración, así como de todo el comportamiento observado durante la realización de la entrevista.

El análisis se llevó a cabo a través de la utilización del programa para PC Atlas/ti., con el cual se facilita el procesamiento de la información (transcripción de la entrevista). La elaboración de conclusiones se hizo buscando patrones y temas concretos que apoyarán la construcción de significados y aplicando la triangulación de los resultados obtenidos en la investigación cuantitativa comparados con los obtenidos en la investigación cualitativa.

Análisis de resultados

Derivado del análisis realizado a través del programa Atlas/ti para Windows 95, se desprendieron una serie de categorías que se construyeron a partir del discurso de la madre participante y son las siguientes:

1. CARACTERISTICAS DE LA DISCAPACIDAD
2. DESARROLLO EDUCATIVO DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
3. EXPECTATIVAS ANTE LA DISCAPACIDAD
4. LA DISCAPACIDAD FRENTE A LA SOCIEDAD
5. PROCESO FAMILIAR ANTE LA DISCAPACIDAD
6. REDES DE APOYO FRENTE A LA DISCAPACIDAD
7. SIGNIFICADO DE SER MADRE UNIPARENTAL
8. SIGNIFICADO DE SER MADRE DE UN HIJO CON DISCAPACIDAD

Interpretación

Para realizar la interpretación del análisis de las categorías antes expuestas se inicia por la comprensión del significado de lo que es la discapacidad para la madre participante; después se sigue con las implicaciones, procesos y significados que se construyen en la sociedad y en la familia, para posteriormente explorar la condición de ser madre jefa única de familia con un hijo con discapacidad.

Retomando el discurso de la participante, el significado más importante de vivir con una persona con discapacidad y lo que ella percibe como una experiencia muy marcada para las personas con alguna discapacidad es el rechazo.

“Pues lo que pasa es que por ejemplo las palabras que engloban algo para mí es la discriminación, ¿no?, que tienen con ellos. ¿Qué implica discriminación?, rechazo, que no te me acerques, que vete para allá o sea todo eso, ¿no?”.

Este significado puede vincularse a la percepción que se tiene de la discapacidad como de una anomalía, visión que es compartida tanto al interior de la familia como en la sociedad:

“Incluso cuando el tenía edad para entrar al Kinder, su tía que igual tenía la misma edad entonces, planteamos el que se fueran juntos al mismo Kinder, de “normales”, ¿no?”.

“Somos normales como cualquier gente en su físico, su cuerpo y todo, ellos van normal... a lo mejor se esta desarrollando como todo ser humano”.

“Si, si, seguro, es algo cotidiano que se ve diario. La gente dice ¡buenos días!, ¡buenas tardes!, ¡me subo!, ¡me bajo!, entre comillas “somos normales”.

Una de las explicaciones que encuentra la participante en este estudio es que el rechazo y el trato que reciben de parte de todas las personas que se encuentran alrededor de las personas con discapacidad, que va desde los propios familiares, vecinos y la sociedad en general es la falta de una cultura incluyente, que proporcione la información y que permita entender la presencia de la discapacidad:

“...Por qué no tiene la cultura, el estudio, la información sobre lo que es una discapacidad, ¿no?...”.

“...la gente ajena incluso si puede decirse vecinos o la gente que se topa uno en la calle, no tenemos la educación para tratar a un niño así, la información, ¿no?...”

“...Pero si sale un grupo de niños especiales, que ande en la calle como nosotros no lo ven normales, sino que la gente volteo y si hablan o hacen algo, luego se les quedan viendo así como diciendo ¿qué tienen?...”

Por otro lado, Menolascino y Wofensberger (1967; en: Ingalls, 1982) señalan tres tipos de crisis que se precipitan ante la noticia de tener un hijo con discapacidad; esto es importante de resaltar pues en la madre participante se pueden observar estas etapas. En la primera, que es una *crisis de lo inesperado*, resulta de un cambio sustancial y no previsto en la propia vida como se aprecia en el relato de la madre:

“son situaciones que no está uno preparado. Y en el momento para decir bueno, ni información tiene uno, ni nada, entonces es muy difícil”.

Esta etapa incluye un cambio que incluso modifica el concepto que se tiene de sí mismo.

“uno dice ¿por qué a mí?, ¿por qué yo?, ¿por qué fui la elegida?”

A partir de esta crisis se observa la presencia de una lucha constante en la construcción de la realidad de las familias, que elaboran las personas alrededor de las experiencias de contar con un hijo con discapacidad, lo cual

las lleva a experimentar la reorganización en sus vidas, la sobrecarga de tareas y funciones a cumplir, como una situación problemática o como una oportunidad de crecimiento, esto se puede observar cuando dice:

“Tienes dos manera de vivir la vida, o la vives bien o la vives mal, ¿cuál prefieres?, ¡la vivo bien!, ¡la vivo bien!, entonces es este aspecto de decir mi vida tomó sentido por él, de que yo me levanto, lo que yo diga bueno vamos a trabajar para sacarlo adelante”.

Si la presencia de la discapacidad desencadena diversos tipos de crisis en donde se viven problemas de tipo económico, en la utilización del tiempo, etc., esta crisis se ve acentuada al sumarse nuevos acontecimientos como la ausencia o pérdida de la pareja, como en este caso en que fallece el esposo cuando el hijo estaba pequeño, lo cual le suman nuevas implicaciones como el tener que buscar trabajo:

“Bueno en ese entonces mi vida dio un giro completo, no, yo jamás hubiera trabajado en mi vida, yo nada más hubiera estirado la mano y ¡dame dinero!, entonces ¿quién me va a dar?, ¿a quién le tengo que pedir?, entonces sí, sí cambió mucho y fue por eso que mi papá vino a decirme que nos fuéramos; entonces dije, tengo que hacer algo, trabajar, tengo que mantener a mi hijo, no siempre voy a estar con mis suegros ni con mis papas, ¿no? ni de hijita mantenida, ni de hija de casa y hoy con mi hijo, no pues tengo que hacer algo”.

Otro de los aspectos que se plantean como importantes para las mujeres jefas únicas de familia es el dilema en el que se encuentran entre buscar su independencia y autonomía y a la vez conservar una interdependencia con su familia de origen.

“Yo platiqué con ellos y les expresé, porque tampoco quiero ser una carga con ustedes, económica, todos tienen sus obligaciones, yo quiero trabajar, si ustedes me apoyan yo lo llevo a la escuela y me voy a mi trabajo y si me hacen favor de ir por él”.

Ante todas estas circunstancias, la madre también se plantea un proyecto de vida en relación a su hijo; esto es importante debido a que se puede formular la creencia de que al ser inmodificable la discapacidad, el futuro puede ser determinado a priori:

“Tener una familia, todos lo podemos hacer, lógicamente él con sus limitaciones que él tiene, tiene que pues, yo a mi ver ahorita, bueno si él se casara, él tendría para mí, él ya estaría preparado, él teniendo su independencia, siendo autónomo, digo teniendo un trabajito, algo que él pudiera sustentar un gasto, digo que a lo mejor no va a hacer como de como ¡ya me casé!, ¡ya me fui mamá!, ¡yo me hago cargo de mi casa!, ¿no? A lo mejor puede que sí, a lo mejor no, a lo mejor va a necesitar apoyo mío, de alguna manera, en cierto momento”.

Uno de los datos importantes es la explicación que la madre da al origen de la discapacidad y que coincide con lo que Cuadros (2003) señala acerca de que los padres de familia se pueden dar tres tipos de explicación: genéticas, ambientales o mágicas y lo cual influye en sus reacciones y manera de adaptarse al evento. En el caso de la participante se mezcla una explicación de tipo ambiental o externa a ella enlazado con el problema de alcoholismo de su pareja:

“Bueno yo no tenía la información, un pretexto o la excusa podría ser, es que yo estaba muy chica cuando tuve a mí hijo, luego ignorante en el aspecto de esto. El papá se culpaba porque tomaba mucho entonces, él decía que probablemente por eso, no?”

Conclusiones

En el estudio cuantitativo el resultado principal en el caso de las familias uniparentales es que la palabra Rechazo está en primer lugar y Apoyo en décimo, lo cual coincide y se manifiesta con claridad cuando en la investigación cualitativa la madre de familia expresa:

“Pues lo que pasa es que por ejemplo las palabras que engloban algo para mí es la discriminación, ¿no?, que tienen con ellos. ¿Qué implica discriminación?, rechazo, que no te me acerques, que vete para allá o sea todo eso, ¿no?”

Al considerar los resultados obtenidos de la investigación cuantitativa donde se obtuvo que el significado de discapacidad en las madres de familia uniparental tuvieron mayor peso las palabras definidoras rechazo, limitación, enfermedad, que tienen una tendencia hacia mirar lo difícil que puede ser vivir la discapacidad y en donde quedaron en un segundo plano las palabras como apoyo, fortaleza e inteligencia; y al compararlos con lo obtenido en la investigación cualitativa, se observa que dicha tendencia tiene que ver más con las reacciones de la sociedad; en lo personal la madre incluso ve la presencia de su hijo con discapacidad como una oportunidad de aprender de ellos. Si bien hace énfasis en el aspecto afectivo, no se deja de atribuir capacidades de tipo intelectual. La madre lo expresa de la manera siguiente:

“¡Claro!, claro que uno va aprendiendo junto con ellos yo he aprendido por ejemplo, de que no todo es banal, de que por ejemplo, me ha enseñado de que la crueldad que da la sociedad, como es cruel con ellos, de que siempre están pensando en todo lo material y en todo lo que se da “normalmente” de una vida cotidiana, no ven más allá de lo que ellos están acostumbrados a ver y de que pueden convivir, de que son personas muy dulces, muy tiernas, que aun con sus problemas son muy inteligentes, son muy sensibles, que pueden hacer muchas cosas que gente “normales” a lo mejor no hacen”.

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

En este punto se exponen los trabajos realizados durante los cuatro semestres de la Maestría, relacionados con la elaboración de manuales y videos que exponen algunas de las escuelas principales de la terapia familiar; además de la presentación de talleres y la asistencia a foros, congresos y cursos como asistente y expositor.

3.3.1. Productos tecnológicos.

a) Manuales del Modelo Estructural, de Terapia Breve Centrado en Problemas o del MRI (Mental Research Institute) y del Modelo Centrado en las Soluciones.

DIRIGIDO A:

A profesionales de la salud, psicólogos o estudiantes que estén iniciando su formación como terapeutas familiares.

OBJETIVOS:

1. Brindar una perspectiva general de la aplicación clínica de los modelos Estructural, Centrado en los Problemas y Estratégico; así como proporcionar a los interesados una herramienta de consulta rápida y fácil para que tengan conocimientos de los supuestos teóricos así como de las técnicas de intervención que utilizan los modelos.
2. Proporcionar a los profesionales de la salud, psicólogos y estudiantes en formación una perspectiva general de los supuestos teóricos en los cuales se fundamenta la terapia Estructural, del MRI y Estratégica.
3. Proporcionar a los profesionales de la salud, psicólogos y estudiantes en formación las diferentes modalidades de intervenciones que utilizan los modelos Estructural, de terapia del MRI y Estratégica.

CONTENIDO:

Estos manuales plantean en su primera parte, todas aquellas cuestiones teóricas y conceptuales que atañen a los modelos y que permiten entender cómo es que debe comprender, actuar y utilizar las habilidades clínicas en la relación con una familia o individuo al seguir un enfoque estructural, centrado en problemas o centrado en las soluciones.

En cuanto a la segunda parte, se presentan las técnicas que utilizan los modelos, las cuales van acompañadas de casos clínicos que explican el uso de las técnicas. Cabe aclarar que la división y el orden entre las técnicas es con fines didácticos pues en la práctica clínica, no existe un orden o división exacta que permita llevar una secuencia paso a paso.

