



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA

TERAPIA FAMILIAR Y DIVERSIDAD EN LAS FAMILIAS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

LILIANA MORENO LUCERO

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. LUZ MARÍA ROCHA JIMÉNEZ

REVISORA: DRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY

COMITÉ TUTORIAL: MTRA. LUZ DE LOURDES EGUILUZ ROMO
MTRA. CAROLINA DÍAZ WALLS ROBLEDO
DRA. MARÍA ELENA RIVERA HEREDIA

MÉXICO, D.F.

OCTUBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Vivir la experiencia de formarme como terapeuta y a la par vivir momentos decisivos en la vida, no fue cosa fácil, más allá de lo académico este documento significa la culminación de muchos cambios en mi vida.

Esperando no olvidar a nadie y que estas líneas alcancen a mostrar el profundo agradecimiento que tengo por todas y todos ustedes, ahí voy de nueva cuenta....

Mi querida **Vane**, luz de mi vida y motor que me impulsa, gracias por enseñarme a ser madre, a estudiar y educarte, te dedico este trabajo porque los momentos que vivimos juntas durante este par de años, estuvieron llenos de grandes lecciones que nos han hecho más fuertes y más unidas.

A **Jorge**, querido padre por tus consejos, por todos los viajes matutinos y los desayunos camino a la universidad, por tu apoyo y por impulsarme a escribir, esperando que este sea solo el inicio de los muchos escritos en los que podrás leerme.

A **Josefina**, excelente madre y abuela, porque sin ti y tus cuidados, esto no hubiera sido posible, por enseñarme la perseverancia y la estructura, y por ser mi revisora número uno.

A mi querido hermano **Edgar**, por salvar mis documentos, compartir desveladas y ayudarme con la bendita computadora que se ponía "loca" cuando más prisa tenía de entregar mis trabajos.

Y por último, pero no por menor importancia, a **Javier**, compañero, amigo y amante, porque a mitad de este proceso, apareciste sin pensar que fuera para quedarte. Porque el apoyo recibido para terminar este documento es invaluable y porque compartir contigo este logro significa mucho, pues es solo una pequeña parte de lo que espero continuemos construyendo juntos, mientras esta relación que inicia... nos dure.

Gracias también....

A **Gloria** por acompañarme en este proceso de aprendizaje de mi misma y por ser mi sostén en los momentos más críticos.

A mi querida amiga y colega **Linda**, por las largas charlas, la contención y los cigarrillos que nos unieron día a día durante los momentos más estresantes y cansados que implicó estudiar una maestría de alto rendimiento y por estar dispuesta a escucharme siempre.

A **Marina** por su apoyo en todo, por poner orden, por su solidaridad, por preguntar cómo me sentía y porque aun a la distancia y después de la maestría sigues presente.

A **todas y todos mis compañeros de la residencia**, por los buenos y los malos momentos, los recuerdo con mucho cariño y con frecuencia recuerdo lo que aprendí a su lado durante este par de años, que sin duda aportaron mucho crecimiento a mi persona.

A **Carolina** y a **María Elena**, queridas mentoras, porque creyeron en mí desde que era aspirante al programa y a **Luz María** y **Jacqueline** por todo el apoyo recibido.

A la **Sra. Margaret**, Presidenta de la Asociación Mexicana de la Enfermedad de Huntington por acercarme de una forma más humana a los pacientes y familiares que viven con la EH. Y a todas y todos mis queridos alumnos con la EH (los que están y los que ya se han ido) por permitirme entrar en sus vidas.

A la **Lic. Malú Micher**, Directora del Inmujeres DF y a mis compañeras feministas: **Ana María, Angie, Nancy, Mary, Eva, Cristi Raq y Lili** y a **Norma Banda** de APIS por formarme en “experiencia” en el estudio de la perspectiva de género y por contagiarme de su entrega y pasión en el trabajo con y para mujeres, lo que me ayudo en últimas fechas a incluir una mirada distinta a este documento.

Finalmente a todas las familias y personas con las que compartí procesos terapéuticos.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	1
II. JUSTIFICACIÓN	4
2.1 Características y análisis del campo psicosocial: problemáticas en la que incide el trabajo en Terapia Familiar	4
2.1.1 Principales problemas que presentan las familias en la época actual	9
2.1.2 Parejas: uniones y desuniones	10
2.1.3 Género y violencia	12
2.2 Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa de tratamiento	16
2.3 Residencia en Terapia Familiar: escenarios donde se realizó el trabajo clínico	19
2.3.1 Experiencia del trabajo clínico realizado en los distintos escenarios	25
III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR	28
3.1 Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo	28
3.1.1 Epistemología sistémica	28
3.1.2 Teoría General de los Sistemas	29
3.1.3 Cibernética	34
3.1.4 Teoría de la Comunicación Humana	35
3.1.5 Teoría del Doble Vínculo	36
3.1.6 Teoría de los Tipos Lógicos	39
3.2 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar, Sistémica y Posmoderna	40
3.2.1 Historia de la terapia familiar en el mundo y en México	40
3.2.2 Aportaciones en Terapia Familiar	43
3.3 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna	50
3.3.1 Modelo Estructural	50
3.3.2 Modelo Estratégico	58

3.3.3 Modelo de Terapias Breves	64
3.3.4 Modelo Orientado a Soluciones	69
3.3.5 Modelo de Milán	77
3.3.6 Escuela de Roma	83
3.3.7 Modelos derivados del Posmodernismo	85
IV. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES .	95
4.1 Habilidades clínicas terapéuticas	95
4.1.1 Reporte de Caso 1, “Familia MF”	95
4.1.2 Reporte de Caso 2, “Leticia”	107
4.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica	128
4.3 Análisis teórico de los casos presentados	129
4.3.1 Pareja, intimidad, sexualidad y poder	129
4.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.	137
4.5 Habilidades de Investigación	140
4.5.1 Metodología Cuantitativa: Escala de Atmósfera Emocional	140
4.5.2 Metodología Cualitativa: Enfermedad de Huntington y reproducción: una perspectiva familiar	149
4.6 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: Atención y prevención comunitaria.	166
4.6.1 Productos tecnológicos: Las cartas de las familias	166
4.6.2 Productos tecnológicos: Presentación dinámica en Power Point: Postura del Paciente y Planificación del Caso	168
4.6.3 Intervención Comunitaria: “Taller: Los hijos no se divorcian”	169
4.6.4 Asistencia a foros académicos	173
4.7 Habilidades de compromiso y ética profesional	178
V. CONSIDERACIONES FINALES	181
VI. REFERENCIAS	185
ANEXOS	195

RESUMEN

El presente documento es un reporte de experiencia profesional desarrollado en el Programa de Maestría en Psicología. En él se describe a las familias y las principales problemáticas en las que inciden el trabajo en terapia familiar, resaltando la diversidad que hay entre ellas y las alternativas de abordaje de las que se dispone. El término "diversidad familiar", es el eje rector del trabajo en donde se busca el respeto y la tolerancia a los distintos modelos de familia que conocemos hoy en día.

Se realizó un reporte de las habilidades clínicas terapéuticas, de investigación y de enseñanza, adquiridas durante la Residencia en Terapia Familiar, 5ta generación (2005-2007), en el que se aborda la situación actual de las mujeres y la diversidad de las familias, se presenta el análisis del campo psicosocial en que incide la terapia familiar desde la perspectiva de género, el caso de una familia nuclear con problemas de pareja que repercuten en la conducta del hijo, se presenta el caso de una mujer con dificultades para embarazarse y para establecer la intimidad sexual con su pareja, un instrumento de medición interesado en estudiar la permisividad de las emociones dentro de la familia y como esta tiene efectos en la salud de los jóvenes, una investigación social de familias con la Enfermedad de Huntington, un taller para madres y padres divorciados y un material didáctico que aborda la diversidad familiar de utilidad para la intervención terapéutica y comunitaria.

ABSTRACT

This document is a report of the experience developed in the Masters Program in Psychology. It describes the families and the main problems that affect in family therapy work, highlighting the diversity that exists between them and the alternative approach available. The term "family diversity" is the cornerstone to the search where respect and tolerance for different family types we know today.

Report was performed therapeutic clinical skills, research and education, acquired during the Residency in Family Therapy, 5th generation (2005-2007), which addresses the current situation of women and the diversity of families, presents an analysis of the psychosocial area that affect family therapy from a gender perspective, the case of a nuclear family relationship problems that affect the child's behavior, presents the case of a woman struggling to become pregnant and establishing sexual intimacy with her partner, a measuring instrument interested in studying the permissiveness of emotions within the family and how this has an impact on youth health, the social research of families with Huntington's Disease, a workshop for mothers and divorced parents and educational material that addresses family diversity, useful for therapeutic and community intervention.

I. INTRODUCCIÓN

Aun siendo profesionales de la salud y sin olvidar nuestra calidad de seres humanos, crecemos y vivimos con una idea de “familia” que quizá no tiene mucho que ver con la situación actual. El estudio de las familias nos lleva a conocer y enfrentar nuevos puntos de vista e incluso cuestionarnos el papel de las familias en general y en ocasiones nuestra propia experiencia de vida familiar.

En el intento de buscar un eje rector que guiara el marco teórico, la metodología y las reflexiones de este reporte de experiencia profesional, me percate de la dificultad de ubicar la diversidad de familias estudiadas en un tema específico ya que no es posible hablar solo de “la” familia mexicana, sino de “las” familias mexicanas, las cuales no podemos generalizar ya que muestran una amplia diversidad. Lo importante de “las familias” es ubicarlas como un grupo natural que facilita el desarrollo, crecimiento y potencialidad de sus miembros, a través de la protección psicosocial, apoyo y guía de los mismos, por medio de los cuidados básicos, la formación de la personalidad, la identidad, la pertenencia y los afectos, independientemente de la forma en que se conforman.

El término “diversidad familiar”, responde a un concepto que se está desarrollando en últimas fechas con tintes de activismo y participación social, en donde se busca el respeto y la tolerancia a los distintos modelos de familia que conocemos hoy en día, donde se reconoce en un discurso más bien político que no hay una sola forma de familia, pues las transformaciones culturales, demográficas y económicas han favorecido la creación de otras formas distintas a la familia nuclear, como lo son las familias uniparentales, en su mayoría con jefatura femenina, las familias reconstruidas después de las separaciones y divorcios, las familias de homosexuales y las familias extensas.

La situación económica crítica del país, la mejor formación escolar de las mujeres y el movimiento feminista ha traído como consecuencia que las funciones de los miembros de la familia estén cambiando, más mujeres siguen ingresando al campo laboral remunerado, en ocasiones los hijos y las hijas ha hecho lo mismo o al menos han tenido que jugar roles parentales y los varones han empezado a colaborar con mayor frecuencia en las labores domésticas. Estos efectos han colocado a la mujer en un lugar de más valor y mayor reconocimiento a sus capacidades. Sin embargo, no podemos generalizar, sólo podemos decir que el movimiento es importante y que no sucede de la misma manera en todos los sistemas familiares por la condición específica de cada uno de ellos.