TABLA DE CONTENIDOS DE LOS MANUALES

MODELO ESTRUCTURAL	MODELO DEL MRI	MODELO CENTRADO EN LAS SOLUCIONES
<p>PRIMERA PARTE. LA TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL: HISTORIA, TEORIA Y CONCEPTOS.</p> <p>A) BREVE HISTORIA</p> <p>B) QUE ES LA TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL</p> <p>b.1. <u>La familia en la terapia familiar estructural.</u></p> <p>b.2. <u>Los pilares en la terapia familiar estructural.</u></p> <p>b.2.1. Estructura</p> <p>b.2.2. Adaptación</p> <p>b.2.3. Desarrollo</p> <p>C) EJES EN EL PROCESO TERAPEUTICO</p> <p>c.1. <u>Formación del sistema terapéutico.</u></p> <p>c.2. <u>Reestructuración.</u></p> <p>SEGUNDA PARTE. TECNICAS DE LA TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL.</p> <p>A) REENCUADRE</p> <p>a.1. <u>Escenificación.</u></p> <p>a.2. <u>Enfoque.</u></p> <p>a.3. <u>Intensidad.</u></p> <p>B) REESTRUCTURACION</p> <p>b.1. <u>Fronteras.</u></p> <p>b.2. <u>Desequilibramiento.</u></p> <p>b.3. <u>Complementariedad.</u></p> <p>C) CONSTRUCCION DE REALIDADES</p> <p>c.1. <u>Símbolos universales.</u></p> <p>c.2. <u>Verdades familiares.</u></p> <p>c.3. <u>Consejo especializado.</u></p> <p>c.4. <u>Paradojas.</u></p> <p>c.5. <u>Lados fuertes.</u></p>	<p>PRIMERA PARTE. LA TERAPIA DEL MRI (MENTAL RESEARCH INSTITUTE), HISTORIA Y POSTULADOS</p> <p>A) BREVE HISTORIA DEL MODELO DE TERAPIA BREVE CENTRADO EN PROBLEMAS, INTERACCIONAL, COMUNICACIONAL O DEL MRI</p> <p>B) POSTULADOS TEORICOS</p> <p>b.1. <u>La relación entre persistencia y cambio</u></p> <p>b.2. <u>La conceptualización de los problemas (Cambio 1)</u></p> <p>b.3. <u>La conceptualización del cambio (Cambio 2)</u></p> <p>SEGUNDA PARTE. LA PRÁCTICA DEL CAMBIO: LA ENTREVISTA INICIAL Y LAS INTERVENCIONES</p> <p>A) ENTREVISTA INICIAL Y LA PLANIFICACION DEL CASO</p> <p>a.1. <u>Establecer el problema del cliente</u></p> <p>a.2. <u>Establecer la solución intentada por el cliente</u></p> <p>a.3. <u>Formular un enfoque estratégico</u></p> <p>a.4. <u>Formular tácticas concretas</u></p> <p>a.5. <u>Encuadrar la sugerencia en un contexto: vender la idea</u></p> <p>a.6. <u>Formular objetivos y evaluar el resultado</u></p> <p>B) LA CAPACIDAD DE MANIOBRA DEL TERAPEUTA Y LA POSTURA DEL PACIENTE</p> <p>b.1. <u>Maniobrabilidad del terapeuta en el tratamiento</u></p> <p>C) INTERVENCIONES PRINCIPALES Y GENERALES EN LA TERAPIA DEL MRI</p> <p>c.1. <u>Intervenciones principales</u></p> <p>c.2. <u>Intervenciones generales</u></p>	<p>CAPITULO 1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS</p> <p>CAPITULO 2. POSTULADOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES (TCS)</p> <p>2.1. <u>La epistemología ecosistémica.</u></p> <p>2.2. <u>La Teoría Binocular del cambio.</u></p> <p>2.3. <u>El Constructivismo.</u></p> <p>2.4. <u>Principios básicos de la Terapia centrada en soluciones.</u></p> <p>2.5. <u>Cosas que debe de tener en cuenta un terapeuta centrado en las soluciones.</u></p> <p>CAPITULO 3. LA ENTREVISTA CENTRADA EN LAS SOLUCIONES</p> <p>3.1. <u>Directrices Generales para la entrevista.</u></p> <p>3.2. <u>El trabajo previo antes de comenzar la entrevista: La Llamada telefónica y la creación del contexto terapéutico.</u></p> <p>3.3. <u>Co-creando un problema Resoluble.</u></p> <p>3.4. <u>Trabajando con las excepciones.</u></p> <p>3.5. <u>El mensaje final: La pausa, el elogio y las tareas.</u></p> <p>CAPITULO 4. COMO ABRIR PASO HACIA MÁS SOLUCIONES EN LAS SIGUIENTES SESIONES: "LA BOLA DE NIEVE"</p> <p>4.1. <u>Informe de las familias sobre sus respuestas a las intervenciones y tareas.</u></p> <p>4.2. <u>Cuando las cosas mejoran "como un milagro".</u></p> <p>4.3. <u>Cuando las cosas están "más o menos bien".</u></p> <p>4.4. <u>Cuando las cosas están "igual o peor".</u></p>

b) Videos del Modelo Estructural y Estratégico

DIRIGIDO A:

Profesionales de la salud, psicólogos o estudiantes que estén iniciando su formación como terapeutas familiares.

OBJETIVOS:

1. Mostrar a través de medios audiovisuales la aplicación terapéutica de los enfoques Estructural y Estratégico por medio de un caso clínico.
2. Proporcionar a los profesionales de la salud, psicólogos y estudiantes en formación una herramienta de consulta que les permita observar la aplicación de un enfoque estructural y estratégico a la terapia, desde como llevar a cabo una entrevista hasta la aplicación de las principales intervenciones de las cuales hace uso.

DURACION: 30 minutos.

TABLA DE CONTENIDOS DE LOS VIDEOS

<i>MODELO ESTRUCTURAL</i>	<i>MODELO ESTRATEGICO</i>
INTRODUCCION	1. INFLUENCIAS. Gregory Bateson Milton H. Erickson Salvador Minuchin
BIOGRAFIA DE MINUCHIN	
TECNICAS:	2. ENTREVISTA ESTRATEGICA (ETAPAS) Etapa Social Del planteamiento del problema De interacción De los cambios deseados
1. <u>Cuestionamiento del Síntoma:</u> a) Escenificación b) Enfoque c) intensidad	3. INTERVENCIONES Directivas (directas e indirectas) Metáforas Paradojas Ordalías
2. <u>Cuestionamiento de la Estructura:</u> a) Fijación de Fronteras b) Desequilibramiento c) Complementariedad	
3. <u>Cuestionamiento de la Realidad Familiar:</u> a) Construcción de realidades b) Paradojas	

3.3.2. Programas de intervención comunitaria.

El presente programa abordó el modelo de Comunicación No Violenta (CNV) creado por el Dr. Marshall Rosenberg,

Dirigido a:

Padres de familia con hijos con algún tipo de discapacidad que asisten al Centro de Atención Múltiple (CAM) No. 12 de Cuatitlan Izcalli, Estado de México.

Propósito:

Dar a conocer un modelo de comunicación que les permitiera el entendimiento mutuo aún entre personas consideradas muy conflictivas. Se pretendió que los padres aprendieran a hablar para que los otros escuchen y a escuchar para que los otros hablen.

Objetivos Particulares:

- Construir relaciones basadas en el entendimiento
- Escuchar con precisión lo que las otras personas sienten y necesitan, aún cuando se expresen de manera hostil
- Identificar las necesidades de alumnos, padres, maestros, y empleados.
- Prevenir, mediar y resolver conflictos de manera que se incremente el entendimiento mutuo y la confianza.
- Introducir cambios minimizando la resistencia y promoviendo la cooperación.
- Crear entendimiento mutuo en personas con culturas diferentes
- Evaluar el desempeño de forma tal que promueva el crecimiento y el aprendizaje.
- Romper patrones de pensamiento que llevan al enojo y la depresión.

Duración:

Tuvo una duración de 6 hrs., repartidas en 2 sesiones de 3 hrs. cada una, se hacía un pequeño receso a la hora y media de haber comenzado el taller para que este no se hiciera pesado, después se continuaba con las actividades contempladas en el programa.

Sede:

CENTRO DE ATENCION MULTIPLE (CAM) No. 12

Domicilio.-Avenida Parque Zoquipan y Zona Federal de Alta Tensión S/N, Col Jardines del Alba. Cuautitlán Izcalli, Edo. De México

- Salón de usos múltiples de la institución.

Asistencia:

Con la realización del Taller se benefició un total de 37 madres y padres de familia. A continuación se señala la asistencia de los participantes:

25 de febrero de 2005: 19 personas

4 de marzo de 2005: 8 personas

11 de marzo de 2005: 10 personas

Participación de los padres:

Se contó con una participación activa, donde algunos padres tomaban notas, hacían cuestionamientos e incluso aprovecharon para expresar sus vivencias personales platicando sus problemas, tratando de que se les dieran consejos o algún tipo de tratamiento.

En la realización de ejercicios o tareas, tanto las que se realizaban durante las sesiones como aquellas que se dejaban para casa, se observó un buen resultado, teniendo un buen cumplimiento de las mismas.

En cuanto al contenido de los temas relacionados con la comunicación no violenta, en un principio, para los padres resultó algo muy novedoso y difícil de llevar a la práctica, sin embargo, con el paso de las sesiones se observó que trataron de incorporarlo al desarrollo cotidiano de sus vidas.

Temas: cumplimiento del programa.

El contenido del Taller fue programado para llevarse a cabo en 3 sesiones con una duración de dos horas y media.

Resultados obtenidos en el taller CNV.

En cuanto a la organización de las sesiones, en la primera sesión, se hizo la presentación de los responsables del taller, se les dijo en que consistía el taller y se les dio a conocer los contenidos del mismo.

En cada sesión se hacía una breve exposición del tema y se acompañaba de una dinámica o ejercicios tanto individuales como grupales.

En la primera sesión se tocaron 2 de los cuatro pasos que integran la CNV, y los cuales son: 1. Observar sin evaluar y 2. Identificar nuestros sentimientos.

Para el primer paso se llevó a cabo en primer lugar la dinámica y posteriormente la exposición del tema. En un primer momento los padres se mostraron desconcertados pues no lograban diferenciar entre hacer una evaluación y hacer una observación de los actos del otro sin emitir juicios, para lograrlo, se utilizó la metáfora del chacal y la jirafa para distinguir entre una comunicación llena de juicios y aquella que sólo describe lo que se está observando. Incluso se llegó a polemizar acerca de las observaciones que hicieron de los otros, apreciando que unos estaban más integrados que otros y que se aislaban del resto del grupo. Este ejemplo, ayudó para poder hacer dicha diferenciación, pues se les hizo notar que de esto que ellos habían observado no eran descripciones sino juicios valorativos de lo que para ellos estaban haciendo las otras personas. Finalmente, se logró establecer que las observaciones no deben de emitir juicios pues esto hace que la otra persona se cierre a la comunicación y adopte una postura defensiva pues siente que se le agrede.

En cuanto al siguiente punto que es identificar los sentimientos, primero se hizo la exposición del tema y después la dinámica. Aquí se les proporcionó a cada madre y padre, además de mostrarse en un acetato, el diccionario de los sentimientos; se les expresó que las personas no están acostumbradas a nombrar aquello que sienten y mucho menos a identificarlo, es por ello que se les proporcionó ese material para que conocieran que sentimientos son los que a ellos les cuesta más trabajo expresar y llegar a identificar.

Con la dinámica que se llevó a cabo se ilustró la manera en como solemos comunicar lo que sentimos en un lenguaje chacal y también se mostró la manera en como puede hacerse en un lenguaje jirafa. Con la madre que participó en el ejercicio para identificar los sentimientos, se le preguntó cómo se sintió al estar leyendo y que nadie le hiciera caso, ella dijo que en un principio molesta por que ella leía y no ponían atención, pero después fue comprendiendo que era parte de la dinámica y que si querían ponerle atención estaba bien pero que si no querían le daba igual. Después esta dinámica fue útil para llevar la conversación hacia situaciones de la vida real donde en muchas ocasiones las acciones de los otros producen en las personas diferentes sentimientos, pero no se reconoce que lo que se siente es de esa persona y no de los otros, lo que lleva a culpabilizar a los demás y a generar una comunicación violenta, pues las personas se enzarzan en discusiones donde ambos se recriminan lo que le hace sentir mal.

Los padres, ante estas conversaciones mostraban una actitud positiva y siempre aportaban sus experiencias personales o de conocidos que tenían, una de las acciones que ayudó a que se generara un ambiente de apertura y de confianza fue que como responsable del taller, se adoptó una postura de facilitador o de guía y no de experto que maneja los contenidos y les iba a enseñar a los padres, sino fue un ambiente donde se compartieron las experiencias. Otros de los factores que contribuyó a facilitar la comunicación, fue que los padres ya se conocían con antelación, pues la población escolar es pequeña y los padres ya tenían un contacto regular.

Sesión 2 y 3

Esta sesión se dividió en dos partes que se llevó a cabo en dos días distintos.

Con las dinámicas, a pesar del corto tiempo que se tenía trabajando se pueden calificar de intensas debido a que los padres expresaron algunas de las preocupaciones, necesidades y problemas que tienen en el momento actual. En cuanto a la primera dinámica ayudó a reforzar los vínculos que ya había entre ellos, pues al identificar las necesidades que tenía con respecto a su familia, trabajo y la sociedad se dieron cuenta que tenían mucho en común y que son necesidades que para ellos se convierten en básicas para tener una buena comunicación con otras personas; dentro de las necesidades que se pueden llegar a destacar son: aceptación, afecto, apoyo, amor, confianza, seguridad, respeto tranquilidad, descanso, paz, armonía, consideración, intimidad, inclusión, comunicación, consideración, estabilidad, cuidado, cooperación.

Al hacer la exposición del tema, que concierne a “Identificar nuestras necesidades”, se les expresó que los sentimientos van ligados a una necesidad en la cual están los otros implicados, pero que como no se tiene un lenguaje que ayude a expresar lo que se siente y se necesita esto lleva que al pedir algo sea interpretado por el otro como un deber, una exigencia de cubrir los huecos que se tiene. Entonces se les hizo notar que al saber identificar sus sentimientos y necesidades estas deben de ser en un lenguaje de lo que la persona quiere que haga el otro y no de lo que no haga, pues lo negativo, en la comunicación, lleva a una lucha por ver quién tiene la razón y quién será el vencedor.

Es por ello que con el paso cuatro: “Saber hacer peticiones”, se cubre el proceso de cómo llevar una comunicación no violenta, aquí se les expresó que las peticiones no deben ser exigencias, que deben de formularse de una manera clara, resaltando lo positivo y siempre pensando en que esta puede llegar a ser cumplida o no según el deseo de la otra persona. Para ilustrar esto, en la dinámica se les pidió que pusieran cual sería un problema que les estuviera afectando en ese momento, al dar las alternativas en la solución y la petición de lo que la persona quería, los padres mostraron empatía y sensibilidad ante las dificultades de los otros, dijeron que para ellos era difícil expresar algo sin que el otro no fuera a sentirse obligado a hacerlo, que por lo regular se esta acostumbrado a exigir las cosas y que estas se cumplan.

Finalmente, se les solicitó a todos los participantes que brindaran una retroalimentación acerca de lo que habían aprendido del taller, que les fue útil y que proponían para mejorarlo. Los padres afirmaron que este tipo de talleres era algo importante pues cuando ellos eran más jóvenes no se hacían estos eventos, los cuales consideraban les hubiera ayudado a enfrentar sus problemas de otra manera. En cuanto al tiempo del taller, consideraron que era poco tiempo para lograr entender y aprender esta nueva manera de comunicarse con los otros, decían que necesitaban llevarlo mucho a la práctica para poderlo dominar pues comentan que la familia y la sociedad enseña a comunicarse de una manera en la que el otro se sienta menos. En cuanto a la conducción del taller, expresaron que fueron acertados los comentarios y que lo que ellos pedían es que no se perdiera la calidad humana que se había mostrado pues cuando ellos solicitan la ayuda de un profesional como los médicos, dicen que son insensibles ante lo que les pasa a sus hijos y no comprenden las situaciones por las que tienen que atravesar.

3.3.3. Reporte de la presentación de la investigación en foros académicos.

La investigación que se titula “Significado de discapacidad en madres de familias nucleares y uniparentales con un hijo con discapacidad”, fue presentada en dos congresos, uno sobre Educación Especial y otro sobre Terapia Familiar. A continuación se da una breve descripción de ambos congresos.

Titulo del Congreso:

“Integración Educativa: Experiencias, Mitos y Realidades”.

Dirigido a:

Todos los profesionales de la educación e interesados en el tema de la Integración Educativa.

Fechas:

23, 24 y 25 de Noviembre de 2005.

Sede:

Colegio Benemérito de las Américas.

Organiza:

El Departamento de Educación Especial en el Valle de México.

Temáticas de Integración educativa:

El congreso estuvo organizado en base a tres tópicos los cuales son:

1. Mitos y Realidades: Donde se abordaron aspectos en relación a las ideas, creencias, teorías e investigaciones de la eficacia de los métodos y estrategias educativas.
2. Experiencias: En este tema se abordaron las experiencias docentes, familiares y sociales que se tiene en el trabajo educativo.
3. Políticas educativas: abarco los aspectos normativos, las ventajas y las desventajas de las políticas educativas en México y si estas son congruentes o se alejan de la realidad del país.

Cabe mencionar que cada uno de los temas fue abordado en un día y la presentación de los trabajos en cada uno de los temas estuvo organizado de acuerdo a ciertos rubros, el primero de ellos son las conferencias magistrales, después las mesas redondas y por último los trabajos libres en su modalidad de exposiciones orales y cartel. La investigación que se realizó fue presentada en “trabajos libres” en su modalidad de exposición oral dentro del tema de “Experiencias”, dentro de las ponencias presentadas en este rubro se abarco tanto las investigaciones, las revisiones bibliográficas y la discusión de los aspectos prácticos o conceptuales en la educación.

Titulo del Congreso:

X Congreso nacional, I Congreso Iberoamericano: TERAPIA FAMILIAR, CIENCIA, ARTE Y ESPIRITUALIDAD

Dirigido a:

Todos los profesionales y alumnos en formaciones universitarias, interesados en el área de la Terapia Familiar.

Fechas:

Del 23 al 26 de Noviembre de 2006

Sede:

Hotel Hyatt, Acapulco, Guerrero Méx.

Organiza:

Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.

Temáticas:

El congreso giro en torno a tres temáticas fundamentales: Ciencia, Arte y Espiritualidad. Para cada uno de los temas se dedico un día, en los que se organizaron paneles plenarios, talleres, carteles y mesas de trabajo, las cuales se dividieron en diferentes temáticas como: cultura, parejas, enfermedades crónicas, discapacidad, duelo, violencia, terapia familiar, adolescencia, vejez, divorcio e infidelidad, género, ética y trabajos libres. El trabajo presentado con el titulo "Significado de discapacidad en madres de familias nucleares y uniparentales con un hijo con discapacidad", se presentó en la modalidad de presentación oral, en la mesa de trabajo titulada "Discapacidad", en la que se expuso investigaciones relacionadas con las diferentes problemáticas en torno a la discapacidad.

3.3.4. Actividades complementarias.

Aquí se presenta la asistencia a cursos y talleres durante los dos años de la Maestría.

TEMA DEL SIMPOSIUM: Psicología dentro del XXIII Coloquio de Investigación

FECHA: 25, 26 y 27 de agosto de 2004

ORGANIZADO POR: FES Iztacala, UNAM

ESTADO: Talnepantla, Estado de México.

TEMA DEL TALLER: Aplicación de la Hipnosis Ericksoniana en Terapia Familiar y de Pareja

EXPOSITOR: Michelle Ritterman

FECHA: 15 de noviembre de 2004

ORGANIZADO POR: FES Iztacala, UNAM

ESTADO: Talnepantla, Estado de México

TEMA DEL TALLER: Expresiones y Reflexiones. Las Conversaciones y los Procesos Reflexivos en la Terapia

EXPOSITOR: Tom Andersen

FECHA: 21 y 22 de enero de 2005

DURACION: 14 hrs.

ORGANIZADO POR: Grupo Campos Eliseos

ESTADO: México, D.F.

TEMA DEL TALLER: Psicoterapia Sistémica Individual, los Rituales y los Tiempos del Tiempo

EXPOSITOR: Luigi Boscolo

FECHA: 6 y 7 de mayo de 2005

DURACION: 20 hrs.

ORGANIZADO POR: Centro Milanés de Terapia Familiar

ESTADO: México, D.F.

TEMA DEL TALLER: Terapia Breve Estratégica: Familia, Violencia, Valores y Prevención

EXPOSITOR: Cloe Madanes

FECHA: 17 de noviembre de 2005

DURACION: 6 hrs.

ORGANIZADO POR: Centro de Terapia Familiar y de Pareja (CEFAP)

ESTADO: Cholula, Puebla.

TEMA DEL CONGRESO: Terapia Familiar y de Pareja

FECHA: 18, 19 y 20 de noviembre de 2005

DURACION: 22 hrs.

ORGANIZADO POR: Centro de Terapia Familiar y de Pareja (CEFAP)

ESTADO: Cholula, Puebla.

TEMA DEL TALLER: Dialogo Estratégico Aplicado: El Arte de Curar Desequilibrios del Cuerpo y el Alma con Palabras

EXPOSITOR: Giorgio Nardone

FECHA: 27, 28 y 29 de enero de 2006

ORGANIZADO POR: Centro Universitario Dr. Emilio Cárdenas y el Centro de Actualización CUDEC

ESTADO: Talnepantla, Edo. de México.

TEMA DEL TALLER: Nuevas Reflexiones acerca de la Terapia Familiar

EXPOSITOR: Salvador Minuchin

FECHA: 5 y 6 de mayo del 2006

DURACION: 12 hrs.

ORGANIZADO POR: Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF)

ESTADO: México, D.F.

TEMA DEL TALLER: El Lenguaje Sistémico; Anorexia y Bulimia

EXPOSITOR: Luigi Boscolo

FECHA: 1 y 2 de septiembre de 2006

DURACION: 15 hrs.

ORGANIZADO POR: Valencia & Gómez, Servicios Especializados en Psicología

ESTADO: Guadalajara, México.

3.4. HABILIDADES DE COMPROMISO Y ETICA PROFESIONAL

La Ética (griego ἠθoς = latín *mos* ['costumbre']) es la rama de la Filosofía que estudia los fundamentos de lo que se considera bueno, debido o moralmente correcto. También puede definirse como el saber acerca de una adecuada gestión de la libertad, pues atiende a la diferencia entre el bien y el mal basado en los valores universales (Wikipedia, 2006).

La Ética, está considerada como una ciencia *normativa*, porque se ocupa de las normas de la conducta humana, lo cual también la distingue de las ciencias *formales*, como las Matemáticas y la Lógica; de las ciencias *empíricas*, como la Química y la Física; y de las ciencias empíricas sociales, en donde se puede incluir a la Psicología, que, aún estudiando la conducta social choca en algunos puntos con los intereses de la Ética (Encarta, 2006).

Es importante diferenciar entre los términos 'ética' y 'moral'. Aunque frecuentemente son tomados como sinónimos, se prefiere el empleo del vocablo 'moral' para designar el conjunto de valores, normas y costumbres de un individuo o grupo humano determinado. Se reserva la palabra 'ética', en cambio, para aludir al intento racional (vale decir, filosófico) de fundamentar la moral entendida en cuanto fenómeno de la moralidad o *ethos*. En otras palabras: la ética es una tematización del *ethos*, es el proyecto de crear una moral racional, universalizable y, en consecuencia, transcultural.

Una doctrina ética elabora y verifica afirmaciones o juicios. Cuando se emplean sentencias éticas se está valorando moralmente a personas, situaciones, cosas o acciones. De este modo, se está estableciendo juicios morales cuando, por ejemplo, se dice: "Ese político es corrupto", "Ese hombre es impresentable", "Su presencia es loable", etc. En estas declaraciones aparecen los términos 'corrupto', 'impresentable' y 'loable' que implican valoraciones de tipo moral.

Bajo esta perspectiva, cabe mencionar que estudiar, analizar, reflexionar o tratar de sistematizar la ética resulta una tarea ardua, compleja e indefinida, ya que definir lo moralmente bueno o malo es el resultado de un complejo proceso colectivo, histórico y cultural, lo que quiere decir, que la ética no ha sido la misma, ha cambiado a lo largo

del tiempo, por lo que las sociedades occidentales actuales giran en torno a una idea de lo que es la ética en la vida diaria, en el trabajo, en la escuela, etc.

Atender el proceso histórico de la ética es importante, debido a que ayuda a contextualizar las circunstancias, los hechos y las ideologías bajo las cuales se entiende un modo de pensar y de actuar con ética y, al mismo tiempo, conocer las implicancias que tiene para los individuos, o en este caso la Psicología y la Terapia Familiar esa manera de pensar y actuar éticamente.

La exposición que sigue a continuación pretende dar ese contexto actual, en el cual la Ética, como parte de las ciencias con las cuales está en constante e inevitable interacción la Terapia Familiar ha llevado también a la reflexión, análisis y replanteamiento de muchas de sus premisas originales; esto conducirá en un segundo punto, a ubicar el análisis sobre las consideraciones éticas derivadas de la práctica profesional obtenida durante los dos años de formación en la Maestría dentro de un contexto actual que podría definirse de transición entre la modernidad y la posmodernidad.

De esta manera, en la historia de la Ética hay tres modelos de conducta principales, cada uno de los cuales ha sido propuesto por varios grupos o individuos y donde proponen como el bien más elevado: la felicidad o placer; el deber, la virtud o la obligación, la perfección y el más completo desarrollo de las potencialidades humanas. Así es como, si la voluntad de una deidad es la autoridad, la obediencia a los mandamientos divinos o a los textos bíblicos supone la pauta de conducta aceptada. Si el modelo de autoridad es la naturaleza, la pauta es la conformidad con las cualidades atribuidas a la naturaleza humana. Cuando rige la razón, se espera que la conducta moral resulte del pensamiento racional (Encarta, 2006)

En el siguiente cuadro se puede apreciar los cambios a través del tiempo que ha tenido lo que se considera como éticamente correcto o incorrecto.

EPOCA	ESCUELAS, REPRESENTANTES E IDEAS IMPORTANTES
<p style="text-align: center;">ETICA GRIEGA</p>	<p><u>Pitágoras</u>: desarrolló una de las primeras reflexiones morales a partir del orfismo: la mejor vida es la que está dedicada a la disciplina mental,</p> <p><u>Protágoras</u>: enseñó que el juicio humano es subjetivo y que la percepción de cada uno sólo es válida para uno mismo.</p> <p><u>Sócrates</u>: Su posición filosófica, puede resumirse de la siguiente manera: la virtud es conocimiento; la gente será virtuosa si sabe lo que es la virtud, y el vicio, o el mal, es fruto de la ignorancia</p> <p><u>Platon</u>: El alma humana está compuesta por tres elementos —el intelecto, la voluntad y la emoción—. La virtud última, la justicia, es la relación armoniosa entre todas las demás, cuando cada parte del alma cumple su tarea apropiada y guarda el lugar que le corresponde.</p> <p><u>Aristóteles</u>: mantenía que las virtudes son en esencia un conjunto de buenos hábitos y que para alcanzar la felicidad una persona ha de desarrollar dos tipos de hábitos: <i>los de la actividad mental y aquéllos de la emoción práctica y la emoción, como el valor.</i></p>

<p>ETICA CRISTIANA</p>	<p>La primera idea ética cristiana descansa en la regla de oro: “Lo que quieras que los hombres te hagan a ti, hazlo a ellos”.</p> <p>Se desarrolló un modelo de ética que aportaba el castigo para el pecado y la recompensa de la inmortalidad para premiar la virtud. Las virtudes más importantes eran la humildad, la continencia, la benevolencia y la obediencia; la <i>espiritualidad</i>, o la bondad de espíritu, era indispensable para la moral. Todas las acciones, tanto las buenas como las malas, fueron clasificadas por la Iglesia y se instauró un sistema de penitencia temporal como expiación de los pecados.</p>
<p>ETICA DESPUÉS DE LA REFORMA</p>	<p>Provocó un retorno general a los principios básicos dentro de la tradición cristiana, cambiando el énfasis puesto en algunas ideas e introduciendo otras nuevas. Según <u>Martín Lutero</u>, la bondad de espíritu es la esencia de la piedad cristiana. Al cristiano se le exige una conducta moral o la realización de actos buenos, pero la justificación, o la salvación, viene sólo por la fe.</p> <p>El teólogo protestante francés y reformista religioso <u>Juan Calvino</u> aceptó la doctrina teológica de que la salvación se obtiene sólo por la fe y mantuvo también la doctrina agustina del pecado original. Los puritanos eran calvinistas y se adhirieron a la defensa que hizo Calvino de la sobriedad, la diligencia, el ahorro y la ausencia de ostentación; para ellos la contemplación era holgazanería y la pobreza era o bien castigo por el pecado o bien la evidencia de que no se estaba en gracia de Dios.</p>
<p>FILOSOFIA ETICAS SECULARES</p>	<p><u>Thomas Hobbes</u> atribuye la mayor importancia a la sociedad organizada y al poder político. Afirmaba que la vida humana en el “estado de naturaleza” (independiente de o anterior a, la institución del estado civil) es “solitaria, pobre, sucia, violenta y corta” y que es “una guerra de todos contra todos”. En consecuencia, la gente busca seguridad participando en un contrato social en el que el poder original de cada persona se cede a un soberano que, a su vez, regula la conducta.</p> <p>Los hallazgos e hipótesis de Newton provocaron que los filósofos tuvieran confianza en un modelo ético tan racional y ordenado como se suponía que era la naturaleza.</p> <p>Durante el siglo XVIII, los filósofos británicos <u>David Hume</u>, y <u>Adam Smith</u> formularon modelos éticos del mismo modo subjetivos. Identificaron lo bueno con aquello que produce sentimientos de satisfacción y lo malo con lo que provoca dolor.</p> <p>Una mayor aportación a la ética fue hecha a finales del siglo XVIII por el filósofo alemán <u>Immanuel Kant</u> en su <i>Fundamentación de la metafísica de las costumbres</i> (1785). Según Kant, no importa con cuánta inteligencia actúe el individuo, la moralidad de un acto no tiene que ser juzgada por sus consecuencias sino sólo por su motivación ética.</p> <p><u>Georg Wilhelm Friedrich Hegel</u> considera que “La historia del mundo, escribió, es disciplinar la voluntad natural incontrolada, llevarla a la obediencia de un principio universal y facilitar una libertad subjetiva”.</p> <p><u>Charles Darwin</u>. Los hallazgos de Darwin facilitaron soporte documental al modelo, algunas veces denominado ética evolutiva, término aportado por el filósofo británico <u>Herbert Spencer</u>, según el cual la moral es sólo el resultado de algunos hábitos adquiridos por la humanidad a lo largo de la evolución.</p>
<p>ETICA MODERNA</p>	<p>La psicología freudiana ha mostrado que la culpa, respondiendo a motivaciones de naturaleza sexual, subyace en el pensamiento clásico que dilucida sobre el bien y el mal.</p> <p>El <u>conductismo</u>, a través de la observación de los comportamientos animales, formuló una teoría según la cual la naturaleza humana podía ser variada, creando una serie de estímulos que facilitarían circunstancias favorables para respuestas sociales condicionadas.</p> <p>La ética soviética definía lo bueno como todo aquello beneficioso para el Estado y lo malo como aquello que se le oponía o lo cuestionaba.</p> <p>En sus escritos de finales del siglo XIX y principios del XX, el filósofo y psicólogo estadounidense <u>William James</u> abordó algunos de los puntos centrales y característicos en las interpretaciones de Freud y Pávlov. James es más conocido como el fundador del <u>pragmatismo</u>, que defiende que el valor de las ideas está</p>