La terapia familiar también pretende crear otras posibilidades para las situaciones actuales que enfrentan las familias, por lo tanto al entender de una manera holística que las familias tienen sus peculiaridades, enmarcadas por la propia cultura e historia, factores étnicos, mitos, creencias y pautas de comportamiento nos podremos dar cuenta de que estas particularidades y generalidades a la vez, tienen implicaciones en el trabajo terapéutico; no solo porque están arraigadas y presentes de distinta manera en cada familia sino porque además nosotros mismos (como terapeutas) nos enfrentamos a nuestros propios mitos y creencias; por lo tanto tenemos que encontrar la manera de identificar el significado, los beneficios y la función de estos mitos tanto para nosotros como para la familia, de tal manera que se favorezca el cambio y el mantenimiento de mejores estilos de vida.

El manejo de familias implica retos y responsabilidades, el estudio de las familias no nos da la clave perfecta o la solución exacta a los problemas que nos traen las familias al consultorio, si no que es solo un marco de referencia que nos va a permitir seguir cuestionando a las familias, y ser capaces de identificar sus recursos, límites y particularidades para poder trabajar de manera más eficiente a favor de ellas.

Me preguntaba entonces: ¿Cómo el terapeuta familiar puede trabajar sin función de los estereotipos y esquemas preconcebidos?, ¿Cómo poder utilizar la metodología sistémica y posmoderna a favor de las familias con estructuras distintas o nuevas que llegan a consultar?, ¿Cómo la diversidad en las familias está implicada en mi trabajo? ¿Nombrarla, reconocerla y tomarla en cuenta hace la diferencia?, en definitiva no podemos quedar solo en la investigación y estudio de la familia y sus modificaciones, sino debemos comenzar a desarrollar programas de prevención y modelos de tratamiento, a través del arte de hacer terapia con las familias, adecuándonos a las nuevas características que presentan.

Este es el propósito general del presente documento, describir a las familias y las principales problemáticas en las que inciden el trabajo en terapia familiar, resaltando la diversidad que hay entre ellas y las alternativas de abordaje de las que se dispone. Se realizó un reporte de las habilidades clínicas terapéuticas, de investigación y de enseñanza, adquiridas durante la Residencia en Terapia Familiar, 5ta generación (2005-2007), en el que se aborda la situación de las mujeres hoy en día y la diversidad de las familias, se presenta el análisis del campo psicosocial en que incide la terapia familiar desde la perspectiva de género, el caso de una familia nuclear con problemas de pareja que repercuten en la conducta del hijo, se presenta el caso de una mujer con dificultades para embarazarse y para

establecer la intimidad sexual con su pareja, un instrumento de medición interesado en estudiar la permisividad de las emociones dentro de la familia y como esta tiene efectos en la salud de los jóvenes, una investigación social de familias con la Enfermedad de Huntington, un taller para madres y padres divorciados y un material didáctico que aborda la diversidad familiar que puede ser útil para la intervención terapéutica y comunitaria. Como se puede observar los temas que se abordan son diversos, tanto como, diversas son las familias.

II. JUSTIFICACIÓN

2.1 Características y análisis del campo psicosocial: problemáticas en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

El campo de influencia y acción en el que se basa este documento son las familias, vistas como sistemas.

Se sabe que etimológicamente:

Familia es de origen latino y apareció en Italia derivado de “famulus”, que designaba al conjunto de esclavos y servidores que además de recibir dinero por su trabajo, vivían bajo el mismo techo, su habitación, vestido y trabajo dependían de un Señor (Morgan, 1980).

Si bien la etimología da una aproximación al significado original de la palabra, algunos autores dedicados a estudios sociales y clínicos de las familias han dado definiciones más complejas y desarrolladas como Leñero (1977), quien menciona que la **familia** es una unidad social en la que se da la institucionalización estabilizadora, al mismo tiempo que se manifiesta como un lugar de cambio y encuentro conflictual múltiple entre subculturas. Para Minuchin (1979), la **familia** es un grupo social natural, que determina las respuestas de sus miembros a través de estímulos desde el interior y desde el exterior, su organización y estructura tamizan y califican la experiencia de sus miembros. El grupo del MRI (Mental Research Institute) describe a la **familia** como un sistema de partes interrelacionadas que forman un sistema cibernético que se gobierna a sí mismo por medio de la retroalimentación (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Estas son algunas definiciones pero como mencionó Wynne (1988), es importante no dejarse limitar por las definiciones literales y/o jurídicas de la “familia”, describiendo a la familia no solo por las constelaciones que viven en el mismo lugar, sino por aquellos miembros que se encuentran funcionalmente “vinculadas” entre sí, dentro de las fronteras psicológicas del sistema familiar.

Las familias estamos inmersas en una estructura más amplia (contexto social) que se encuentra en constante cambio; y se comienzan a diversificar las estructuras y los tipos de familias; y aunque quizá algunas familias resistan o quieran ser inalterables ante los cambios, finalmente estos ejercen fuerza para modificar las

estructuras. La familia del año 2000 y años subsecuentes se diferencia mucho de la familia de principios de siglo, todos estos cambios realizan una fuerza o inercia de retroalimentación en todos y cada uno de los miembros del sistema familiar, por lo tanto la estructura familiar también lo es (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En la actualidad la sociedad y por ende la familia evolucionan continuamente, los cambios sociales, económicos y demográficos hacen que cada vez existan más tipos de familia que atienden las necesidades de la época actual.

Las familias constituyen hoy un valioso **objeto de estudio**, en especial para las ciencias sociales, en 1999 el INEGI, presentó una publicación única en la que describe detalladamente las características sociodemográficas de la familia, así como volumen, tamaño, composición, tipos y clases de familias, en esta publicación además se menciona las características de las familias, haciendo alusión a lo siguiente:

- Las familias reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales.
- Se observan las pautas de producción y reproducción
- Se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos.
- Se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros.

Lo anterior da un panorama general de las características de las familias, sin embargo existen varias herramientas que facilitan su estudio entre ellas la **tipología familiar**. Debido a la diversidad de los pueblos mexicanos algunos estudios sociológicos han determinado tipologías de las familias mexicanas, desde diferentes contextos históricos y culturales. Leñero (1977), considera que la formulación de una tipología familiar es el camino más indicado para tratar de entender la gran variedad de manifestaciones de la familia. El propone la siguiente tipología: de acuerdo a su clase social, de acuerdo a la composición y la autoridad familiar y de acuerdo al tamaño y etapa del ciclo vital.

La tipología de las familias se ha visto variada en los últimos años, en la sociedad en general, pero en la sociedad mexicana la tipología se enfrenta a los estereotipos (conceptos genéricos sobre la familia expresados en las pautas culturales), según Leñero (1977) la vida familiar está íntimamente ligada a múltiples estereotipos que la propia cultura crea (como el machismo; por ejemplo).

No es posible hablar genéricamente de familia sin ubicarla en el contexto particular en la que está inserta, es necesario ubicarla en la especificidad histórica y social en que se desarrolla y existe. Esta especificidad se verá plasmada en tipos de familia diversos, tanto como culturas, forma de organización y clases sociales que existen (Salles, 1997).

En México durante los años de 1970 a 2000, la **familia nuclear**, es el tipo de familia que predominaba, presentándose en porcentajes superiores al 50% de la población total, sin embargo las tendencias seguidas por la planificación social ya desde los años 50's, introdujeron modificaciones tanto en la dinámica poblacional como en los medios social, económico y jurídico junto a los cuales ocurrieron cambios en las unidades familiares, sobre todo destacando los relativos a la **situación de las mujeres**.

En Latinoamérica y el Caribe existe un gran número de **familias encabezadas por mujeres**. Esto puede ser una consecuencia de la condición cultural o laboral del hombre, la cual contempla a las familias encabezadas por la mujer como el resultado de la acción o decisión del esposo o compañero, sin embargo la formación de familias encabezadas por mujeres no se debe necesariamente a una iniciativa masculina, sino también a la iniciativa de las mujeres por sí mismas. Ante la resistencia o incapacidad de los hombres a aceptar un reparto más equitativo de las obligaciones y los derechos familiares, las mujeres hemos optado por **arreglos familiares distintos** al de la familia nuclear (Chant, 1988).

Actualmente de cada 100 hogares 77 son dirigidos por un hombre y 23 por una mujer, por cada hogar dirigido por una mujer hay 3 dirigidos por un hombre. En nuestro país la participación de las mujeres como **jefas de familia** en 1990 era de 2.8 millones, lo que ascendió a 5.7 millones para 2005. Entre los estados que muestran mayor porcentaje de jefatura femenina se encuentran el Distrito Federal (28.9%), Guerrero (26.3%), Morelos (26.1%), Veracruz (25.5%) y Colima (24.9%) según el INEGI e INMUJERES (2007).

El modelo de familia nuclear, de ama de casa y hombre proveedor es un modelo que se institucionaliza, a partir fundamentalmente de los años 50's, al menos en el terreno de las políticas públicas, aunque en el terreno del derecho a través de los códigos civiles este proceso comienza incluso desde 1830. Tanto el estado como el mercado de trabajo comienzan a funcionar con esa idea de familia nuclear y entonces todas las políticas sociales están basadas en la idea de que hay una mujer

que cuida, que tiene el cuidado de la familia, de la salud, de la alimentación, de los servicios del hogar y del padre proveedor que es el titular de todos los derechos y que mediante el matrimonio extiende esos derechos al resto de su familia (Incháustegui, 2008).

En el mercado de trabajo, la idea del hombre trabajador a tiempo completo sin ninguna carga familiar y la mujer dedicada al hogar que no produce en cuanto al trabajo remunerado, pero que sin embargo desempeña importantes aportaciones y trabajo no remunerado para la familia o que solamente se encuentra marginalmente trabajando medio tiempo da paso a una crisis social y para los 70's las familias comienzan a cambiar, la contracepción, y la libertad sexual sustentan un cambio fundamental de las mujeres. Para los 90's empieza el ingreso masivo de las mujeres al mercado de trabajo, llegando en algunos países a ser hasta el 70% de la población económicamente activa. Desencadenando así una “**crisis del cuidado**”, lo cual hace referencia no a una desintegración “familiar”, si no a un contexto más amplio que sería una desintegración social en general, los conflictos familiares finalmente se dan por: falta de trabajo, falta de dinero, falta de tiempo para distribuirse mejor las tareas, jornadas largas de trabajo mal remuneradas, falta de tiempo libre y espacios de recreación, entre otras (Incháustegui, 2008), hace mucho tiempo que las familias estamos en otras formas y evidentemente esto ha dado paso a las transformaciones que vivimos hoy en día.

Existen tantos arreglos familiares, como situaciones de vida, por cuestiones didácticas en el presente trabajo se agruparán en 5 tipos distintos, aclarando que puede haber variaciones en ellas. (Para esta temática se elaboró un producto tecnológico, que se puede consultar en el Capítulo IV de este documento, pág. 166)

1. **Familia nuclear:** es aquella que está conformada por lazos consanguíneos directos, es la familia tradicional: padre, madre, hija (s) y/o e hijo (s) que comprender dos generaciones.
2. **Familia extensa:** la constituyen aquellas que mantienen un parentesco y continúan conviviendo y distribuyendo responsabilidades, roles y funciones, pero se concentran en más de dos generaciones. También pueden ser llamadas familias biparentales (INEGI e INMUJERES 2007).
3. **Familia compuesta o reconstruida:** la podemos considerar como una unidad familiar que se constituye después de que se ha constituido otra, generalmente es una pareja que se une después de haber tenido experiencia de pareja con otra persona. Es frecuente que un miembro de la pareja o ambos tengan hijos y estos se unan al grupo formando una sola unidad. Las

familias compuestas también pueden ser aquellas que teniendo parentesco no se consideran como nucleares, sino que también se forman a partir de una disolución de vínculos. Por ejemplo una abuela y un abuelo que se encargan de su nieto como si fuera su propio hijo, ya que el padre de éste emigró a otro país y no tiene posibilidades de volver.

4. **Familia uniparental**, corresponde a la unidad familiar que tiene una estructura monoparental centrada en la figura materna o paterna, es decir falta el padre o la madre. La familia uniparental con jefatura femenina es más frecuente que la familia uniparental con jefatura masculina.
5. **Sociedades en convivencia** es una unidad familiar en donde una pareja ya sea heterosexual u homosexual mayores de edad, deciden compartir la vida y cuentan con capacidad jurídica plena y establecen un hogar común. En ocasiones puede haber hijos de alguno de ellos. La Ley de Sociedad en Convivencia, fue aprobada el 9 de noviembre de 2006, por la Asamblea Legislativa del DF (Ley de Sociedad de Convivencia para el Distrito Federal 2006).

La tipología puede ser variada y de acuerdo a cada autor, lo importante de conocerla es aprender a no etiquetar a las personas y a las familias y trabajar partiendo de que estamos tratando con seres humanos que tienen capacidades y recursos distintos para utilizar a favor del cambio, sin olvidar también que la formación de las familias obedece a transformaciones históricas, a construcciones sociales, donde hay cambios estructurales y económicos. Los procesos económicos avanzan, pero los procesos culturales se retrasan, los cambios también obedecen a cómo nos sentimos las mujeres y los hombres, las niñas, los niños y los jóvenes, los heterosexuales, los bisexuales, las lesbianas, los transgénero, etcétera, como es que cada uno de nosotros vivimos y nos sentimos dentro de nuestras familias (Rodríguez, 2008).

Sin duda una gran tarea para responder desde nuestro quehacer profesional a estos cambios económicos, al empobrecimiento (que sigue siendo la variable estructural que no nos permite ni ser libres, ni ser iguales), a todos estos cambios familiares y sociales.

2.1.1 Principales problemas que presentan las familias en la época actual

En los países industrializados y los que se encuentran en desarrollo como México se han producido cambios importantes en los últimos años que han llevado consigo transformaciones estructurales en el conjunto de la sociedad y por consiguiente en las familias.

Las **funciones de la familia** han ido cambiando de acuerdo a las siguientes circunstancias (INEGI, 1999, INEGI e INMUJERES, 2007):

- La evolución demográfica.
- Las transformaciones en los procesos de reproducción y organización de la sociedad.
- El descenso artificial de la fecundidad y su impacto en el proceso de formación familiar.
- El retraso en la edad a la primera unión. (En México, a nivel nacional la edad media en hombres: 25 años, en mujeres: 23, en el caso del DF mujeres: 26 y hombres 28).
- El desarrollo del sector de los servicios.
- El avance tecnológico.
- La urbanización y la modificación de las relaciones en las esferas de lo público y lo privado.
- La institucionalización de una serie de actividades que se desempeñan al interior de las familias.
- Incremento de la disoluciones conyugales (divorcios y separaciones).
- Problemas económicos y la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral.
- El incremento de las oportunidades educativas para mujeres y hombres.

En México como en muchos otros países las familias han tenido que protagonizar nuevos roles económicos y sociales frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, las condiciones vulnerables, las fuentes de tensión y los cambios en las estructuras familiares van en aumento (INEGI, 1999), con motivo de estos cambios existe un gran número de problemas de los que son protagonistas, niños, niñas, hombres y mujeres de todas clases sociales y creencias. Los elementos demográficos están relacionados con factores económicos y sociales que abarcan aspectos importantes en el proceso de desarrollo del país como la urbanización, educación, vivienda, ingreso, estructura familiar, trabajo, etc (INEGI, 2000). Los cambios que se dan

constantemente en la vida social y política han afectado y afectan de forma permanente a la familia, generando así, una gran diversidad de estilos y modos de convivencia familiar (Irigoyen, 2004).

2.1.2 Parejas: uniones y desuniones

Una gran proporción de los trabajos realizados por las diferentes disciplinas sociales, no abordan la problemática de la relación de pareja como un aspecto relevante en el establecimiento, consolidación y evolución de las familias (Jiménez, 1996). Según el INEGI (2000), uno de los datos de mayor importancia para el estudio de las familias son los relacionados al matrimonio. La importancia del **matrimonio** radica únicamente en la vinculación legal de dos individuos de diferente sexo para formar una pareja, con lo cual se forma una familia considerada como la célula u origen de la sociedad, con ello se garantiza, entre otras cosas el reemplazo generacional. La nupcialidad y la natalidad desde el punto de vista estadístico, son un binomio inseparable para el estudio de la dinámica de la población, en México estos han tenido gran importancia para el crecimiento poblacional y para la orientación de las políticas gubernamentales durante el presente siglo (INEGI, 2000).

Afortunadamente existen también características culturales y sociales en transformación, donde la **unión libre** es un tipo de relación socialmente aceptada y aunque esta condición provoca un sesgo en las encuestas relacionadas al matrimonio y las familias, se siguen formando nuevas familias y nuevas relaciones. El matrimonio es alcanzar un compromiso entre dos personas, a lo largo de la historia moderna desde el punto de vista legal y moral, este compromiso se acepta y se aplica solo a dos personas del mismo sexo, sin embargo en la actualidad las **relaciones entre personas del mismo sexo** están siendo aceptadas. La legislación aprobada en abril del 2000, en los Estados Unidos en el Congreso de Vermont, constituyó un paso adelante en esta situación, el estado aprobó leyes que reconocieron como legítimas las uniones entre gays y lesbianas, y les concede las mismas ventajas que a las parejas heterosexuales (Chedekel y O'Connell, 2002). En México, particularmente en el Distrito Federal, se aprobó la Ley de Sociedad en Convivencia (2006) que si bien muchas parejas homosexuales han optado por ella, en realidad consiste en una figura jurídica que está en la ley y que da reconocimiento legal a la convivencia de parejas sin discriminación de su forma de vida, que pueden ser personas de diferente o del mismo sexo y ante la ley representa una opción distinta al matrimonio civil y al concubinato. Esta opción no

se acepta legalmente si uno de los miembros de la pareja está casado.

En cuanto al divorcio los cambios sociales son siempre más rápidos que los legislativos. De acuerdo con las estadísticas del United States Census Bureau, a finales del siglo pasado había un **divorcio** por cada 1234 matrimonios. En la actualidad es un divorcio por cada dos matrimonios, el 80% de los divorciados se vuelven a casar. Ya desde el período de 1973 a 1983, es decir hace más de 24 años en Francia se constató una baja considerable de matrimonios de un 30% con una tasa de divorcios de 1 por cada 10, en 1965 y uno por cada 4 en 1983. En Europa entre 1956 y 1983 se registró una baja de matrimonios del 22% y un aumento de divorcios de 37.2 % observándose el mismo fenómeno en Estados Unidos y México (Jiménez, 1996). Según el National Center for Health Statistics, el organismo del Department of Health and Human Services que recopila los datos referentes a matrimonios y divorcios en los Estados Unidos, la tasa de divorcio (por cada 1000 habitantes) ha aumentado de 0.7 en 1900 hasta 5.3 en 1981. Las estadísticas más recientes indican un ligero descenso desde comienzos de los años ochenta. La tasa en 1999 era de 4.1. Sin embargo esta disminución no significa necesariamente que la gente consiga mantener mejores sistemas familiares tradicionales, sino que está claramente provocada por la cantidad de personas que deciden vivir en pareja sin casarse (Chedekel y O'Connell, 2002).

En México las estadísticas no son muy reveladoras, ya que muchas familias no se divorcian, simplemente se separan (Rage, 2004). En el 2005 se realizaron 58.3 mil **divorcios judiciales**, lo que se refiere a disoluciones conyugales en las que para su trámite es necesaria la intervención de un juez de lo familiar, civil o mixto), de este total 7 de cada 10 fueron solicitados por ambos cónyuges, 2 de cada 10 por las mujeres y 1 de cada 10 por los varones. También en 2005 INEGI e INMUJERES informaron que la edad media de los varones que se divorcian es de 35 años y la de las mujeres 33 años. Lo que contrarrestado con la edad de la primera unión parecería que en promedio las parejas jóvenes duran en matrimonio alrededor de 10 años. En México a nivel nacional el porcentaje de hombres separados o divorciados es de 3.9%, mientras el de las mujeres es de 11.6 % registrando los mayores porcentajes en Distrito Federal (5.1%, hombres y 15.2%, mujeres), Baja California (4.8, hombres y 12.2% para mujeres), Morelos (13.4% para mujeres y 4.3 % para hombres) y Veracruz (13.4% para mujeres y 4.3% para hombres) siendo la tasa de divorcios por cada 100 matrimonios (INEGI e INMUJERES 2007).

Así pues, la amplitud de las mutaciones sociales, filosóficas y morales de nuestra civilización se traducen en consecuencias directas sobre la vida de pareja, en una visión prospectiva en lo concerniente a la realidad social, las mutaciones en la

célula familiar son lentas pero profundas, algunas de estas se deben a los nuevos contextos relacionales entre las mujeres y los hombres. Esto metamorfosea ciertos modos de cohabitación entre mujeres y hombres. En épocas anteriores, la consagración oficial y legal de la pareja era sistemáticamente el matrimonio. En la actualidad eso no ocurre con la misma frecuencia, incluso los dispositivos jurídicos en México se han adaptado a la nueva realidad social (Jiménez, 1996).

Como un ejemplo, el pasado 03 de Octubre del 2008 entró en vigor una reforma en la que se permite el **divorcio sin causales**, (Gaceta oficial del Distrito Federal, Décimo Séptima Época, No. 434) desaparecen las 21 causales de divorcio y con dicha ley los cónyuges simplemente se presentan ante el Juez de lo familiar, uno o ambos exponen su deseo de divorciarse y el otro cónyuge no puede oponerse a tal decisión. El divorcio puede llevarse a cabo siempre y cuando haya transcurrido cuando menos un año desde la celebración del matrimonio. Dentro del procedimiento del divorcio sin causales, resaltan algunos aspectos relevantes como salvaguardar los derechos de las personas menores de edad y de las mujeres. En este procedimiento de divorcio se respetan los derechos y obligaciones que existen en cuanto a la patria potestad, alimentos, guardia y custodia, régimen de visitas y bienes, especialmente en el caso de que exista violencia familiar. Esto da un giro completo a las situaciones de divorcio en las que además del proceso emocional; la situación, en ocasiones se agrava debido a los procedimientos legales.

2.1.3 Género y violencia

Una de las características fundamentales y universales de las culturas humanas, es el **género**, se conceptualiza como un principio de organización social no necesariamente predeterminado biológicamente, sino con origen en algún momento de la historia de la humanidad y que abarca principios como el parentesco, el matrimonio, la familia y la sexualidad (Lamas, 1996).

El género es una categoría utilizada para analizar como se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales en una sociedad determinada, alude a los formas históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en sociedad, varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo (Inmujeres y PNUD, 2007).