	<p>determinado por sus consecuencias. Su mayor contribución a la teoría ética, no obstante, descansa en su insistencia al valorar la importancia de las interrelaciones, tanto en las ideas como en otros fenómenos.</p>
<p>TENDENCIAS RECIENTES</p>	<p>El filósofo británico <u>Bertrand Russell</u> marcó un cambio de rumbo en el pensamiento ético de las últimas décadas, reivindicó la idea de que los juicios morales expresan deseos individuales o hábitos aceptados.</p> <p>Los seres humanos completos participan en plenitud de la vida de la sociedad y expresan todo lo que concierne a su naturaleza. Algunos impulsos tienen que ser reprimidos en interés de la sociedad y otros en interés del desarrollo del individuo, pero el crecimiento natural ininterrumpido y la autorrealización de una persona son los factores que convierten una existencia en buena y una sociedad en una convivencia armoniosa.</p> <p><u>Martin Heidegger</u> mantenía que no existe ningún Dios, aunque alguno puede surgir en el futuro. Los seres humanos, por lo tanto, se hallan solos en el Universo y tienen que adoptar y asumir sus decisiones éticas en la conciencia constante de la muerte. El filósofo y escritor francés <u>Jean-Paul Sartre</u> mantuvo que los individuos tienen la responsabilidad ética de comprometerse en las actividades sociales y políticas de su tiempo.</p> <p>El estadounidense <u>John Dewey</u>, figuran los que se han interesado por el pensamiento ético desde el punto de vista del instrumentalismo. Según Dewey, el bien es aquello que ha sido elegido después de reflexionar tanto sobre el medio como sobre las probables consecuencias de llevar a cabo ese acto considerado bueno o un bien.</p> <p>La discusión contemporánea sobre la ética ha continuado con los escritos de <u>George Edward Moore</u>, en particular por los efectos de su <i>Principia ethica</i>. Moore sostuvo que los principios éticos son definibles en los términos de la palabra bueno, considerando que 'la bondad' es indefinible.</p>

Desde este proceso histórico, donde se observa un proceso de transformación de las ideas centradas en la esencia individual reflejada en sus virtudes o carencias, pasando a la relación con un ser divino y llegando a considerar al ser humano como social, actualmente, la Ética al igual que la Terapia Familiar, están en un periodo de transición pues se da el paso de la modernidad a la posmodernidad, hacer esta distinción implica una diferenciación de una concepción del ser humano individual sujeto a una cultura a un ser humano colectivo, activo y constructor de su cultura, tanto en sus valores, creencias, moral, acciones, etc.

Este tránsito de la modernidad hacia la posmodernidad en la Ética, implica dar un paso de la racionalidad como un valor de verdad a la reflexión y el cuestionamiento de un discurso dominante. Es decir, defender el proyecto moderno es defender la necesidad de fundamentar racionalmente nuestras acciones, mantener la autonomía del arte, la ciencia y la moral. En definitiva, seguir sosteniendo que la racionalidad es la condición de posibilidad de un mundo donde todos y cada uno de los hombres puedan llegar a ser libres. La transformación consiste en pasar de la filosofía del sujeto a una filosofía de la acción intersubjetiva.

Para el trabajo de Habermas se orienta hacia este fin: pasar del paradigma físico-matemático, que ha dominado en la modernidad, al paradigma de las ciencias sociales, y desarrollar una teoría de la comunicación entre sujetos.

Habermas (en: Dell'Ordine, 2006) parte de un concepto de racionalidad intersubjetiva que se expresa mediante los actos de habla o de comunicación. De este modo sustituye la problemática moderna que se centra en la conciencia subjetiva, por una reflexión crítica acerca del lenguaje. Afirma que la validez del juicio ético se obtiene a través del consenso construido mediante la comunicación producida por argumentos racionales. De este modo descarta la posibilidad de aceptar como legítimos aquellos consensos limitados a lo que opina la mayoría. La cantidad no da certeza, la mayoría puede equivocarse. La ética del discurso, como Habermas llama a esta propuesta, no aspira a delinear el contenido de las normas morales o los ideales de vida buena, sino a ejercer una función crítica y legitimar o no los acuerdos políticos, económicos, sociales alcanzados dentro de cada comunidad histórica o entre las naciones. En este sentido se puede decir que es una ética procedimental o formal. La importancia de esta propuesta reside en que la ética del discurso, da pautas para que los sujetos y los pueblos en su variedad cultural puedan determinar lo que es bueno para todos sus ciudadanos mediante un debate abierto.

Esta propuesta junto a lo que se ha venido exponiendo con anterioridad, llevan a plantearse la estrecha relación que tienen con la Terapia Familiar, por ejemplo, en cuestiones tales como la directividad o no del terapeuta, las concepciones acerca de lo que es normal o anormal, de si el terapeuta es manipulativo o agente de transformación, de la inclusión o no de miembros al proceso terapéutico, entre otras.

Como lo plantea Figueroa (2006), un discurso de la modernidad resalta la capacidad de un individuo estable, organizado y equilibrado, que le permite sujetarse y adaptarse a una sociedad determinada. El énfasis sobre esta noción de identidad equilibrada y centralizada, lleva a considerar que una persona que no presente un comportamiento, o una estructura de personalidad "estable, organizada e integrada" está vulnerable a adquirir patologías o pérdida de la identidad. La acción interventiva en esta perspectiva modernista consistirá en que el paciente el cual se observa como responsable de los males que le aquejan, es un objeto creado en el que se puede intervenir para manipular, bajo la pretensión de ayudar; ayuda que esta sujeta a un orden establecido, a un modelo de normalidad-anormalidad establecido por los expertos.

En cambio, dentro del discurso posmodernista se reconoce al sujeto como una construcción de estructuras de órdenes institucionales y epistemológicos que organizan de manera altamente contradictoria el espacio simbólico o la cultura. El postmodernismo reta al psicólogo a mirar las formaciones discursivas manipuladas por construcciones de saberes y poderes epistémicos que arrojan al sujeto. Al postmodernismo le interesa recuperar al sujeto que no es víctima de las acciones enajenantes y divisorias propias de las formas de poder, saber y sexualidad articuladas por la modernidad.

Esta misma autora considera que el postmodernismo reta directamente al principio de competencia de la ética de la psicología moderna. Invita al psicólogo a tener una formación verdaderamente interdisciplinaria, que le sirva no sólo

para prestar un servicio, sino para involucrarse en los procesos de transformación y re-construcción de la sociedad y de los sujetos. Es así como el compromiso se traslada a dos niveles: con las transformaciones del sujeto, de sí mismo y además con las relaciones que los atraviesan y a su vez constituyen.

También, dentro de este discurso posmoderno, el ser un experto objetivo y neutral tratando de no tomar partido por las ideas o por una posición dentro de la terapia se hace imposible, ya que más que permanecer neutral en todas las cuestiones de valor, invita al psicólogo a unirse a las cuestiones, personales, profesionales y políticas. El esfuerzo común es dilucidar el mundo dado por sentado para poder dar a nosotros mismos y a los otros, opciones, posibilidades, nuevos caminos, realidades alternativas a las ya conocidas y así tener un abanico de elecciones y decisiones.

El postmodernismo pide al psicólogo hacer exótico lo doméstico de la vida cotidiana, como lo diría White (1994); en este sentido el terapeuta y el, la o los consultantes se vuelven participantes activos en la construcción de la cultura. La invitación postmoderna invita al terapeuta a reconocer los sesgos que marcan el desempeño de su profesión y el reconocimiento del entorno social y político en el que ejerce su quehacer psicológico. A la vez, se invita a resaltar en su relación profesional aspectos que hasta ahora quedaban fuera de su compromiso: sus propios valores, prejuicios, deseos, pasiones y voluntades.

Cabe aclarar que abordar la ética en el ejercicio de la Terapia Familiar y analizarla a luz de una perspectiva posmoderna no implica descartar, rechazar, ignorar o sublimar a la modernidad, sino que es mantener una postura de “esto y además...”; es reconocer que se amplían los campos de visión: de la psique individual, a las interacciones, a los contextos, a la construcción social de los individuos a través de los procesos dialógicos por medio del lenguaje; lo cual abre diferentes dimensiones para enriquecer el proceso terapéutico, el ejercicio profesional y la postura ética que se asuma.

Lo anterior lleva, no a resolver el problema de lo que es éticamente correcto o incorrecto, sino a plantearse nuevas interrogantes acerca del ejercicio profesional y la formación de los futuros psicólogos y terapeutas. Aquí es importante preguntarse si lo que se busca es un técnico, experto en la aplicación de estrategias o un crítico y reflexivo sobre su actuar, es decir, del ¿por qué hace lo que hace?

En cuanto a este dilema ético, Sanz (2005) plantea que la Psicología debería tener “pretensiones discursivas” y “pretensiones recursivas”. La primeras se refieren estrictamente al plano del conocimiento y entre ellas cabe distinguir entre un saber psicológico básico, que provee al psicólogo de interpretaciones sobre la realidad psíquica y que tiene pretensión de validez puramente teórica; un saber psicotecnológico, que provee interpretaciones sobre el uso de herramientas para transformar lo psíquico en situaciones idealizadas, cuya pretensión de validez es instrumental; y un saber psicopraxiológico que provee de interpretaciones sobre el uso de ciertas intervenciones humanas para transformar lo psíquico en situaciones reales y cuya pretensión de validez es práctica.

Las pretensiones recursivas se refieren al plano puramente crítico; están constituidas por metasaberes cuya función es disponer ante una comunidad científica el producto de los saberes provistos por las pretensiones discursivas, de modo que la recursividad de la psicología deliberará entre las interpretaciones del mundo mental y de los acuerdos alcanzados sobre su validez teórica; de las herramientas para modificar el “mundo mental”, sobre acuerdos alcanzados sobre su validez instrumental; de las intervenciones en las que se usan esas herramientas de modo racional y real y sobre los acuerdos acerca de su validez práctica.

Retomando la dimensión del saber psicopraxiológico, es decir al saber-hacer, saber-obrar, y al cual se ha puesto más énfasis en la modernidad, es necesario preguntarse ¿el hacer del psicólogo debe acercarse más al hacer técnico o al hacer crítico?

Como respuesta a esta pregunta, Cortina (1996; en Sanz, 2005) propone una “moral cívica” caracterizada por un pluralismo moral, con un mínimo de valores compartidos, mínimo que se ha ido aceptando históricamente y que permite tomar decisiones comunes frente a problemas comunes. Tal moral cívica es propia de las sociedades democráticas, y es el punto de partida del pluralismo en tanto y en cuanto permite el respeto de las distintas e incluso opuestas concepciones de «vida buena» de los distintos actores sociales, pluralismo basado en la posibilidad de compartir algunos valores morales mínimos.

En el caso de un psicólogo ejerciendo su profesión en el marco de una moral cívica y su consecuente pluralismo moral, implica entonces:

- 1) Un mínimo de valores compartidos. La noción de mínimo de valores compartidos para la profesión del psicólogo aparece cuando la meta de la profesión está encaminada hacia el bien del paciente y el de una sociedad influida por la praxis profesional.
- 2) Un amplio campo de decisiones profesionales-personales dilemáticas. Valores compartidos y decisiones profesionales-personales autónomas son dos elementos necesarios e insoslayables a la hora de delinear la moral de la psicología en tanto profesión, entendida esta como una moral cívica específica: la moral cívica de los ciudadanos-psicólogos, es decir, psicólogos triplemente comprometidos, en tanto miembros de la humanidad, en tanto profesionales de la salud y en tanto profesionales de la psicología.
- 3) Nunca olvidar que los códigos de ética del psicólogo no son otra cosa que el fruto del consenso logrado a través de la deliberación racional acerca del deber ser del psicólogo, y por lo tanto, son el producto de esa actividad eminentemente recursiva, reflexiva y crítica. Perder de vista esto, implica arriesgarse al anquilosamiento de normas prescritas.

Finalmente, para Sanz (2005) dando un giro a la noción de recursividad, la ética en la Psicología puede pensarse como aquel ámbito discursivo que provoca una formación que «intenta el pasaje de una transitividad ingenua a una

transitividad crítica», ya que al alumno/a de psicología (y siendo el caso también de los terapeutas en formación) puede pensársele como en transitividad hacia el científico-profesional psicólogo/a, y por ello es menester formarlo para la decisión y para la responsabilidad social y política que su ciencia y su profesión le exigirán. Una formación tal que lo coloque al futuro psicólogo en diálogo constante con sus pares, con el «otro» en general y que lo predisponga a constantes revisiones, a análisis críticos de “sus descubrimientos”, sean estos, teóricos, instrumentales o prácticos.

3.4.1. Análisis de las consideraciones éticas surgidas de la práctica profesional.

En este tópico el análisis girará en varios aspectos que fueron tomando importancia y despertaron una serie de dudas y reflexiones en mi formación como terapeuta en la Maestría. La primera es en cuanto a la idea de lo que es normal o anormal en una familia; la segunda es en cuanto al tiempo de la terapia; en cuanto a la cuestión de quién debe de ajustarse a la terapia si la familia o el modelo del terapeuta, en cuanto al uso y objetivo del equipo terapéutico, los secretos en la familia y la coterapia. Estos parecen ser consideraciones o precisiones metodológicas, sin embargo, contienen una dimensión ética.

En el primer caso, si los grandes teóricos y terapeutas de la familia no se han puesto de acuerdo en este aspecto, esto es sólo un breve comentario de lo que en la corta práctica he podido apreciar. A veces la confrontación entre la teoría y la práctica es inevitable, pues el libro y los supuestos dicen algo y la familia presenta algo muy distinto y aquí surge el cuestionamiento de ¿hasta dónde se está ajustando a la familia a un modelo de normalidad o anormalidad, de lo que debería presentar la familia y de lo que debería hacer en determinadas circunstancias? ¿hasta dónde se convierte en un deber ser? Es decir, a veces las hipótesis dejan de serlo y se convierten en verdades cuando todo lo que dice o hace una familia se quiere ajustar a dicho argumento. Surge aquí otra interrogante acerca de si realmente se está haciendo un cuestionamiento del síntoma o de alguna premisa familiar, si se está compartiendo alguna reflexión; ó si se está imponiendo un modelo de familia y de normalidad, de si se está indicando o sugiriendo una manera de pensar y ser a la familia. Esto podría parecer un asunto de precisión teórico-metodológica pero también se convierte en un dilema ético pues el límite entre imponer y abrir nuevas perspectivas es una línea muy delgada que a veces no se distingue.

Un ejemplo que se puede citar en la posición que ocupé como observador en el equipo terapéutico, es el caso donde la abuela se hacía cargo de su nieto con la ayuda de su hijo de 34 años; se reflexionaba y se analizaba cuál sería el rol que debería de tomar el joven (si como, padre, tío o padrino) en relación a la educación de su sobrino, el bienestar de su familia y el individual. Él se mostraba confundido y poco claro y se observaba un juego de ambivalencias en la familia que lo hacían dudar, cuestionando su manera de actuar con su sobrino. En este sentido, todos hablaban acerca de no forzar una posición que él no quisiera y que esto tenía que ser definido en la misma medida en que la familia fuera aclarando sus pautas de interacción.

Otro ejemplo, puede ser el caso de una familia que asistió por problemas de mala conducta de sus hijos (y en el cual estuve a cargo como terapeuta). Al trabajar con un modelo estructural se buscaba que la madre tomara la jerarquía en la familia, sin embargo, en el proceso terapéutico se observó que la mala conducta no sólo se limitaba a la posición de la madre, sino a un juego de ambivalencias entre los padres, ya que éstos se había separado desde hacía un año pero los padres se frecuentaban como pareja. Ante esta situación, en la que inicialmente no se planteó un problema de pareja, existía el dilema de en qué punto continuar la terapia, pues el motivo de consulta inicial planteado por la familia era rebasado, de una situación de mala conducta a las interacciones entre los padres y los hijos que mantenían esta problemática; ya que los padres se mostraban ambivalentes en cuanto a su relación de pareja y a ellos les interesaba el bienestar de sus hijos. Se decidió junto con el equipo, a ayudar a los padres a tomar una posición clara como padres ante sus hijos, ya que estos estaban en una limitada interacción mediada por la madre y la desatención y desligamiento emocional del padre.

En este sentido, Cecchin, Lane y Ray (2002) afirman que un terapeuta debe de tener una sana irreverencia hacia los modelos e ideas de los cuales se parte; cuando una hipótesis deja de ser útil se actúa como si de antemano ya se supiera lo que va a pasar con la familia y entonces se adopta un guión, un argumento como la verdad, se restringen las posibilidades y terapeuta y familia terminan por restringir sus visiones, pues se cae en el terreno de la verdad “esto o esto” y no en el de la posibilidad “esto y además...”.

Acompañado de la irreverencia, algo que también mencionan estos autores es adoptar una postura de curiosidad, lo cual no implica no tomar responsabilidad por lo que sucede en la terapia, sino que, por un lado, señalan que dentro de la terapia se debe ser sensible a la estética, a las pautas, los procesos de interrelación de la familia, a respetar la integridad del sistema como un ser vivo y autoorganizativo y por otro, ser conciente de la influencia y el poder que ejerce en la terapia, es decir, que si bien, la sociedad espera que el terapeuta actúe como un controlador social, puesto que depende de las instituciones sociales y está envuelto dentro de creencias culturales y expectativas sociales, el terapeuta debe ser conciente de la posición donde está, de que es una posición de influencia donde puede generar cambios pero también de límites en relación a las cualidades del cambio. (Cecchin, 1987)

Otros como White (2002) hablan acerca de ser transparente y responsable en cuanto a la posición de poder dentro de la terapia, a ser concientes de ello y que junto con los clientes se co-construyan discursos sobre los efectos de esa posición de poder en la terapia, es decir, el evitar hablar sobre ello lleva a la reproducción de ciertas maneras dominantes de actuar y de pensar, de igual manera, que el evitar hablar de los efectos del poder entre los miembros de la familia.

Un ejemplo que se puede citar aquí es el de dos parejas con problemas de violencia en sus relaciones, una en la cual habían asistido a otros tratamientos buscando una solución a su problema; se decidió trabajar sobre la deconstrucción de los discursos de poder tanto del hombre como de la mujer. Al llevar un proceso terapéutico desde

la terapia narrativa la pareja fue encontrando su historia dominante acerca de cómo el “machismo violento” y la “desintegración familiar” (nombres que pusieron a sus problemas) iban conformando sus actuales relaciones violentas, lo cual no sólo llevo a la reflexión de la pareja, sino también del terapeuta y del equipo terapéutico, pues al participar como parte del equipo de reflexión tuve un proceso de aprendizaje de cómo despegarme de una posición de experto y conocedor de la verdad para acercarse a las vivencias de las personas y entender sus historias.

En este tipo de casos, al igual que en los de abuso sexual, maltrato infantil, entre otros, se hace más palpable la postura que como controlador social se espera cumpla el terapeuta; sin embargo, también la irreverencia hacia sus propias maneras de pensar y la externalización de los discursos de poder sobre estas problemáticas deben ser puestas “a la luz” de él o ella misma y de la familia. Por ejemplo, si se es un terapeuta hombre y no se cuestiona sobre sus discursos dominantes acerca de la masculinidad, puede llevar una conversación junto con el hombre violento, donde se velen los relatos de dominación y el terapeuta se haga cómplice del mantenimiento de esos relatos. Si se es una terapeuta mujer y no se cuestiona y se lleva a una reflexión sobre los discursos acerca de la victimización, la culpa y la inacción, se contribuye a mantener los relatos de sumisión-dominación.

En cuanto a la segunda pareja, donde a pesar de la violencia ejercida física y/o verbal por ambos miembros, ellos mostraban una actitud de ligereza ante la situación, sonriendo y bromeando ante esta manera de relacionarse. En el caso de esta pareja más que asumir una postura crítica o de enjuiciamiento ante la actitud de la pareja hacia su relación violenta se reencuadró como parte de un recurso que tenían y que les podía ayudar a salir del círculo de la violencia; se tomó esta decisión junto con el equipo y tratando de buscar el beneficio de la pareja.

Ambos ejemplos, pueden dar muestra de la posición que puede tomar un terapeuta ante este tipo de problemática, en la cual se refleja que una no es mejor que la otra o es más ética que la otra (ya sea como controlador social o como colaborador), sino que tratan de reflejar que la posición ética que se asuma en cada caso, depende del conjunto de actores que participan en el proceso terapéutico, del contexto en el cual se está y esto siempre tomando en cuenta cómo puede salir beneficiada la persona, pareja o familia.

Surge aquí otra interrogante ¿realmente se está haciendo un cuestionamiento del síntoma o de alguna premisa familiar, se está compartiendo alguna reflexión, o se está indicando o sugiriendo una manera de pensar y ser a la familia? Retornando al tema de la ética, la responsabilidad que se asume al adoptar cierta postura tiene que ver con qué es lo que el terapeuta piensa que puede resultar más benéfico para la familia (como ya se ha mencionado). Por ejemplo, en el caso de una familia donde uno de los hijos no sabe que su padre de crianza no es su padre biológico, el efecto de hacer una confirmación como: “me parece que ustedes dos están menos preparados que su hijo para recibir la noticia y manejarla, pienso que se debe de tomar una decisión al respecto”, es diferente a si se plantea: “me he quedado pensando un poco en esto y me pregunto ¿quién realmente no estará preparado para recibir la noticia si ustedes o su hijo?”

Por ejemplo, Anderson y Goolishian (1996) afirman que el terapeuta debe de partir desde una postura de ignorancia, de “no saber”, lo cual implica que el terapeuta es curioso sobre la vida del consultante, donde este se informa al terapeuta sobre los aspectos relevantes de su vida problemáticos y/o no problemáticos, y a través de las preguntas el terapeuta pone al descubierto algo desconocido e imprevisto y lo presenta como posible; o por ejemplo Andersen (1996) considera que hay ciertas preguntas que son adecuadamente inusuales, las cuales generan perturbaciones en el sistema familiar y otras que son totalmente inusuales, las cuales pasan desapercibidas para la familia.

En relación a esto, se reconoce que dentro de la terapia familiar están las posturas que van del uso y formulación de estrategias a la utilización de la conversación terapéutica. Si se apuesta por una postura irreverente ante estas dos posturas, el reconocimiento de la utilidad de ambas se hace necesario, pues para una familia se requerirá en cierto momento hacer uso de una postura de controlador social, experto y asumir la dirección de la terapia y en otros momentos ser un facilitador que genere y promueva la creatividad y los recursos de la familia, dependiendo esta decisión del juicio, experiencia e incluso de la capacidad que tenga el terapeuta para consultar a colegas si tiene dudas en su actuar.

Aquí se pueden citar dos casos, uno en donde una mujer asistía porque manifestaba que tenía problemas con sus padres y decía odiarlos, después de trabajar bajo un modelo de Conversaciones Colaborativas y Equipo de Reflexión, la mujer decía que no lograba quitarse ese sentimiento y tener mejores relaciones. En este sentido, junto con el equipo se decidió tomar una postura estratégica donde se comenzó a trabajar con paradojas y coros griegos. En el otro caso, de la pareja donde había problemas de violencia y en el cual se comenzó a trabajar con terapia narrativa se hizo un cambio de modelo hacia una postura estratégica, pues después de varias sesiones en las cuales manifestaban cierto grado de mejoría hubo un evento que volvió a encausar los hechos violentos.

Lo que muestran estos dos ejemplos, puede llevar a evaluar varios aspectos, uno de ellos es la experiencia o el manejo del terapeuta del modelo, si el equipo terapéutico había limitado los discursos posibles, si la persona o la pareja pedía a un experto. Junto a ello, se puede afirmar que el cambiar la dirección de la terapia es una decisión ética cuando esto no está resultando un beneficio para la persona, además de que forma parte de la responsabilidad que se asume pues a pesar de que se tomó un modelo posmoderno o moderno, en el contexto social, el terapeuta tiene un posición de poder en relación a los consultantes o pacientes y si esto no se reconoce, también se estaría ante una falta ética con el trabajo que se realiza.

Bajo este argumento, también se pueden generar otra serie de dudas como las que plantean García y Suárez (2006) ¿la psicoterapia, es manipulativa? Estos autores dicen que no lo es, sino que es influencia; en la manipulación se realiza una acción sobre los otros para obtener un beneficio personal, en la influencia esta acción pretende lograr un cambio al servicio de los demás. Cambios que se establecen como metas y se proponen a la familia, pudiendo ésta aceptarlas o rechazarlas, eligiendo su propio camino.

Ésto lleva a plantear otras interrogantes ¿Hasta dónde llega el consentimiento informado en este método terapéutico? ¿Son éticas estas limitaciones de información? ¿Qué es lo que hay que informar? Éstos autores expresan, que inicialmente es imprescindible informar a la familia de los objetivos del tratamiento, para que sus miembros puedan adecuar sus expectativas (generalmente distorsionadas). Por ejemplo, en el proceso de aprendizaje obtenido en la Maestría siempre hubo una preocupación particular y un cuidado en cuestiones como la explicación del estilo de trabajo que se sigue, así como el resolver las dudas del paciente; asimismo, ya sea que se utilice un modelo moderno o posmoderno siempre hay una negociación de objetivos.

Aquí se puede citar el caso donde una familia, los dos padres y uno de sus hijos, asisten a terapia, el hijo no quiso ser filmado en la sesión a pesar de que los padres ya había firmado la constancia de consentimiento, en este sentido se decidió no filmar la sesión, pero al finalizar la sesión se le hizo nuevamente énfasis en que éste era el estilo de trabajo, por lo que se le invitó nuevamente a la sesión tomando en cuenta la posibilidad de filmarlo o en su caso que permitiera asistir a sus padres sin su presencia.