Las **diferencias de género** reproducen al interior de las familias las jerarquías asignadas a los roles de género, edad y preferencia sexual, haciendo presente la

violencia familiar. Es un problema del que solo se conoce la punta del iceberg, las agresiones son básicamente a mujeres y los agresores son varones, son más sujetos de riesgo las niñas y jóvenes que los niños (Castañeda, 2005).

Los **incidentes de violencia** (en general) se están convirtiendo en un serio problema de salud pública, cada vez más jóvenes de entre 15 a 24 años se encuentran en riesgo y/o son enviados a hospitales y clínicas de rehabilitación. La violencia al igual que muchas otras conductas se aprenden desde la infancia, los jóvenes que viven episodios de violencia y son lastimados quizá ya han vivido estas conductas en casa (Parrish, Greif y Cole, 2002).

La violencia es un problema social, pero generalmente se tiene la creencia de que lo que sucede dentro del ámbito familiar es una cuestión absolutamente privada. El problema en cuanto a la **desigualdad de género** en este momento es identificar, a partir de sus condiciones iniciales, que aspectos se necesitan reconstruir del sistema de género para favorecer la igualdad social y ampliar la experiencia vital de las personas. El desequilibrio de poder en la familia está dado por el género y la edad, la violencia y los malos tratos han formado parte de la vida cotidiana a lo largo de la historia, siendo receptoras especialmente las mujeres. Pero esta violencia está normalizada y naturalizada, por lo que se tornaba invisible, no tenía reconocimiento y por lo tanto, estaba silenciada y oculta (Nogueiras, 2004).

En la base de la formación familiar surge la relación interpersonal como elemento importante y facilitador de las interacciones entre sus integrantes, dentro de los cuales sobresalen las figuras parentales como principales actores de la misma. La complejidad y los matices de cada relación en el núcleo familiar son permeados por una gama de afectos y sentimientos que pueden oscilar desde la indiferencia, hasta el apoyo incondicional, pero cuando predominan en la dinámica familiar actos agresivos que van en detrimento de alguno de sus miembros, es considerado dentro del área de la victimología como **violencia familiar** (Santamaría, 1993). Cuando hablamos de violencia familiar nos referimos a las distintas formas de "relación" abusiva que caracterizan de modo permanente o cíclico los vínculos familiares. La violencia familiar se ha convertido en un verdadero problema social en México y en el mundo.

La **violencia familiar** está siendo ahora reconocida y denunciada por más miembros de la familia. Por su condición de género históricamente la mujer ha sido más vulnerable y por lo tanto mayormente violentada, afortunadamente el pasado 08 de Marzo de 2008 entró en vigor la Ley de Acceso a una Vida Libre de Violencia para el DF (2008). Esta ley además de obligar al gobierno del Distrito

Federal a instrumentar políticas públicas y programas encaminados a disminuir la brecha de desigualdad entre mujeres y hombres, permite a las mujeres reconocer y denunciar los diferentes tipos y modalidades de violencia.

TIPOS Y MODALIDADES DE VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES	
TIPOS	MODALIDADES
Psicoemocional	Familiar
Física	Laboral
Patrimonial	Docente
Económica	En la Comunidad
Sexual	Institucional
Contra los Derechos Reproductivos	
Feminicida	

Entendiéndose como **tipos**, las formas en que se ejerce la violencia y como modalidades, el lugar en donde ocurre.

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Relaciones en los hogares 2003, muestra que el 32.2 % de las mujeres de 55 o más años, con pareja residente en el hogar, registró al menos un incidente de violencia en los últimos doce meses por parte de su pareja. La proporción es menor en relación con otros grupos de edad. Así mismo, en esta encuesta por cada 100 mujeres encuestadas 28.8% presentaron violencia emocional, 17.9% económica, 4.4 % física y 5.3 % sexual (INEGI, 2004). Como terapeutas familiares, lo más importante en casos en los que se aborde la violencia familiar, en definitiva es la preservación de la vida, es decir apoyando a las víctimas.

Estas son solo algunas de las problemáticas presentadas en los casos atendidos, dentro de la práctica en la formación como Terapeuta Familiar, actualmente los divorcios y separaciones, el abandono de las niñas, niños y jóvenes que los exponen a otros problemas como: deserción escolar, drogadicción, alcoholismo, embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual son fenómenos que se visibilizan con mayor frecuencia.

Las mujeres estamos adquiriendo cada vez más responsabilidades y no se hacen ajustes dentro del hogar que contrarresten o reasignen funciones a los demás miembros de la familia, la situación económica ha tenido un gran impacto en las familias y al enfrentarse al desempleo y los salarios insuficientes se están provocando reestructuraciones familiares y mayor participación económica de sus

miembros. (En el apartado 2.3.1 de este capítulo se muestra con más detalle, la información de los casos atendidos durante la residencia)

2.2 Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa de tratamiento

La Terapia Familiar en México es una modalidad de terapia “nueva y joven” que también sigue evolucionando, las familias en México (al igual que en todo el mundo) se están transformando rápidamente. Ahora podemos encontrar una gran **diversidad de familias** y las formas de interacción y comunicación también se modifican continuamente debido a los cambios, económicos, políticos, sociales y culturales de la sociedad actual, por lo tanto el Terapeuta Familiar tiene mucho campo de trabajo y la oportunidad de **hacer investigación** y desarrollar nuevas técnicas para satisfacer las necesidades de las nuevas familias y sobre todo de la sociedad mexicana.

Los enfoques en terapia familiar sistémica y posmoderna, cada uno con sus alcances y limitaciones proporciona un marco de referencia diferente de los modelos tradicionales que permite crear otras posibilidades para las problemáticas que presentan las familias en la época actual. La terapia tradicional se concentra en los estados mentales del individuo, por lo tanto la meta del terapeuta es transformar la mente individual (Gergen y Warhus, 2003). Las teorías de Terapia Familiar comienzan a proporcionar **otras formas de observar los problemas humanos**, ya desde 1979 Minuchin presentó la teoría de la terapia de familias basada en el hecho de que el ser humano no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales, y posteriormente Haley (1983) con la terapia estratégica se fijó como objetivo de su tratamiento ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas tareas de la vida familiar, introduciendo mayor complejidad y alternativas de solución desde una perspectiva sistémica e incluyente de las familias. Las terapias posmodernas fomentan aun más un cambio al observar los problemas de las personas, a través de los significados, las historias, las relaciones y el lenguaje. Los supuestos posmodernos destacan por su énfasis puesto en lo social y lo relacional, llevando a los terapeutas y a la familia a repensar la noción del individuo, el propio ser y la identidad, lo cual hasta ahora parece que han tenido consecuencias importantes sobre el pensamiento de los terapeutas acerca de los sistemas humanos y sus problemas, así como para el trabajo terapéutico y la relación terapeuta – familia (Anderson, 1997).

Hoy una de las formas principales que la gente utiliza para resolver sus problemas y promover el crecimiento es la terapia, hoy es inagotable también la influencia de la **Terapia Familiar** sobre la psicoterapia en general, esta abrió el espacio para un

cambio paradigmático de los métodos tradicionales, pasando de la perspectiva unidireccional a una perspectiva circular, basada en las interacciones, la conducta, la comunicación, las creencias y el lenguaje. Este nuevo paradigma ha llevado a conocer al individuo en su contexto y comprenderlo en relación con los otros. La terapia familiar por otro lado ha hecho “público” el proceso de la psicoterapia, que dejó de ser un proceso secreto y sagrado para convertirse en un tema de estudio, observación e intercambio a través de varias transformaciones teóricas (Anderson, 1997).

Además de la contribución teórica y la cadena de transformaciones teóricas y prácticas derivadas del desarrollo y crecimiento de la terapia familiar, esta disciplina proporciona posibilidades más amplias que no se limitan solo al tratamiento terapéutico. Basados en este marco teórico es posible diseñar **programas y actividades educativas** (psicoeducación), así como **programas y actividades enfocadas a la prevención**. La denominación de la terapia familiar sistémica incluye el concepto de sistema. El paradigma de la terapia familiar sistémica postula que ni las personas ni sus problemas existen en un vacío, sino que ambos están íntimamente ligados a sistemas recíprocos más amplios, de los cuales el principal es la familia (Ochoa, 1995).

También se han derivado **instrumentos de evaluación** que generalmente nacen de una historia de observaciones clínicas y que resultan útiles para la planificación del tratamiento, y para la investigación sobre los resultados terapéuticos, entre los más conocidos podemos encontrar el Modelo Mc Master de Funcionamiento Familiar, y el Modelo de Sistema de Beavers (Beavers y Hampson, 1995).

La terapia familiar surge en torno a los años 1952 a 1962 impulsada por circunstancias clínicas y de investigación (Ochoa, 1995). Se define como un esfuerzo sistemático por generar cambios benéficos en la unidad conyugal o familiar, introduciendo para ello modificaciones en la pauta de interacciones de la familia. El objetivo consiste en establecer formas de vida más satisfactorias para la familia en general y para sus integrantes en lo individual (Ritvo y Glick, 2002).

No existe mucha discusión ni investigación con respecto a la definición de los procesos básicos de terapia familiar en particular, ni en psicoterapia en general (Navarro, 1992). Sin embargo se pueden reconocer algunos procesos como la **entrevista, la evaluación o diagnóstico, la intervención y el seguimiento**. Dentro de estos procesos además están implicadas técnicas, estrategias y programas de tratamiento terapéutico.

Dentro de la Terapia Familiar existen varias **modalidades**, en ocasiones, la terapia familiar se realiza con un mismo terapeuta, quién se reúne con el conjunto de la familia y con cada uno de sus integrantes en lo individual. A esto se le llama terapia familiar concurrente y en la actualidad es poco común. En otras ocasiones, dos terapeutas que mantienen cierto contacto entre sí, pero que no trabajan juntos, tal vez vean por separado a uno o más miembros de una familia es lo que se conoce como terapia familiar en colaboración. La terapia familiar conjunta se ha definido como una intervención familiar en la cual los participantes abarcan al menos a dos generaciones de una familia, como serían padres e hijos, además del terapeuta, que se reúnen juntos. La terapia de pareja conjunta se limita a los dos cónyuges y al terapeuta que se reúnen de manera conjunta (Ritvo y Glick, 2002).

Según Madanes (1982), existen varias **dimensiones** en torno a las cuales discrepan los diversos terapeutas, así como los variados enfoques en la terapia familiar, discrepancias tales como, el acento en el pasado o el presente, la interpretación, el crecimiento personal o el problema presentado, el método, procedimiento o técnicas de intervención, la unidad problemática, la jerarquía y la comunicación.

En conclusión, la terapia familiar nos ofrece un amplio campo de acción, que puede impactar en lo social, y en el crecimiento individual, los terapeutas familiares sistémicos contamos con amplias metodologías que nos permiten incidir en la investigación, la psicoeducación y la prevención. Contamos con instrumentos de evaluación y seguimiento, con diferentes modalidades de terapia que permiten hacer un trabajo más completo e incidir en las problemáticas del campo psicosocial mencionadas anteriormente.