Este caso puede ilustrar los dos puntos referentes al consentimiento informado y la influencia que se tiene al estar como terapeuta dentro del sistema terapéutico. En cuanto al primero, a la familia se le informó sobre el estilo de trabajo que se hacía, dándole la posibilidad de aceptarlo o no, o de si alguno de sus miembros decidían seguir asistiendo o no; en cuanto al segundo, aunque a simple vista pudo verse como el fin de la relación terapéutica con el hijo al no estar de acuerdo con el estilo de trabajo que se llevaba, tuvo varios objetivos terapéuticos en beneficio de la familia, pues al considerarse que el motivo de consulta radicaba en el malestar físico y emocional de la madre, y en el cual se detectó un sobreinvolucramiento entre la madre y este hijo con el consecuente desplazamiento del padre, a lo largo de la sesiones, la no asistencia del hijo, fortaleció el subsistema conyugal, favoreciendo no sólo las relaciones entre la madre y el hijo, sino también entre el padre y los demás hijos.

García y Suárez (2006) expresan que el método del consentimiento informado (como lo fue en el caso de esta familia) favorece la autonomía del grupo familiar al devolverle su funcionalidad y por tanto la de cada uno de sus miembros, pues al observar la familia que tiene la posibilidad de elegir sobre lo que es mejor para ella, elimina la dependencia hacia el terapeuta y el tratamiento, devolviendo a ambos la responsabilidad sobre sí mismos.

En este sentido surgen otras interrogantes con respecto al punto que se refiere al tiempo de la terapia, ¿quién es el que debe de despedir o dar por terminada la terapia? ¿el terapeuta, el modelo o la familia? ¿de qué depende? Pues si se plantea a la familia la idea de una terapia corta o sin un límite bien establecido pareciese como si la familia se predispusiera a ello y se ajustara al ritmo de la terapia, pero también se origina el hecho de que para la familia no son suficientes 8 o 10 sesiones y para el terapeuta sí o viceversa. Éticamente ¿a quién pertenece este derecho? En relación a esto y ligándolo con los dos puntos anteriores ¿los modelos de intervención están al servicio de los clientes o los clientes están al servicio de los modelos?

Si se parte desde las ideas de Anderson y Golishian (1996) o de White (2002), donde señalan que el experto es el cliente, o bien que los terapeutas ayudan a asesorar al experto, son los consultantes quienes deciden cuándo dar por terminada la terapia, son quienes mejor saben acerca de sus vidas y de cuánto han mejorado. Pero si se parte de un modelo estructural o estratégico la responsabilidad sobre lo que pase en la terapia se centra en el terapeuta, pues se considera que es un agente activo que propicia el cambio. Parece que esto depende de varios factores, entre los que están: el modelo al cual se apegue el terapeuta, las necesidades de la familia, las necesidades de la institución donde se trabaje, si se colabora con un equipo, la conciliación de los diferentes puntos de vista, entre otras.

Por ejemplo, en los escenarios clínicos donde se lleva a cabo la práctica clínica, las necesidades de las instituciones influyen sobre el trabajo terapéutico, pues en el caso del FESI y el CCH Azcapotzalco hay más autonomía en cuanto a la demanda que se debe de cubrir de las personas que solicitan el servicio, que en el caso del ISSSTE se pide el máximo posible de consultantes, lo que hace que se trabaje bajo un modelo de terapia breve. Sin embargo, y a pesar de estos factores el servicio a los pacientes se guía a partir de las necesidades de cada una de las personas, pareja o familias, ya que aquí se concientiza el compromiso profesional que se adquiere al tomar el caso y seguirlo hasta su conclusión.

Con relación a esto, se puede ilustrar un caso que se atendía en el CCH Azcapotzalco, en donde una mujer asistía porque no sabía cómo manejar su enojo con todo lo que sucedía en su vida. Después de trabajar durante ocho sesiones y donde tanto los miembros del equipo, el terapeuta y la consultante estaban de acuerdo en su progresivo cambio, se le manifestó si deseaba que la octava fuera su última sesión o si quería regresar a una más, ella se decidió por lo segundo pues quería precisar algunas cosas; aquí se respetó su decisión y se aplazó el término de la terapia.

Enseguida surgieron las siguientes interrogantes ¿Terminamos, se resolvió el problema que la trajo aquí? ¿Continuamos las sesiones trabajando sobre otras áreas disfuncionales y así aumentar su calidad de vida? Existe un aspecto muy vinculado a la ética en la clínica que es la calidad de vida, término que tras múltiples intentos definitorios sigue cargado de subjetivismo. En la psicoterapia familiar este concepto 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? Se considera que a esa altura del proceso terapéutico se le debe dar la opción al grupo familiar y que éste sea quien tome la rienda de su elección y haga valer la autonomía que ha alcanzado durante el tratamiento. (García y Suárez, 2006)

Otro momento con implicaciones éticas en este campo es la confidencialidad; es conocido que esta profesión basa su trabajo en la información generalmente confidencial, reservada, que es aportada y el ejercicio del secreto profesional tiene condicionantes de las que se trata pródigamente en la literatura científica.

García y Suárez (2006) expresan que la reserva con que ha sido tratada la información en la psicoterapia comenzó a modificarse cuando en 1948, John Rosen hace la primera transcripción textual de una entrevista psicoterapéutica y luego difundió el empleo de la cámara de Gessell para el estudio de las familias de pacientes esquizofrénicos. El empleo actual de material de audio, video y cámaras de Gessell para la investigación, supervisión y docencia, ha modificado significativamente este planteo ético.

En el caso de la formación que como terapeuta se adquiere en la Maestría, éste es otro de los puntos en los cuales se pone especial cuidado, ya que las personas que no desean ser grabadas en audio y/o video, que no quieren ser observadas o escuchadas por los miembros del equipo, se les respeta su derecho, y en estos casos se canalizan a otras instituciones en los que se sabe de antemano que cumplen con las necesidades que ellos piden.

En los casos en que se acepta y se llega a un acuerdo junto con la familia sobre el estilo de trabajo planteado se les da a firmar una constancia que valida su aceptación de las condiciones de trabajo. El hecho de cumplir, respetar y responsabilizarse con respecto a que la familia esté informada de lo que va a pasar en la terapia, no sólo contribuye a que el proceso se lleve en un contexto de ética y profesionalismo, sino también al proceso mismo, pues la ética, la técnica y el conocimiento no se pelean en el trabajo clínico, ya que la no explicación y el ocultamiento de información a los consultantes puede generar que la evolución de la terapia se vea afectada pues la persona puede caer o interpretar que ha sido objeto de un engaño, perdiendo la confianza en el terapeuta e incluso puede llegar a percibirse como manipulada.

En este punto se puede hablar de otro secreto que se potencializa en el trabajo terapéutico, la información que es transmitida por uno o más miembros con el pedido expreso, de que otro o todo el resto de la familia no llegue a enterarse, solicitud que generalmente tratan de hacerla fuera de la sesión de psicoterapia. Ejemplos comunes son: un hijo adoptado, o producto de una infidelidad o la propia infidelidad, entre otras. A este respecto García y Suárez (2006) manifiestan la necesidad, análisis e interpretación de todo lo que sucede con el sistema terapéutico, en donde ante una situación así sería necesario preguntarse ¿Por qué y para qué lo hacen?

Se puede recordar el caso de una madre y su hijo que había olvidado el que su madre le informó que era adoptivo. Aquí se analizaba la manera cómo manejar el tema de la adopción y por otra parte el de no abrir el tema mientras ellos no decidieran y se encontraran preparados para hacerlo. Esto condujo a diferencias en cuanto a lo que tendría que hacerse pues se observaba que el terapeuta podía abordar sus relaciones tocando otros temas afines como los límites, las jerarquías, los acuerdos y otros consideraban que el terapeuta y la familia estaba dando vueltas alrededor de un círculo donde ninguno de los dos se animaba a entrar. Finalmente se decidió con base en los objetivos terapéuticos y el motivo de consulta expresado por la madre abrir el tema de la adopción, que si bien movió muchos sentimientos entre madre e hijo, ambos pudieron aclarar y renovar el vínculo que los mantenía unidos.

También existía el caso de una pareja de padres que asistían por problemas de pareja, pero que posteriormente hablaron acerca de su preocupación porque su hijo mayor se enterara de que su padre de crianza, no era su padre biológico, y ante el cual manifestaba ambivalencias sobre si daban a conocerle esta información o no al hijo. Esto condujo a una serie de divergencias en el equipo, pues mientras unos opinaban que se debía seguir sobre el tema de los conflictos de pareja, otros, opinaban que a esa altura de la terapia se debía dar un giro hacia el trabajo del secreto; a este respecto se decidió como equipo plantear las consecuencias futuras (tanto positivas como negativas) a los padres sobre su decisión de abrir o no el secreto y bajo su consentimiento se trabajó algunas sesiones sobre este tema. Posteriormente, esto condujo a la pareja a resolver que por el momento no abriría el secreto y al haber avanzado sobre su mejoramiento en su relación de pareja decidieron dar por terminada la terapia.

Por último, otro tema que adquiere matices éticos es la coterapia. Se podría hablar ampliamente sobre sus ventajas, pero también es importante señalar sus peligros, pues siempre existen discrepancias entre los miembros de un equipo de trabajo, y en este caso las que tienen que ver con un proceso terapéutico, si éstas no se trabajan dentro de la supervisión, pueden revertirse al seno de las sesiones y dañar intensamente el curso de un proceso psicoterapéutico (problema mayor sería la aparente ausencia de discrepancias). De esta manera, más que las diferencias entre los coterapeutas, lo que influye es el manejo que se haga de ellas.

En cuanto al proceso de formación de la Maestría, la coterapia, es una herramienta fundamental en el aprendizaje del terapeuta, y además, es un recurso más con el que cuenta la persona, pareja o familia para solucionar sus problemas. Por ejemplo, se puede citar el caso donde como terapeuta ante la familia que iba por problemas de conducta de sus hijos, en un momento de la terapia se tuvieron dificultades en la conducción de la misma, pues se había caído en un estancamiento sobre cómo trabajar en las interacciones que mantenían la mala conducta. Para ello, la supervisora en un acuerdo mutuo, participó en la sesión, en la cual ayudó a salir de este estancamiento, por un lado, a salir de este estado de desesperanza de la familia, pero también fue un modelo que guió hacia cómo podrían conducirse las intervenciones.

Como conclusión, se puede decir que las diferentes perspectivas de las cuales se enriquece la terapia han llevado a una reflexión no sólo teórica y práctica en cuanto al trabajo que se hace en el proceso psicoterapéutico, sino también ética, pues invitan a reflexionar y cuestionar “nuestros” propios valores, creencias, actitudes frente a los problemas, las personas y el mundo. Lo que inevitablemente lleva a confrontarse con la responsabilidad, la transparencia y los dilemas a los cuales se enfrentan los terapeutas en la práctica cotidiana. Parece que la propuesta no es apostar a si es mejor ser directivo, intervencionista o no serlo, sino a reflexionar sobre la responsabilidad de asumir o tomar decisiones como expertos, controladores, facilitadores, orientadores, etc.

CONSIDERACIONES FINALES

En este apartado voy a presentar algunas de las reflexiones, aprendizajes y conclusiones a las que llegué en mis dos años de formación en la Maestría en Psicología. Quiero comenzar por exponer de dónde nació mi inquietud por estudiar y profundizar en el área de la Terapia Familiar.

Cuando comencé a estudiar la Licenciatura en Psicología la referencia inmediata que tenía era el Psicoanálisis; no es de sorprenderse que la mayoría de las personas cuando escuchan algo sobre Psicología lo relacionan con una persona acostada en un diván con un hombre de barba y lentes sentado a sus espaldas, yo me contaba como una de esas personas; se han hecho tan populares sus ideas que se utilizan frases como “tu inconsciente habla”, “tú tienes el complejo de Edipo”.

Al comenzar este camino de la Psicología me di cuenta de la gran diversidad de enfoques que hay, lo cual, a primera vista me resultó desconcertante, pues si iba en busca de la “verdad” de la mente humana, de los misterios acerca de qué es lo que se oculta dentro de cada persona, resulta que la “verdad” se encontraba entre los estímulos que ayudaban a moldear la conducta; en lo que se va aprendiendo del modelamiento social; que la salud de la persona está en conseguir su autorrealización plena y libre; o que el cerebro y sus procesos bioquímicos son el centro para explicar mucho de los comportamientos “normales y “anormales” en las personas.

Cada uno de estos enfoques fue un momento de expansión de mi self, que me permitía explicarme el por qué de la mente y la conducta humana, sin embargo, el estarme preguntando continuamente el ¿por qué? me llevaba a respuestas que yo consideraba insuficientes pues siempre había un resquicio, un hueco o un límite en donde la teoría no alcanzaba a explicar a las personas y sus problemas. Enfoques como el Psicoanálisis, Conductismo, Cognocitivismo, Humanismo, Gestalt, Aprendizaje Social, tienen una visión de la realidad que a mi entender resultaba como tomar un camino que sabes a donde te lleva, sabes qué vas a encontrar ahí, que te da seguridad porque muchos ya lo han transitado, pero que también sabes que en ese camino puedes encontrar cosas diferentes que te pueden llevar a tomar un rumbo distinto, donde hay desviaciones, puntos de retorno o callejones sin salida.

Es así como el ¿por qué? de la mente y la conducta humana se convirtió en una brújula descompuesta que me llevó a muchos lados buscando la “verdad” pero sin encontrarla; sin que lo que hubiera visto, aprendido, estudiado, leído hasta ese momento hubiera resultado suficiente para obtener una respuesta convincente.

En la búsqueda de esa respuesta al ¿por qué? uno de los caminos me condujo a lo que es la Terapia Familiar, de manera un poco fortuita, por no saber qué tipo de camino era el que iba a recorrer, pero planeada en el sentido de seguir conociendo algo más. Lo primero que me hizo generar una curiosidad por conocer más acerca de esta actividad, no fue lo que decían los grandes representantes o los libros especializados en el tema; en ese tiempo era

poca mi comprensión y mi conocimiento sobre lo que esos autores y sus libros decían. Lo que causó una fuerte, nueva, renovada y crítica visión fue el efecto que causaba en las personas que buscan ayuda esa actividad llamada Terapia Familiar, que se rodeaba por una necesidad de ver el mundo, a sus problemas y las soluciones a los mismos a través de la inclusión y la interacción entre los que participan.