2.3 Residencia en Terapia Familiar: escenarios donde se realizó el trabajo clínico

La Residencia en Terapia Familiar, se cursó a lo largo de 4 semestres, mediante un enfoque sistémico-construccionista, se nos formó a las y los estudiantes para conocer y aplicar las modalidades de intervención de los modelos de terapia familiar, así como su evolución histórica y los fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan. Desarrollamos habilidades teórico-conceptuales, clínicas (detección, evaluación y tratamiento), habilidades de investigación y enseñanza, de prevención, de ética y compromiso social. (Cuadernillo Posgrado Psicología UNAM, documento de circulación interna)

Para fortalecer las habilidades clínicas, se llevaron a cabo actividades específicas de práctica clínica supervisada. La Facultad de Psicología de la UNAM proporciona básicamente tres sedes de entrenamiento para la residencia en Terapia Familiar, las cuales permiten a los alumnos desarrollar habilidades clínicas, de detección, evaluación y tratamiento.

Los escenarios son los siguientes: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, Centro “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro) y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”. Todos los terapeutas en formación participamos en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”, en las otras dos sedes el grupo fue dividido. A continuación se presenta la descripción de los escenarios y las actividades realizadas en las sedes de formación.

Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Este centro se encuentra **ubicado** en el sótano del edificio D, en la Facultad de Psicología de la UNAM, se caracteriza principalmente por ofrecer formación en práctica clínica supervisada para estudiantes de licenciatura y posgrado en diferentes modelos y corrientes de la psicología. Inicio sus servicios en 1981, proporcionan los servicios de terapia individual, grupal, de familia o pareja y talleres varios, además de que cuentan con programas específicos especializados para el tratamiento en enfermedades cardiovasculares, dolor crónico y adicciones.

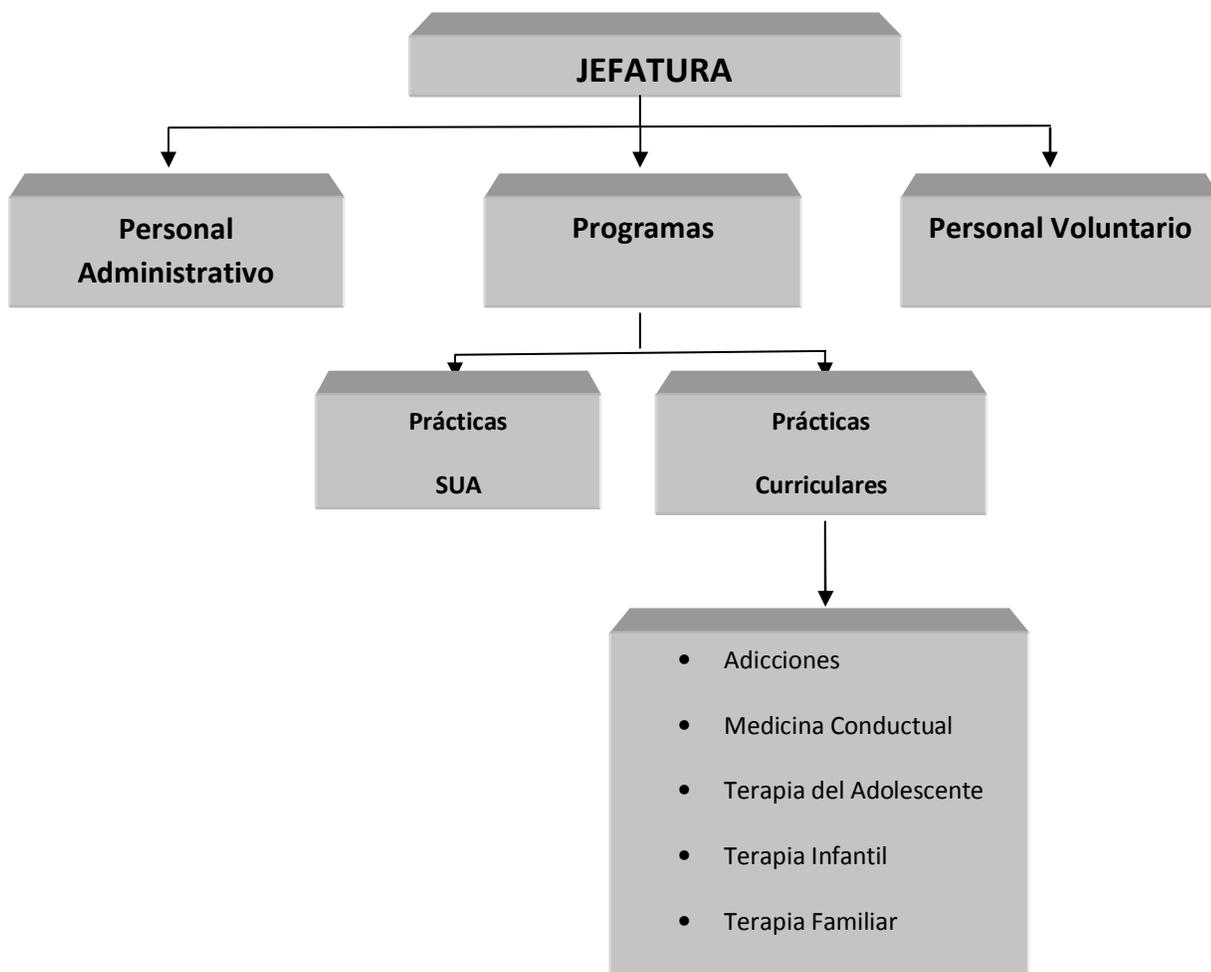
La **población beneficiaria** es amplia, se atiende principalmente a estudiantes y trabajadores de la Universidad, pero la atención es abierta al público en general, contando con cuotas de recuperación accesibles. Tiene como **objetivo** ofrecer a los

estudiantes de licenciatura y posgrado formación académica especializada y enseñanza a través de práctica supervisada, desarrollar programas de investigación y ofrecer servicios a la comunidad, varios talleres y conferencias.

A continuación se muestra en la siguiente figura como está conformado el organigrama (Figura 1)

Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos, "Dr. Guillermo Dávila"

Fig.1



El **procedimiento** por el cual ingresan al servicio las personas interesadas, comprende el llenado de una solicitud en la que se explica el motivo de consulta y se proporcionan datos generales y socioeconómicos, posteriormente algún residente realiza una entrevista de preconsulta en la cual da su impresión clínica y

propone el modelo de tratamiento al cual podría ser enviada la persona. Una vez realizada y llenada la ficha de pre-consulta es autorizada por la responsable del Centro y se canaliza a la residencia correspondiente o en su defecto se hace una canalización externa. Es de esta manera (cuando las solicitudes que se conservan para atención en el Centro) que algunas familias, parejas y personas, llegan al servicio de Terapia Familiar.

Una vez que se canaliza el caso, se le asigna un terapeuta familiar, quien desde este momento se responsabiliza de hacer contacto telefónico con la familia y acordar una cita. En la primera entrevista se da el encuadre y se les informa la forma de trabajo, en todos los casos se contó con supervisor y equipo terapéutico. Cuestión que informó oportunamente a la familia, la pareja o la persona, así como todos los detalles respecto a la forma de trabajo (espejo, interfón y videograbaciones). Así continua el tratamiento con un esquema para los terapeutas de pre-sesión, sesión y post-sesión, hasta que concluya el tratamiento, o se de baja el caso.

Centro “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”

Este Centro se encuentra ubicado en la calle Tecacalco, Mz. 21, Lt. 24 en la Colonia Ruíz Cortines de la Delegación Coyoacán, depende de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, de la Facultad de Psicología de la UNAM.

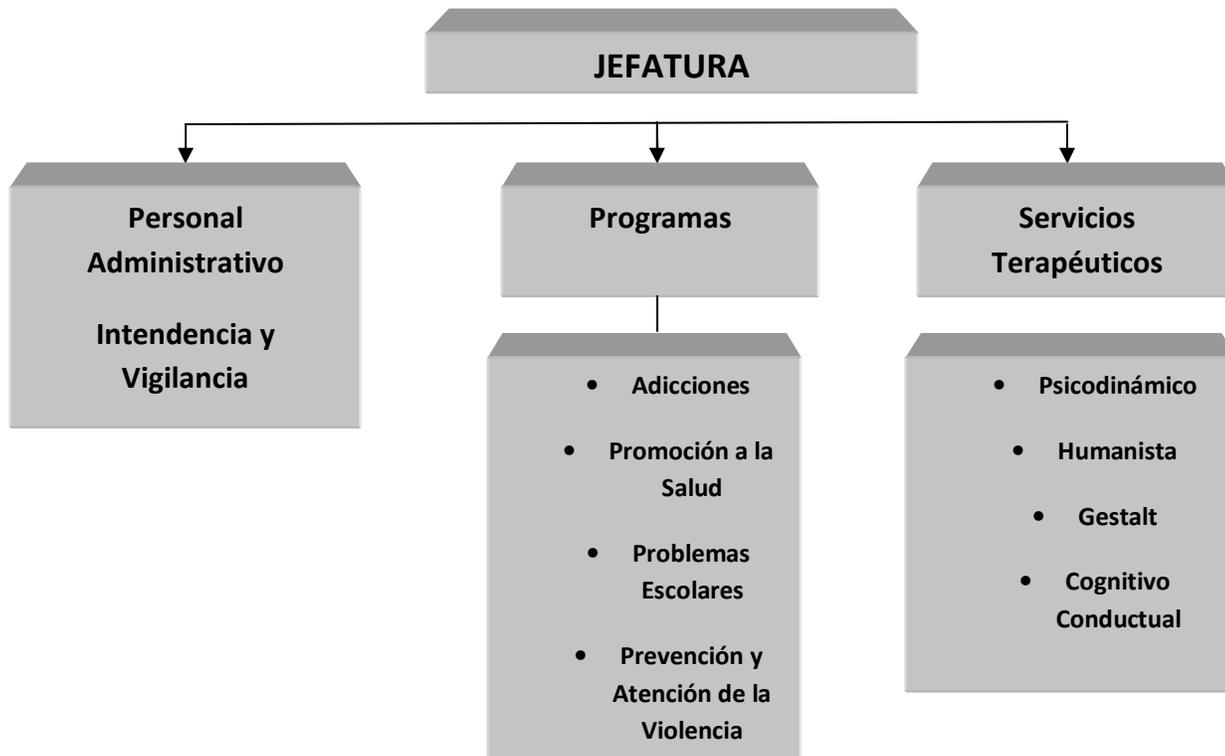
La población beneficiaria en su mayoría corresponde a la comunidad de la Delegación Coyoacán, sobretodo de las colonias aledañas al Centro “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”.

Sus objetivos son muy similares al Centro de Servicios Psicológicos, “Dr. Guillermo Dávila”, pues también incide en la profesionalización de los estudiantes de licenciatura y posgrado de la Facultad, proporciona apoyo comunitario a través de programas preventivos y de intervención. Ofrece de igual manera a los alumnos un espacio de práctica y enseñanza. Los servicios que se ofrecen abarcan a comunidad infantil, adolescente, adulta y senectud a través de distintos programas (Adicciones, violencia, promoción de la salud, problemas escolares y servicio terapéutico).

A continuación se muestra en la siguiente figura como está conformado el organigrama (Figura 2).