En ese entonces, me parecía como si esta actividad y su manera de ver el mundo se arriesgara a jugar con lo impredecible, lo fortuito, lo ilógico, lo inesperado, la incertidumbre. Con el paso del tiempo me di cuenta que la visión no era ilógica, sino que mi manera de ver la “realidad” dentro de ese gran caos que me causaba sorpresa y admiración, tenía su lógica, pero mis lentes con los cuales había recorrido los caminos del Psicoanálisis, Conductismo, Humanismo, Aprendizaje Social y que se engloban en lo que se llama una Epistemología Positivista o Lineal, ahora resultaban insuficientes para poder explorar. En ese instante me surgió la necesidad de comenzar a construir unos lentes nuevos que me permitieran observar a lo que antes no había prestado atención: una realidad compleja, relacional, contextual, de significados, de construcción de identidades, llamada Epistemología Sistémica y Posmoderna.

Uno de los primeros efectos que causaron en mí estos nuevos lentes, es que algunas cosas resultaban borrosas, distorsionadas y tenía que ir más despacio para asegurarme qué es lo que veía; otras veces, resultaban claras y precisas, pero al combinarse con las primeras volvía esa ambigüedad, como si estuviera caminando en arena movediza donde cualquier parte que pisaba resultaba motivo de duda e inseguridad.

Una vez que pude construir una graduación que me permitiera tener claridad pero al mismo tiempo capacidad para observar esa complejidad en el mundo, mi pregunta al ¿por qué? de la mente y la conducta humana tuvo una transformación, donde algunas veces resultó obsoleta y otras tantas ilógica si no estaba relacionada con otras preguntas tales como ¿para qué? ¿cómo? ¿quiénes? ¿dónde? ¿en relación a qué o a quién? Es decir, el ¿por qué? cada vez resultaba una pregunta menos central, esencial o universal para dar respuestas al comportamiento de las personas; cobraba valor y significado si esa pregunta se relacionaba con otras ideas, objetos, personas, lugares, conductas, sentimientos, maneras de comunicar, significados, contextos.

También me di cuenta que esa búsqueda de la “verdad” a la cual yo quería llegar no era un camino hecho, dado *a priori*, sino que era una construcción que estaba más en relación con la persona que observa, camina, siente y palpa ese camino. Es así como esa supuesta “verdad” tiene que ver más con un sí mismo, una identidad, que permite explicarse a uno mismo y a los que le rodean, y que se convierte en significativa por los quiénes, los dónde y los cómo mi self se relaciona con los otros.

En este momento, en mi vida personal, familiar y profesional no es una búsqueda de la supuesta “verdad” lo que dirige mi manera de pensar y actuar en el mundo, sino que me guía un sentido de construcción donde están

presentes la posibilidad, la creatividad, lo lógico, lo ilógico, la certidumbre, la incertidumbre, lo claro y lo ambiguo; donde el arte y la ciencia se conectan y encuentran su espacio y su razón de ser uno en relación con el otro.

En este sentido, una visión sistémica y posmoderna de la realidad me ha llevado a construir un sentido de la terapia donde más que convertirse en un espacio para aplicar procedimientos, métodos, técnicas, estrategias, tratamientos para la cura, se ha convertido en un espacio para la creación y la ampliación de nuevos campos de visión; donde se encuentran dos, tres o más personas que al interactuar y conectar alrededor de una conversación se transforman a sí mismos y a los otros a cada momento. En este espacio, tomando las palabras de Harlen Anderson, el terapeuta se convierte en un experto en el diálogo, sea éste estratégico o colaborativo; la persona, quien busca ayuda, se convierte en un experto en su vida, en sus problemas y las soluciones.

Si se hace una analogía con la música, la terapia sería una composición musical en la que cada uno de los músicos es experto en su instrumento, lo conoce bien, sabe qué hacer con él, pero cuando toca con alguien más sabe que su habilidad ahora estará relacionada con la capacidad de otros músicos. Al unirse para tocar y componer, la pieza musical que pretendan componer, irá de lo armónico y lo continuo, donde cada una de las notas, los sonidos, graves y agudos encontrarán su lugar; pero también se encontrarán momentos de tensión donde los sonidos parecían contrapuestos, la armonía se quiebra y a partir de ahí surgen nuevas melodías, acordes y arreglos que permiten seguir generando una canción.

Cabe aquí mencionar que para convertirse en ese experto musical se requiere pasar por una serie de experiencias, aprendizajes y conocimientos que le permitan a uno adquirir, construir, crear y descubrir las habilidades para poder generar un sentido musical.

Es así como comparo mi experiencia en la Maestría, un lugar que me permitió generar recursos, habilidades, conocimientos, aprendizajes, experiencias, relaciones nuevas y diversas. Mi ingreso en la Maestría contribuyó a que este proceso de crecimiento personal y profesional fuera transformándose de una búsqueda de la “verdad” basada en el ¿por qué? a una construcción de nuevos caminos que permitiera la cimentación de puentes con otros, donde de la búsqueda de la verdad me transportara al terreno de las posibilidades, de las creaciones, de lo relativo, de lo contextual y relacional.

Mi experiencia en la Maestría me llevó a deconstruir mitos con respecto a mi desempeño profesional. Me condujo a crear reflexiones y cuestionamientos acerca de eso que llamamos hacer terapia; lo que me hizo darme cuenta de la importancia que tiene la inclusión y la relación con los otros (personas, ideas, sentimientos, comportamientos, creencias, conocimientos), pues tanto a mí como terapeuta en formación como a las personas que iban en busca de ayuda, el trabajar con un equipo permitía siempre la expansión de nuevas alternativas que daban, como en la música, un sentido de continuidad pero al mismo tiempo un espacio de tensión y de cambio que posibilitaba, a mi

crecer como terapeuta y a las personas crecer en la construcción de soluciones a sus problemas. Otro de esos mitos que me hizo deconstruir y además me ayudó a retomar algo por lo cual me había interesado en un principio por la terapia, es el dejar un espacio para lo imprevisto, lo no planeado y lo inesperado, es decir, no dejar que la terapia se convierta en un espacio consagrado para lo planeado, lo ideal, lo normal, lo que es supuestamente necesario que ocurra.

Esto me hizo reflexionar sobre la idea de que las personas somos a través de la construcción de las relaciones con los otros, donde las preguntas ¿por qué esa persona se comporta así? ¿por qué se enfermó? ¿por qué sanó? llevan a respuestas acerca de seres inanimados, a objetos y estados atemporales. Y donde las preguntas relacionales ¿cómo es que va siendo esta persona? ¿con quién se muestra enferma? ¿para qué sana esa persona? ¿a quién ayuda? llevan a respuestas más allá de los estados y los objetos y se amplía a los procesos, las relaciones, los contextos y los significados.

Lo anterior también me hizo pensar sobre otro mito como la enfermedad y la salud; términos que se han vuelto tan naturales, cotidianos, domésticos y normativos que los damos por contados. Desde una perspectiva sistémica y posmoderna sobre el mundo, sus problemas y sus alternativas, la dicotomía salud-enfermedad toma sentido cuando se considera como una construcción que cambia en el tiempo, de acuerdo al contexto y al momento histórico-social. Es decir, si en la época en que Freud creó el Psicoanálisis para explicar los problemas, la neurosis ocupaba parte de su tiempo, en el momento actual etiquetas como la depresión, trastorno bipolar, fobias, obsesiones pasan a ocupar su lugar. Pero además, al considerarla como construcción se resalta la idea de que no es el individuo aislado dentro de su mente el que crea dicha enfermedad, sino que en la relación con los otros que son significativos en su vida le ayudan y los ayuda a generar un sentido de identidad que los haga mostrarse, pensar y actuar como gente sana o enferma.

En otras palabras, los problemas que antes se consideraban del ámbito privado, aquello que sólo podía ser entendido en el interior de la persona, ahora llevan a considerarse también como del ámbito público, donde la inclusión y participación de otros forma parte de eso que llamamos problema pero también forma parte de la solución.

Esta afirmación, también pone de relieve la ética profesional en la práctica de la Terapia Familiar. Preguntarse sobre ¿qué es lo privado? ¿qué es lo público? ¿dónde trazar los límites entre uno y otro? no es una tarea fácil cuando en las relaciones con las otras personas se encuentran valores, pensamientos y sentimientos distintos. Parece como si esta complejidad que nos ofrece una perspectiva sistémica y posmoderna nos pone en un callejón sin salida, donde no hay restricciones, todo es relativo, y sin embargo, es necesario tener guías, normas, procedimientos que conduzcan nuestro comportamiento.

Aquí es cuando se hace necesario y cobra significado el contexto y las relaciones que se establece con los otros; en el caso de la terapia, esta manera de pensar me lleva a estar consciente del papel social que ocupó dentro de la sociedad, lo cual me hace responsable de mis acciones pero al mismo tiempo me hace tener un sentido crítico y reflexivo sobre ellas; por lo tanto, tomando palabras de Gianfranco Cecchin, la irreverencia ante mis formas de pensar cotidianas es lo que me permitirá la sobrevivencia en un mundo violento, lo que implica que ser ético en mi trabajo dependerá de un trabajo de reflexión continuo en el que las preguntas a mi self como terapeuta me guíen en mi quehacer profesional como: ¿a quién es útil que yo no actué? ¿si actué a quién apoyo, a quién ayudo? ¿qué significa y qué implica para esta familia, persona o pareja que su problema se solucione? ¿Qué significa e implica para mí que esta familia, persona o pareja solucione su problema? ¿a quién incluir o excluir del proceso terapéutico? ¿para la familia, persona o pareja, quién sería más importante que estuviera presente? ¿Qué implicaciones y significados tendría para ellos? ¿Qué implica y significa para mí?

Teniendo en cuenta esta complejidad, no es de sorprenderse que problemáticas como la violencia, drogadicción, delincuencia, bandalismo, depresión, suicidio adquieran nuevos significados y ocupen las primeras planas del interés social.

Es así como el tema abordado en relación al proceso de construcción del vínculo en la pareja, hace notar cómo en el espacio conyugal y familiar se conecta la gran complejidad del contexto social en las relaciones de pareja, en donde las personas, hombres y mujeres, se encuentran en dilemas existenciales en la búsqueda de una identidad sin vínculos, en una sociedad modernista que promueve el individualismo como signo de autorrealización, pero que al mismo tiempo genera sufrimientos, enojos, confusiones, en quienes pretenden alcanzarla y en las personas significativas en sus vidas. Cuando pensé abordar este tema, mi objetivo no fue descubrir el hilo negro de lo que sucedía en las relaciones de pareja, sino aportar desde una óptica de inclusión y de complejidad lo que otros autores ya habían mencionado con respecto al sentido de individualidad y pertenencia, dar importancia y poner de relieve que un proceso individual no puede ignorar un proceso colectivo y viceversa, pero además cómo el contexto social influye en la manera en que las personas van construyendo sus procesos de individuación y vinculación y cómo es que pueden conducir a problemas como la violencia, drogadicción, suicidio, entre otros.

Finalmente, puedo decir que mi formación en la Maestría y mi práctica profesional en la misma desde la Terapia Sistémica, me permite atender en este momento histórico social a la complejidad cultural, racial, social, económica, familiar, individual, religiosa, ética, que estamos viviendo; a generar recursos que me permitan abrir el campo de visión, no sólo para explicar los fenómenos humanos sino también para intervenir en ellos. Por lo que esta conciencia constructora que he formado, también me lleva a estar reflexionando constantemente sobre mi lugar en el mundo, además de estar generando nuevos lentes que me permitan ubicarme dentro de él como persona y profesional.

REFERENCIAS

- Andersen, T. (1994) El contexto y la historia del equipo reflexivo. En: Andersen (comp.) El Equipo Reflexivo: Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos. (25-35). España: Gedisa
- Andersen, T. (1994) Conceptos básicos y construcciones prácticas. En: Andersen (comp.) El Equipo Reflexivo: Diálogos y Diálogos sobre los Diálogos. (37-60). España: Gedisa
- Andersen, T. (1996) Reflexiones sobre la reflexión con familias. En: McNamee, S. y Gergen, K. (comps.) La terapia como construcción social (77-91). España: Paidós.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996) El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En: McNamee, S. y Gergen, K. (comps.) La terapia como construcción social (45-59). España: Paidós.
- Anderson, H. (1999) *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M., Angelo, C., Menghi, P. & Nicolò-Corigliano, A. (1982) *Detrás de la máscara familiar. La familia rígida. Un modelo de psicoterapia relacional*. Argentina, Amorrortu.
- Ariza, M. y de Oliveira (2001) Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. *Papeles de Población*, 28, 1-39
- Arnold, M y Osorio, F. (1998) *Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de Sistemas*. Recuperado el 20 de Julio de 2006, de <http://www.moebio.uchile.cl/03/frprinci.htm>
- Ashby, R. (1977) *Introducción a la Cibernética*, Argentina: Nueva Visión.
- Barnett, P. W. (1995) Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: El pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad. En: Fried, S. D. (comp.) Nuevos paradigmas cultura y subjetividad (pp.265-283). Argentina: Paidós.
- Bateson, G. (1997) *Espíritu y naturaleza*. (primera reimpresión) Argentina: Amarrortu editores.
- Bertalanffy, L. (1986) *Teoría General de Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Biever, J, Bobele, M., Gardner, G. & Franklin, C. (2005) Perspectivas posmodernas en terapia familiar. En: Limón, G. (comp.) Terapias posmodernas. Aportaciones construccionistas. (pp. 1-28) México: Pax México.
- Boletín UNAM (2004) *Suicidio, cuarta causa de muerte en los adolescentes*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2006, de <http://bine.org.mx/?q=node/882>
- Borges, G. y Castro, V. (2006) *Análisis situacional de la demanda de drogas ilícitas en México*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2006, de <http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/101997.htm>
- Bowen, M. (1998) *De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar*. (primera reimpresión). España: Paidós.
- Burín, M (2006) Estudios de género. Reseña histórica. En: Burin, M. y Meler, I. (comps.) Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. (pp. 19-31) Argentina: Paidós.
- Burín, M (2006) *Género y subjetividad masculina*. [Conferencia presentada en: Facultad de Psicología, UNAM] México, D.F. Junio.
- Burín, M (2006) Las terapias familiares con orientación en género. En: Burin, M. y Meler, I. (comps.) Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. (pp. 331-347) Argentina: Paidós.
- Caillé, P. (1992) *Uno más uno son tres: la pareja revelada a sí misma*. España: Paidós.