Organigrama del Centro “Julián Mc Gregor y Sánchez Navarro”

Fig.2



El **procedimiento** por el cual ingresan al servicio las personas interesadas, comprende un registro ya sea vía telefónica o de manera directa en el Centro (quienes ingresan a una lista de espera). Cada terapeuta puede seleccionar de la lista de espera a la persona o familia que atenderá de acuerdo a la demanda y es quien se responsabiliza de hacer el contacto con dichas personas y concretar la cita para primera entrevista. Los alumnos también son los responsables de la recepción de cuotas de recuperación quienes posteriormente presentan un informe mensual y el monto recabado. Las supervisiones están a cargo de los Coordinadores de los Programas y Servicios Terapéuticos. Se trabaja también con equipo terapéutico y/o coterapia.

Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro

El hospital psiquiátrico infantil “Dr. Juan N. Navarro” se encuentra **ubicado** en la Av. San Buenaventura No 86, Col. Belisario Domínguez, Delegación Tlalpan. Fue fundado debido a la necesidad de crear una institución especializada en la atención a niños con problemas de salud mental. El 24 de octubre de 1965 es inaugurado, para ofrecer atención a la población infantil y adolescente.

La **población beneficiaria** son niños y adolescentes menores de 18 años, se encuentra abierto al público en general y a éste acuden personas tanto del Distrito Federal como de su periferia, e incluso del interior de la república. Las personas son atendidas en consulta externa bajo la modalidad ambulatoria o bien, en la modalidad residencial (de hospitalización).

El hospital cuenta con cinco áreas fundamentales:

- **Asistencial:** para los niños, adolescentes y sus familias, en los servicios de hospitalización continua, hospitalización parcial, y clínicas de atención en consulta externa.
- **Rehabilitación psicosocial:** mediante programas encaminados a que los usuarios logren las habilidades que les permitan una mejor adaptación a su medio familiar, escolar y social
- **Psiquiatría comunitaria:** llevando al hospital fuera de sus muros para brindar educación para la salud, medidas preventivas y detección temprana.
- **Enseñanza:** coadyuvando en la formación profesional de recursos humanos en las diversas disciplinas afines a la salud mental.
- **Investigación:** a través de una división que impulsa la generación de proyectos que permitan conocer y mejorar instrumentos diagnósticos y alternativas terapéuticas.

Desde hace dos décadas se trabaja en el fomento y operación del tratamiento inter y multidisciplinario que incluyen los servicios de paidopsiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería y servicios médicos, diagnósticos terapéuticos y rehabilitatorios de apoyo, en las modalidades de consulta externa, hospitalización y hospitalización parcial.

El hospital brinda atención tanto al usuario como a su familia y otorga los servicios de:

- Psicodiagnóstico. Este servicio incluye la valoración del desarrollo, valoración de proceso cognitivos, valoración proyectiva, estudio psicológico completo, valoración de observación del juego y peritaje.
- Psicoeducación. Se incluyen las categorías de preescolar, escolar, adolescentes, educación especial, lenguaje, neuropsicología y educación física.
- Psicoterapia. Brinda los servicios de diferentes psicoterapias como análisis conductual aplicado, psicomotricidad, terapia psicodinámica, terapia de pareja, **terapia familiar** y terapia cognitivo – conductual.
- Inserción social. Imparte terapia ocupacional, taller de jardinería, taller de cómputo y taller de expresión corporal. A estas actividades de inserción social, tiene acceso únicamente los pacientes hospitalizados.

Además, el Hospital apoya la realización de actividades y servicios, en las prácticas profesionales y servicio social que realizan estudiantes y pasantes de diferentes profesiones especializadas en la salud mental. Las actividades donde estos profesionales en formación pueden desarrollarse son:

- Psicodiagnóstico en niños y adolescentes
- Coterapia grupal
- Psicoterapia individual (en práctica de posgrado)
- Terapia Familiar
- Terapia psicopedagógica
- Terapia de modificación conductual
- Terapia de ambientación
- Estimulación neuropsicológica
- Participación en actividades de educación especial
- Manejo de hábitos de estudio en adolescentes
- Diagnóstico neuropsicológico

El **procedimiento** para obtener el servicio de Terapia Familiar, depende en gran medida de la canalización interna, es decir el psiquiatra que lleva el caso evalúa si la familia del niño o el adolescente requiere la atención y es canalizado al servicio. Al término de cada sesión los terapeutas tienen la responsabilidad de hacer la nota clínica y de evolución del tratamiento en el expediente general que es consultado por el psiquiatra y los otros especialistas que atienden de forma integral cada caso.

2.3.1 Experiencia del trabajo clínico realizado en los distintos escenarios

El siguiente apartado muestra las principales situaciones por las que las familias consultaron dentro de nuestra experiencia clínica en la formación como terapeutas familiares en esta residencia.

Participo en el proceso de **34 casos** durante los dos años de formación, de los cuales fui **terapeuta en 7 casos, coterapeuta en 4** y parte del equipo terapéutico detrás del espejo o como parte del equipo reflexivo en 23 de ellos. De los 34 casos mencionados, se presentaron varias problemáticas, las cuales no en todos los casos era la demanda principal de tratamiento pero en algún momento se abordaron en las sesiones, o incidían directamente sobre la problemática de las familias o los individuos.

El problema que se presentó con mayor frecuencia fue el relacionado a **conflictos en la pareja** (31 de los 34 casos) seguido de la **presencia de violencia** (física, verbal y/o psicológica) y el problema de los padres para **establecer límites ante la conducta de los hijos**, con la misma frecuencia (25 de los 34 casos). Posteriormente se encontró que 17 de los casos presentaban o habían pasado por un proceso de **divorcio o separación** en 14 de los casos debida a la **infidelidad**.

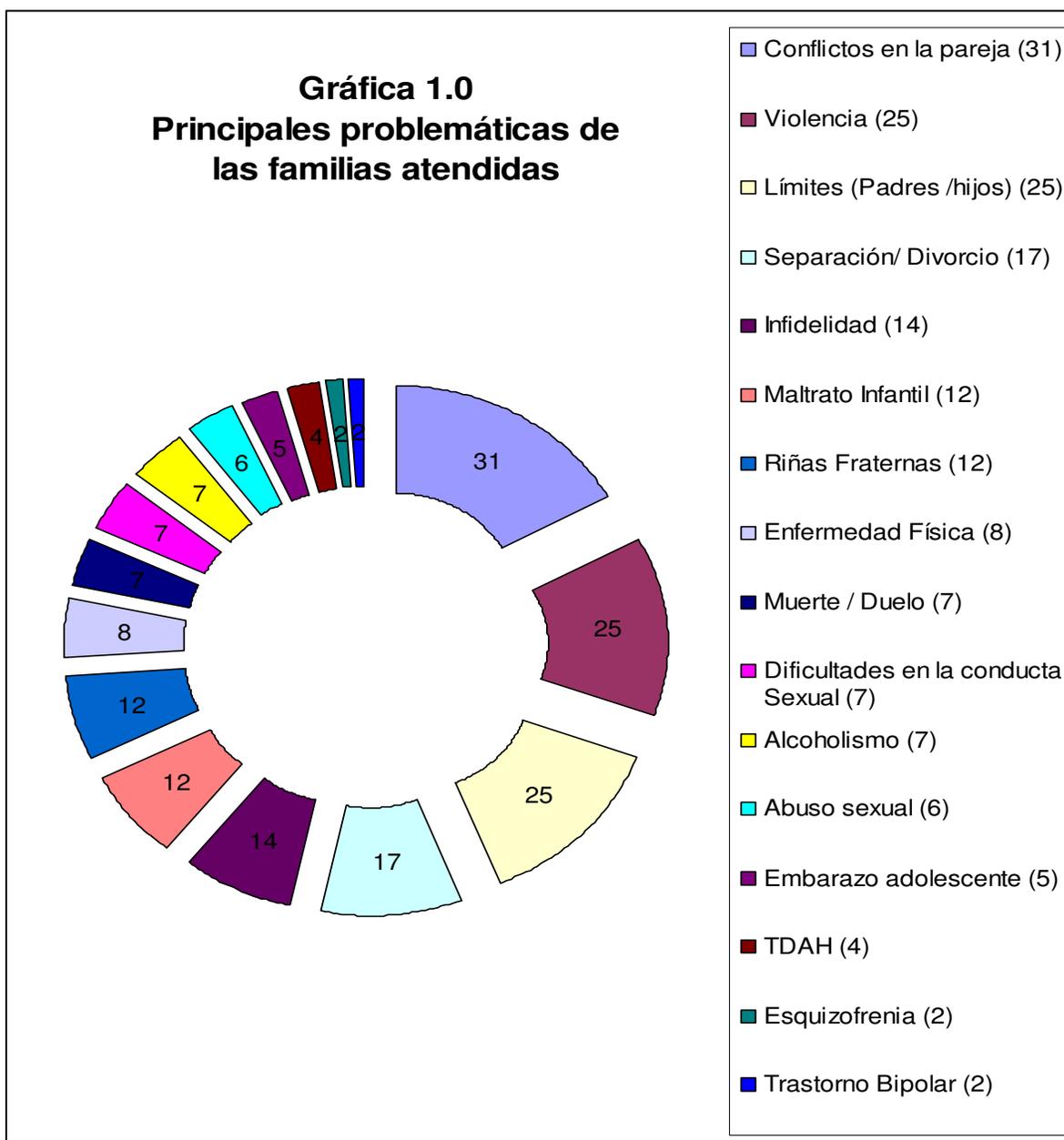
En 12 de los casos se presentó una historia de **maltrato infantil**, reportada por adultos, es decir, adultos que en la época actual refieren haber sufrido maltrato físico o psicológico de parte de alguno de sus padres durante la infancia. Dentro de la dinámica familiar también se encontraron problemas derivados de las **riñas fraternas** (12 de los casos).

En 8 de los casos se reportó una **enfermedad física** en alguno de los miembros, entre ellas: riñón poliquístico, diabetes, lodo biliar, enfermedad pulmonar, VIH/SIDA, epilepsia y papiloma. En 7 de los casos también se trabajo con la muerte de algún miembro de la familia o el **duelo** por alguna pérdida importante. Se presentaron además dificultades en la **conducta sexual** (7 casos), **abuso sexual** (6 casos) y **alcoholismo** (7 casos).

Es importante destacar que en 8 de los casos existían hijos pequeños, de los cuales 4 estaban diagnosticados con **TDAH**. Finalmente en 5 de los casos se presento una situación de **embarazo adolescente**, el caso de una chica de 14 años que se siguió

desde la concepción hasta los 7 meses, 3 casos en los que las chicas ya eran madres y estudiaban al mismo tiempo y 1 caso en el que ya estaban las hijas adolescentes y la madre recordó esta situación. De los 34 casos es de llamar la atención la aparición de **trastornos psiquiátricos**: 2 diagnósticos de trastorno bipolar en los pacientes identificados y dos historias de familias con esquizofrenia, una de ellas en la familia de origen y otra en el propio paciente identificado (Gráfica 1)

Principales problemáticas de las Familias Atendidas
(Gráfica 1)



En lo que se refiere a la experiencia terapéutica, fue por mucho, enriquecedora tanto en lo profesional como en lo personal.

A nivel **profesional**, aprendí varias técnicas de intervención y el trabajo en equipo, tanto en coterapia como con el equipo terapéutico. Aprendí a sistematizar y profesionalizar mi trabajo terapéutico, elaborando los reportes y las transcripciones sesión a sesión, haciendo una revisión exhaustiva de lo acontecido en las sesiones. Aprendí a través de la retroalimentación de las y los compañeros y docentes de la maestría, a reflexionar a cerca de mi trabajo dentro de la terapia y mi manera de concebir los “problemas” de la familia. De una postura rígida y sesgada que predominaba en mis intervenciones, fui evolucionando hacia una comprensión más constructivista, devolviéndole a las familias y a las personas que nos consultaban, su saber sobre su propia situación de vida y aprendí a utilizarme como una herramienta que posibilitaba el cambio. En la medida que la familia cambiaba, comprendía y mejoraba, yo lo hacía en igual medida.

A nivel **personal**, y a la par de un proceso terapéutico individual, fui conociendo más a cerca de mí, de mis propias historias, de mis habilidades y mis limitaciones. Del porque en ese momento de vida, había buscado formarme como terapeuta familiar y participar en un programa de Maestría de Alto Rendimiento y la utilidad que esto me traería para el futuro. Pude de una manera enriquecedora a través de los casos atendidos ir creciendo como ser humana, como mujer, como hija, como hermana, como pareja y como madre.

III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR

3.1 Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo

La terapia familiar sistémica ha encontrado un campo de acción definido y ha basado sus procedimientos terapéuticos en fundamentos teóricos propios, bajo su propia epistemología. A continuación se presentan las principales bases epistemológicas que sustentan el presente trabajo. Para iniciar comenzaremos con algunas definiciones de epistemología:

Definición de epistemología según Webster's New Collegiate Dictionary (citado en Fischman, 1998):

Epistemología: "Es el estudio o teoría de la naturaleza y los fundamentos del conocimiento"

Auerswald (1986), (en Fischman, 1998) define epistemología como:

Epistemología: Conjunto de reglas inmanentes usadas para pensar por grandes grupos de personas para definir la realidad.

En conclusión se trata de explicar como pensamos acerca de lo que hacemos o como lo definen Wittezaele y García (1994), "Lo que sabemos de nuestro universo determina la relación que tenemos con él. La cuestión principal es saber cómo adquirimos este conocimiento".

3.1.1 Epistemología sistémica

La **epistemología sistémica** pasa de lo reduccionista a lo relacional, de lo lineal a lo contextual, de lo determinista a lo multidireccional. El modelo reduccionista o mecanicista partía de la premisa de aislar elementos de un universo observado, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir el comportamiento individual. El nuevo punto de vista

sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca (Sánchez y Gutierrez, 2000).

En comparación con el proceder analítico de las ciencias clásicas, con resolución en elementos, componentes y causalidad lineal o unidireccional como categoría básica, la investigación de totalidades organizadas de muchas variables requiere muchas categorías de interacción, transacción y organización (Bertalanffy, 1968). En **psicología** la concepción básica solía ser “el modelo robot”. Había que explicar la conducta con el esquema mecanicista estímulo – respuesta (E-R); el condicionamiento, acorde con la pauta del experimento con animales, aparecía como fundamento de la conducta humana; tenía que remplazarse el “significado” por la respuesta condicionada, que negarse la especificidad del comportamiento humano.

3.1.2 Teoría General de los Sistemas

Hacia 1928 las contribuciones de Ludwing von Bertalanffy, (biólogo) y Nobert Wiener, (matemático e ingeniero) influyeron en el origen y desarrollo de lo que en 1945 se conoció como la **Teoría General de los Sistemas (TGS)**, teoría que desarrolló una serie de conceptos con aproximación “organísmica” a los problemas biológicos (Bertalanffy, 1968 en García, 2000). La teoría general de los sistemas es la exploración científica de “todos” y “totalidades”. Con esta teoría se alcanza un nivel en el que ya no se habla de entidades físicas y químicas sino que se discute sobre las totalidades de naturaleza en general (Bertalanffy, 1968).

La TGS es una disciplina científica que formula principios válidos para sistemas en general sea cual sea la naturaleza de sus elementos componentes y relaciones o fuerzas reinantes entre ellos. Es una ciencia general de la totalidad, es una disciplina lógico-matemática, puramente formal en sí misma, pero aplicable a las varias ciencias empíricas (Bertalanffy, 1968). Se trata de una aproximación para conocer y ver los fenómenos, en psicología se aplica al área clínica y en terapia familiar, aunque también se utiliza en la psicología del trabajo.

Esta tendencia a observar los fenómenos como sistemas, no fue aislada sino que se dio como una tendencia del pensamiento moderno. Se demostró que la TGS era un concepto novedoso en la ciencia, partiendo de la definición de “**sistema**”. El concepto sistema, no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier “todo” que consista en 2 o más componentes que interactúen

(Bertalanffy, 1968) y conceptos característicos de totalidades organizadas, tales como interacción, suma, mecanización, centralización. Los **sistemas abiertos** pueden ser aplicados a niveles no físicos. Un sistema abierto es definido como sistema que intercambia materia con el medio circundante, que exhibe importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes materiales, la base del modelo de sistema abierto es la interacción dinámica entre sus componentes. En la teoría de los sistemas abiertos se manifiestan principios de interacción entre múltiples variables, organización dinámica de los procesos y una posible expansión de las leyes físicas. La teoría de los sistemas abiertos es una importante generalización de la teoría física, la cinética y la termodinámica (Bertalanffy, 1968).

Existen dos caminos o métodos generales para el estudio de los sistemas, el primero se refiere a examinar los sistemas que se “dan”, de una manera empírica y la otra es considerando a todos los sistemas conocibles y entonces reducir el conjunto a dimensiones más razonables. Para probar estos métodos se hicieron investigaciones en varias áreas y campos del conocimiento, ejemplo de ellas es la biología en el estudio de sistemas abiertos y el crecimiento, en la ingeniería de sistemas, en las ciencias sociales, en la historia y en la teoría de la personalidad. El uso cotidiano del término sistema se ha aplicado a muchas áreas del conocimiento, lo utilizan por ejemplo los ingenieros, los fisiólogos, los científicos sociales, los filósofos, matemáticos, etc (Bertalanffy, 1968).

La TGS da una nueva visión y a partir de los descubrimientos de esta nueva forma de mirar la naturaleza, se comenzó a pensar, en sistemas cerrados y abiertos, en la circularidad, la retroalimentación, en la equifinalidad, en la morfogénesis, morfostasis y la homeostasis. Condujo a nuevos principios y discernimientos tales como, la cibernética y el segundo principio de la termodinámica (Bertalanffy, 1968). Estos conceptos que van mucho más allá de lo tecnológico se pueden generalizar también en lo biológico y lo social. Por ejemplo Sorrentino (1990) considera la globalidad de cada experiencia humana leyéndola en el conjunto de significados que ello reviste para la persona, para su núcleo afectivo primario y para la comunidad a la cual pertenece de tal forma que cada elemento de un fenómeno se extiende como solidario respecto de los otros elementos con los que interactúa. También define un sistema como la totalidad organizada, constituida por partes que no son definibles fuera de la relación que los une, cada una de las partes es considerada en función de la posición que ocupa en relación con la totalidad.

Aplicado a las ciencias sociales y particularmente a la terapia familiar, podemos citar a Papp (1988) quien menciona, por ejemplo, que el pensamiento de sistema familiar está relacionado con la integralidad, la organización y la regulación, por lo tanto en el sistema terapéutico se presta fundamentalmente atención a las conexiones y relaciones más que a las características individuales.

A continuación se describen conceptos que son particularmente relevantes en relación a la Terapia Familiar Sistémica.

Cambio

Un sistema es influenciado por cada una de sus partes, cuando una parte o una relación entre sus partes cambia la totalidad del sistema es afectada. El cambio puede provenir como resultado de una modificación de los componentes del sistema (cambio de primer orden) o como resultado de la información que entra desde fuera del sistema (cambio de segundo orden) (Watzlawick, 1990). Aplicado a la terapia familiar se ofrece una explicación desde la cual la persona que consulta puede contemplar su “problema”, con mayores posibilidades de cambio, aunque cuando en terapia la familia menciona el síntoma la cuestión principal no es eliminarlo sino evaluar que sucederá si se elimina ya que el cambio sistémico, tendrá repercusiones en la totalidad de la familia (Sorrentino, 1990). En el sistema familiar se puede provocar un cambio de maneras diferentes en niveles distintos (Papp, 1988)

Circularidad

Lleva a un nuevo modelo para explicar el origen de los procesos familiares, pasando del concepto tradicional de causalidad lineal (causa-efecto) que tiene un carácter unidireccional al circular, donde el comportamiento de cada miembro influye sobre el de los otros y este es también influido retroactivamente. En este tipo de secuencias toda acción puede entenderse al mismo tiempo como reacción (Zurro y Cano, 2003). En el caso del sistema familiar se observa que ningún hecho o comportamiento aislado ocasiona otro, sino que cada hecho está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos aislados que forman patrones persistentes y recurrentes que le dan equilibrio a la familia y les permite pasar de una etapa evolutiva a la otra. En este caso el terapeuta procura comprender la fluctuación del patrón de conducta más que entender (causa-efecto) de la conducta presentada por un miembro de la familia (Papp, 1988).

Morfogénesis

Se refiere a la flexibilidad del sistema para adaptarse a los cambios internos y externos, es el concepto opuesto a la morfostasis u homeostasis y se utiliza para describir fenómenos de cambio de las estructuras de un sistema, debido a la retroalimentación positiva (Hoffman, 1987). Aplicado a las familias, Donati (1998), explica que las familias debe ser consideradas como un mediador universal de las relaciones sociales, que a su vez tiene un carácter autorregulador, en el sentido de que todas las relaciones sociales mantienen una relación primordial respecto a la familia, la familia tiene un núcleo esencial que permanece a través de una morfogénesis familiar, que le permite subsistir a través de las más diferentes transformaciones sociales, en la medida que ella misma se constituye en el autorregulador de aquellas mismas transformaciones. La morfogénesis familiar, analiza las nuevas formas de relaciones familiares, así como la influencia de los posibles factores sociales en las transformaciones experimentadas por la familia, sin por ello modificar su núcleo primordial.

Homeostasis

Los sistemas tienen la característica de permanecer dentro de un estado de equilibrio. Cuando algo sucede fuera de los límites del sistema se desbalancea creando tensión. El mecanismo de homeostasis se activa para recuperar el equilibrio y nuevamente el sistema se auto regula, adaptándose y disminuyendo la tensión. Todo organismo viviente es un sistema abierto con una continua asimilación y eliminación de elementos para mantenerse en un estado de homeostasis y equilibrio: una familia sería un sistema viviente que se rige por los mismo estímulos (Sánchez y Gutierrez, 2000).

Retroalimentación

Se refiere al proceso de búsqueda y regulación de un sistema. Existe la retroalimentación positiva y la negativa. Cuando un sistema se sale de balance la positiva incrementa una desviación y con ello la posibilidad de cambio, es decir a la pérdida de la homeostasis, por el contrario la negativa se caracteriza por ser un homeostato, la retroalimentación negativa corrige el equilibrio pero regresa a un estado estable. En ambos casos la información salida del sistema se vuelve a introducir, la diferencia está en que con esta información la retroalimentación negativa disminuye la desviación de la salida y la positiva aumenta la desviación de la salida (Waltzlawick, Beavin y Jackson, 1991). La retroalimentación negativa se entiende como un impulso para el cambio, la retroalimentación positiva no.