- CCH AZCAPOTZALCO (2006) *Misión, visión y estructura organizativa*. Recuperado el 20 de Julio de 2006, de www.cch.unam.mx
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998) *La construcción del universo*. España: Herder.
- Cecchin, G. (1987) Hypothesizing, circularity, and neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process* 26 (4), 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (2002) *Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas*. España: Paidós.
- CONAPO (2001) *Programa nacional de población 2001-2006*. Recuperado el 8 de Mayo de 2006, de www.conapo.gob.mx/pnp/pnp.html
- CONAPO (2002) *Proyecciones de la población de México 2000-2050*. Recuperado el 2 de Mayo de 2006, de www.conapo.gob.mx
- Cuadros, J. H. (2003). Parental perceptions of mental retardation as a disability: A case study of Cali, Colombia (En red). Dissertatation Abstracts International Section A: Humanities & Social Sciences. Vol 63(10-A). Resumen de: DIALOG Archivo: PsycINFO Identificador: 2003-95007-055
- de la Paz, M. y Salles, V. (2006) *Los vaivenes de la conyugalidad: una interpretación desde la cultura*. Recuperado el 8 de Mayo de 2006, de www.conapo.gob.mx/publicaciones/otras4.htm#intro
- Dell'Ordine, J. (2006) *Cuestiones de Ética contemporánea*. Recuperado el 8 de Agosto de 2006 de <http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-dell01.htm>
- Desatnik, O., Franklin, A. y Rubli, D. (2002) Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. Supervisores y supervisados: una experiencia institucional. *Psicoterapia y Familia* 15(1) 47-56.
- De Shazer, S. (1989) *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*. España: Paidós
- Eguiluz, L. (2001) *La teoría sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. México: UAT, UNAM
- Elkaïm, M. (2000) *Si me amas, no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico*. España: Gedisa.
- Encarta (2006) *Introducción e historia de la Ética*. Recuperado el 9 de Agosto de 2006 de http://es.encarta.msn.com/encyclopedia_761555614_5/Ética.html
- Erikson, E. (1985) *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé.
- Espinosa, M. (1992) *Ciclo vital en la familia mexicana: características culturales y estructura familiar*. Tesis de Maestría en Orientación y Terapia Familiar. Universidad de las Americas.
- Espinosa, M. (2004) Los factores de género en la enfermedad crónica y la discapacidad. *Alternativas psicológicas*, 10, 83-92.
- Falicov, C. J. (1991) Contribuciones de la sociología de la familia y de la terapia familiar al "esquema del desarrollo familiar"; análisis comparativo y reflexiones sobre las tendencias futuras. En: Falicov, C. J. (comp.) *Transiciones de la familia: Continuidad y cambio en el ciclo de vida*. (pp.32-88) Argentina: Amorrortu.
- FESI (2003) *Plan institucional para la FES Iztacala 2003-2006*. Recuperado el 20 de Julio de 2006, de www.iztacala.unam.mx
- Figueroa, H. (2006) *Ética, psicología y posmodernismo*. Recuperado el 9 de Agosto de 2006 de <http://www.angelfire.com/tx5/eticapomo/>

- Fisch, R., Weakland, J. y Segal, L. (2003) *La táctica del cambio, como abreviar la terapia*. (cuarta edición). Barcelona: Herder.
- Gaceta Iztacala (2005) *La Investigación Multidisciplinaria, fortaleza de la FES Iztacala*, 253, p. 4. Recuperado el 20 de Julio de 2006, de <http://gaceta.iztacala.unam.mx>
- García, M. y Suárez, M. (2006) *La dimensión asistencial de la Ética en la terapia familiar*. Recuperado el 8 de Agosto de 2006 de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/mgvaldes/etica.shtml>
- Gergen, K. (1996) La construcción social: emergencia y Potencial. En: Pakman, M. (comp.) Construcciones de la experiencia humana Vol. I (pp. 139-183). España: Gedisa.
- Gergen, K. (2004) *La terapia como una construcción social. Dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Recuperado el 3 de Enero de 2005, de <http://www.Swarthmore.edu/SocSci/kgergen1/web/page.phtml?id=manu18&st=manuscripts&hf=1>
- Glaserfeld, E. (1995) La construcción del conocimiento. En: Fried, S. (comp.) Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. (pp.115-128) Argentina: Paidós.
- Goodrich, J. (1989) *Terapia familiar feminista*. Argentina: Paidós.
- González, M. (1999) Hogares de jefatura femenina en México: Patrones y formas de vida. En: González, M. (coord.) Divergencias del modelo tradicional hogares de jefatura femenina en América Latina. (pp. 125-151). México: CIESAS, SEP-Conacyt.
- González, R. (2001) *Las mujeres más propensas al suicidio que los hombres: INEGI*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2006, de <http://www.cimac.org.mx/noticias/01ago/01080906.html>
- Gutiérrez, X. T. y Godínez, E. (2002) *Construyendo una nueva historia de vida: Los significados en la relación madre e hijo adolescente que pertenecen a una familia uniparental*. Tesis de Lic. en Psicología. FES Zaragoza, UNAM.
- Haley, J. (1989) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1993) *Terapia para resolver problemas, nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1994) *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ibarra, A. (2003) *Género y dinámica familiar*. Recuperado el 8 de Mayo de 2006, de <http://sistemadif.jalisco.gob.mx/sgpdm/cif/IV%20congreso%20de%20familia%202003/Mt.htm>
- INEGI (2006) *Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática*. Recuperado el 8 de Mayo de 2006, de www.inegi.gob.mx
- Ingalls, R. (1982) El deficiente mental. México, Manual Moderno.
- ISSSTE (2006) *Subdirección General Médica*. Recuperado el 20 de Julio de 2006, de www.issste.gob.mx/medica/
- ISSSTE (2006) *Organigrama del ISSSTE*. Recuperado el 20 de Julio de 2006, de www.issste.gob.mx/organigrama/
- Jutoran, S. (2004) *El proceso de las ideas Sistémico-cibernéticas*. Recuperado el 3 de Enero de 2005, de <http://www.click.vi.it/sistemieculture/Jutoran.html>
- Keeney, B. y Jeffrey, R. (1985) *Construcción de las terapias familiares sistémicas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Keeney, B. (1987) *Estética del cambio*. Argentina: Paidós.

- Kuhn, T. (1986) *La estructura de las revoluciones científicas*. (séptima reimposición). México: Fondo de Cultura Económica.
- Lafarga, J. (2003) El psicólogo que México necesita. *Alternativas en Psicología*, 8, 2-8.
- Lamas, M. (2003) *El género. La construcción cultural de la diferencia sexual*. México: PUEG, UNAM.
- Lederer, W. y Jackson, D. (1990) *The mirages of marriage. A profoundly original look at the marital relationship with no-nonsense procedures to help solve its problems*. U.S.A.: Norton.
- Madanes, C. (1989) *Terapia familiar estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Medina-Mora, M., Villatoro, J., Cravioto, P., Fleiz, P., Galván, F. Rojas, E., Castrejón, J. y Kuri, P. (2003) *Uso y abuso de alcohol en México: Resultados de la encuesta nacional de adicciones 2002*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2006, de http://www.conadic.gob.mx/investigacion/observatorio_2003/obs2003_II.pdf
- Meler, I. (2006) Amor y convivencia entre los géneros a fines del siglo XX. En: Burin, M. y Meler, I. (comps.) Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad. (pp. 129-163) Argentina: Paidós.
- Mella, O. (1998) *Naturaleza y orientaciones teórico-metodológicas de la investigación cualitativa*. Santiago: CIDE.
- Minuchin, S. (1994) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. (1995) *Familias y terapia familiar*. (quinta edición). Barcelona, España: Gedisa.
- Mora, J. (1992) Análisis de la cohesión y adaptación familiar según la fase II aplicado a adolescentes. Tesis de Lic. en Psicología. ENEP Iztacala, UNAM.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990) *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. España: Paidós.
- Papp, P. (1994) *El Proceso de cambio*. (segunda reimposición). España: Paidós.
- Papp, P. (1996) Parejas. Cuestionario para terapeutas matrimoniales. En: Walters, M. et-al (comps.) La red invisible. Pautas vinculadas al género en las relaciones familiares. (pp. 224-279) España: Paidós.
- Programa de Residencia en terapia Familiar Sistémica (2001) *Coordinación del programa de maestría y doctorado en psicología*. Recuperado el 6 de Febrero de 2006, de <http://psicol.unam.mx/posgrado1/index.htm>
- Rage, E. (1996) *La pareja. Elección, problemática y desarrollo*. México: Plaza y Valdés, UIA.
- Rage, E. (1997) *Ciclo vital de la pareja y la familia*. México: Plaza y Valdés, UIA.
- Ríos, J. (2005) *Los ciclos vitales de la familia y la pareja*. Madrid: Editorial CCS.
- Rodríguez, M. y Beyebach, M. (1994) Terapia sistémica breve: trabajando con los recursos de las personas. En: Garrido, M. y García, J. (comps.) Psicoterapia: Modelos contemporáneos y Aplicaciones (241-29)
- Rolland, J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica*. España: Gedisa.
- Walters, M. (1991) Hogares de progenitor único encabezados por mujeres. En: Walters, M. (comp.) *La red Invisible*. (pp. 318-340). México: Paidós.
- Sánchez, D. (1996) *Recorrido histórico de la terapia familiar*. Tesis de Maestría en Orientación y Terapia Familiar. Universidad de las Americas.
- Sanz, R. (2005) *La Ética y los saberes de recursividad en la formación de psicólogos/as*. Recuperado el 9 de Agosto de <http://www.unsl.edu.ar/~fundamen/pdf/revista-11.pdf>

- Selicoff, H. (2004) En busca de una buena supervisión: algunas reflexiones. En: Licea, Paquetin y Selicoff (comps.) Voces y más voces II. Reflexiones sobre la supervisión. (pp. 123-143). México: Alinde.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1980) Hypothesing-circularity-neutrality: three guidelines for the conductor of the session. Family Process 19 (1), 3-12.
- Selvini, M. (1990a) *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli.* España: Paidós.
- Selvini, M. (1990b) *Los juegos psicóticos de la familia.* España: Paidós.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G. y Prata, G. (1994) *Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrenica.* México: Paidós.
- Simon, B., Stierlin, H. y Wynne, L. (1993) *Vocabulario de terapia familiar.* España: Gedisa.
- SNDIF (2005a) *Encuesta nacional de dinámica familiar. Diagnóstico de la familia mexicana.* Recuperado el 15 de Mayo de 2006, de www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67
- SNDIF (2005b) *Numeralia de la familia en México. Diagnóstico de la familia mexicana.* Recuperado el 15 de Mayo de 2006, de www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67
- SNDIF (2005c) *Prediagnóstico sobre la dinámica familiar. Diagnóstico de la familia mexicana I.* Recuperado el 15 de Mayo de 2006, de www.dif.gob.mx/cenddif/default.asp?id=67&mnu=67
- Stierlin, H. (1997) *El individuo en el sistema. Psicoterapia en una sociedad cambiante.* España: Herder.
- Tomm, K. (1987) Interventive interviewing: part I. Strategizing as a fourth guideline for the therapist. Family Process 26 (1), 3-13.
- Tomm, K. (1988) Interventive interviewing: part III. Intending to ask lineal, circular, strategic or reflexive questions. Family Process 27 (1), 1-15.
- Troya, E. y Aurón, F. (1988) La diferenciación de los constructos del terapeuta en la supervisión. México, II Congreso Nacional de Terapia Familiar
- Troya, E. (2000) *De que esta hecho el amor.* México: Lumen.
- Trujado, P. y Limón, G. (2005) Reflexiones sobre la violencia, el género y la posibilidad de escuchar nuevas voces en psicoterapia. En: Limón, G. (comp.) Terapias posmodernas. Aportaciones constructoras. (pp. 69-85) México: Pax México.
- Trullá, C. (2004) *La Terapia Familiar Sistémica. En sintonía con el mundo.* Recuperado el 3 de Enero de 2005, de http://www.red-farmamedica.com/spcv/revista/colaboraciones/col_36.htm
- Valdez, J. (2000) *Las redes semánticas naturales usos y aplicaciones en psicología social.* Edo. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Vargas, P. (2004) Antecedentes de la terapia sistémica. Una aproximación a su tradición de investigación científica. En Éguiluz, L. (comp.) Terapia Familiar. Su uso hoy en día. (pp. 1-27). México: Pax
- Vázquez, R. y Angulo, F. (2003). *Introducción al estudio de casos; los primeros contactos con la investigación etnográfica.* Granada: ediciones Aljibe.
- Vergara, T. (1998) *Percepción de la estructura familiar (según la fase II) de adolescentes con y sin padres separados o divorciados.* Tesis de Lic. en Psicología. Facultad de Psicología, UNAM.

- Watzlawick, P., Beavin, J. & Jackson, D. (1993) *Teoría de la comunicación humana*. (Novena Edición). Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1995) *Cambio, formación y solución de los problemas humanos* Barcelona: Herder.
- White, M. y Epston, D. (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- White, M. (1994) *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Paídos.
- White, M. (2002) *Reescribir la vida*. España: Gedisa.
- Willi, J. (1993) *La pareja humana: relación y conflicto*. (tercera edición). Madrid: Morata.
- Wikipedia (2006) *Introducción e historia de la Ética*. Recuperado el 8 de Agosto de 2006 de <http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%89tica>
- Wynne, L. (1991) Un modelo epigenético de procesos familiares. En: Falicov, C. (comp.) Transiciones de la familia. Continuidad y cambio en el ciclo de vida. (pp. 131-165) Argentina: Amorrortu