Cuando se introduce información en un sistema (familia) ésta va y viene por los circuitos de retroalimentación a efecto de suministrar la estabilidad al sistema (Papp, 1988).

Equifinalidad

Se refiere básicamente a que muchos caminos diferentes pueden llevarnos a los mismos resultados (Bertalanffy, 1968). Aplicado a la familia se entiende que un sistema familiar es independiente de sus condiciones iniciales o de su historia. La familia presenta diversos problemas desde el punto de vista de cada integrante, y así mismo cada integrante puede encontrar diferentes caminos para llegar a las mismas finalidades a partir de condiciones iniciales de partida diferente (Romero, 2003).

Para entender la aplicación de la TGS en la terapia familiar debemos entender en un principio que los fenómenos sociales deben ser considerados en términos de “sistemas” como lo mencionó Bertalanffy (1968), y bajo esta concepción entendemos que los fenómenos familiares son también fenómenos sociales y que pueden ser abordados desde esta teoría. La TGS se aplica al ser humano y a la terapia familiar por el simple hecho de que es por si mismo un sistema, y a su vez interactúa con sistemas más complejos como son los grupos sociales.

Sánchez y Gutierrez (2000) señalan los **principios básicos de la TGS** a la terapia familiar:

- Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El total o el sistema está interactuando por las cualidades individuales de sus miembros.
- La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas en el que existen jerarquías y límites.
- Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales, la familia se ve como un sistema de retroalimentación.
- Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis, este equilibrio puede darse por la entropía o por la morfogénesis. La familia como sistema abierto se rige por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.
- La evolución y los cambios son inherentes a los sistemas abiertos.

La teoría de los sistemas puede utilizarse para comprender mejor procesos intrafamiliares como el funcionamiento familiar, la comunicación familiar, el conflicto familiar, la cohesión e integración de los miembros de la familia o la adaptación al cambio (García y Musiti, 2000). En donde la familia y el terapeuta se entienden como un sistema más el contexto, en donde hay un proceso de circularidad, influencia e interinfluencia mutua. Se considera a la familia como una totalidad dentro de otras totalidades. La TGS ha contribuido en el desarrollo de la ciencia, ha abierto nuevos caminos de investigación y comprueba por sí misma con sus principios que es aplicable en el estado actual y a diferentes campos del conocimiento.

Las ciencias biológicas, sociales y del comportamiento fueron adoptando la TGS, por lo que se comenzó a exigir una generalización de los conceptos científicos y de los correspondientes modelos, lo cual llevó al surgimiento de nuevos campos más allá de la física generando modelos interdisciplinarios. Se formaron varias teorías de los sistemas (cibernética, teoría de la información, teoría de los juegos, teoría de la decisión y la teoría general de los sistemas) que cada una reflejaba diferentes aspectos y que como todo un sistema no se excluyen mutuamente y a menudo se aplican combinadas (Bertalanffy, 1968).

3.1.3 Cibernética

Por otro lado, la **cibernética** es una teoría de los sistemas de control basada en la comunicación (transferencia de información) entre sistema y medio ambiente circundante y dentro del sistema, y en el control (retroalimentación) del funcionamiento del sistema en consideración al medio. La cibernética está basada en el principio de retroalimentación o de líneas causales circulares, que proporciona mecanismos para la persecución de metas y el comportamiento autocontrolado (Bertalanffy, 1968). La familia forma parte y está inmersa en circuitos cibernéticos más amplios como el sistema social que estarán generando cambios constantes dentro del sistema (Papp, 1988).

La **cibernética de primer orden** o de los sistemas observados se da cuando en la organización de un sistema y la pauta están dadas desde una perspectiva de observador-observado, donde uno de los elementos del sistema se mantiene en una pauta de interacción fuera del sistema, como vigilante de un fenómeno a observar o modificar (Sánchez y Gutierrez, 2000). De acuerdo con Keeney (1985), citado en (Sánchez y Gutierrez, 2000) los postulados teóricos de la cibernética de

primer orden son: circularidad, estructura, sistemas abiertos, sistemas cerrados y retroalimentación. Existe también una segunda etapa de la cibernética de primer orden y consiste en el cambio que hace el sistema en su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y amplificación.

En la **cibernética de segundo orden** o de los sistemas observantes, se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta. Según Von Foester (1981), la cibernética de segundo orden trata de solucionar el problema que se produce en la relación de problemas sociales y recomienda moverse desde la resolución de problemas a un cambio en el planteamiento o percepción de los mismos. Y es así como la cibernética de segundo orden en la terapia se vuelve en sí misma una práctica epistemológica, una indagación en las condiciones de conocer el mundo.

3.1.4 Teoría de la Comunicación Humana

Un ejemplo en el que se puede diferenciar entre el pensamiento lineal y el pensamiento circular lo menciona Watzlawick en su libro **Teoría de la Comunicación Humana (TCH)**.

La TCH (Watzlawick, 1991) ha hecho varias aportaciones importantes al campo de la psicología y específicamente al campo de la terapia familiar sistémica. A continuación se enumeran algunas de las aportaciones más significativas.

- Plantea el estudio y la comprensión de la conducta humana desde la perspectiva de la comunicación.
- Permite observar con una nueva óptica los fenómenos ya estudiados desde otras perspectivas o epistemologías.
- Plantea nuevos cambios y nociones conceptuales como: función, redundancia, código y retroalimentación (positiva y negativa) en la comunicación humana.
- Propone múltiples niveles de análisis. Analiza a fondo y en forma ordenada una serie de fenómenos, de experiencia cotidiana, aprendidos y corregidos varias veces, pero que se dan fuera de la conciencia.
- Construyó un modelo y presentación de los efectos de la comunicación sobre la conducta, como una ciencia.
- Examina y aplica los principios generales de la TGS en la comunicación,

estudiando la comunicación como un proceso de interacción.

- Propone los 4 axiomas y las examinación de las patologías potenciales implicadas en los mismos.
- Introduce el concepto de la Teoría del Doble Vínculo y su contribución en la comprensión de la esquizofrenia.
- Introduce también el concepto de la metacomunicación como conceptualizaciones que no son parte de la comunicación, pero que se refieren a ella.

La importancia de esta teoría para la Terapia Familiar consiste en observar los desórdenes y contradicciones de los niveles de comunicación que presenta la familia y realizar intervenciones encaminadas a modificar estos modos de comunicación.

3.1.5 Teoría del Doble Vínculo

El término "doble vínculo", fue desarrollado por primera vez por **Gregory Bateson** y colaboradores en el año 1956, como una hipótesis explicativa del fenómeno interaccional que se observa en la comunicación esquizofrénica. Desde que nacemos, los seres humanos intercambiamos información con el mundo que nos rodea y organizamos, nuestras percepciones de acuerdo a la información que recibimos. Al relacionarnos, no sólo intercambiamos información acerca de cómo vemos el mundo y de cómo nos vemos a nosotros mismos, sino, también, solicitamos información acerca de cómo nos ve el otro. Esto es de vital importancia para cada quien, a los fines de su autopercepción y percatación, además de marcar las pautas, patrones, modos o formas de conducirnos con cada quien.

Gregory Bateson (1956) plantea que estas pautas se aprenden y que nuestro aprendizaje se va organizando en grados de mayor complejidad. Cuando en un intercambio de información se produce una comunicación defectuosa que deja sumido al receptor en un estado de incertidumbre o falsa comprensión respecto a qué clase de mensaje es ese mensaje, se ha producido una confusión. Existe peligro de confusión dondequiera que sea preciso traducir el sentido y la significación de una cosa de un lenguaje a otro. Los seres humanos estamos especialmente propensos a incurrir en estos errores dado que para comunicarnos empleamos no sólo palabras, sino también movimientos corporales.

Según Beatson (1956) los seres humanos tenemos modos de comunicación a través de los mensajes y acciones significativas que alcanzan considerable complejidad y en realidad el vocabulario está poco desarrollado y se recurre a los mensajes no verbales como el humor o la falsificación de señales. Sería ideal en nuestras interacciones pedir a nuestro interlocutor que aclare lo que nos ha dicho o nos ha mostrado, es decir, hablamos de nuestra relación con el otro, de lo que nos confunde; en una palabra: metacomunicamos pero en ocasiones si es intolerable la situación, se llega a abandonar el campo. Pero, cuando la confusión tiende a bloquear los tres campos de la vida y de la actividad humana, a saber: la acción, el pensamiento y el sentimiento, y resulta imposible pedir aclaración sobre la confusión o abandonar la interacción, estamos frente a un "doble vínculo".

Existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros de sí misma y tampoco puede uno de sus miembros ser la clase, ya que el término utilizado por la clase está en un nivel de abstracción distinto (un tipo lógico distinto) del de los términos utilizados para sus miembros (Beatson, 1956).

Para que exista una situación de doble vínculo Beatson (1956) menciona que deben existir algunas situaciones principales:

- Una relación significativa entre dos o más personas.
- Una experiencia repetida de doble mensaje o "doble vínculo", secuencias o experiencias repetidas.
- Una instrucción primaria negativa del tipo recompensa- castigo.
- Una instrucción secundario que está en conflicto con la primera en un nivel más abstracto y, que al igual que la primera, está reforzada por castigos o señales que anuncian un peligro para la supervivencia. Por lo general, se trata de mensajes no-verbales que contradicen la prohibición primaria.
- Un mandato negativo terciario que prohíbe a la "víctima" escapar del campo (la posibilidad de abandonar el campo es anulada por ciertos recursos que no son puramente negativos)
- Cualquier parte de la secuencia puede bastar para desencadenar los síntomas.
- Luego, la persona aprende a percibir su universo bajo patrones de doble vínculo y ya no es necesario que se den secuencialmente todos los pasos, sino que casi cualquier parte de la secuencia de doble vínculo puede resultar suficiente para precipitar el miedo o la furia.
- Una persona atrapada en una situación en la que haga lo que haga, "no puede ganar", es decir, en una situación de "doble vínculo", puede desarrollar síntomas esquizofrénicos. La esquizofrenia incluye principios

generales que son importantes en toda comunicación y, por ende, pueden encontrarse muchas similitudes esclarecedoras en situaciones "normales" de comunicación.

El doble vínculo hace referencia a la confusión que le acarrea a una persona tener la dificultad de discriminar entre dos mensajes contradictorios entre sí y la imposibilidad de comunicar acerca de tal contradicción. De lo que se deriva que los dobles vínculos no son tan sólo instrucciones contradictorias, sino verdaderas paradojas. Cuando se produce una situación de doble vínculo cesa la capacidad de cualquier individuo para discriminar entre los tipos lógicos. Se dificulta cuando hay una relación intensa en el mensaje y la metacomunicación. La **metacomunicación** se define como la capacidad de comunicarse acerca de la comunicación, es decir se emplea para corregir nuestra percepción de la conducta comunicativa.

Si los dobles mensajes se imponen durante la infancia, la huida resulta naturalmente imposible. En la situación de doble vínculo, el uso de una aseveración metafórica proporciona seguridad pero también impide a la persona formular lo que desea. Se está defendiendo y por ende teme a la otra persona. Se podría suponer que detrás de cada aseveración hay un significado oculto y estaría decidido a demostrar que es imposible engañarlo, como le ha ocurrido toda la vida, busca significados detrás de lo que la gente dice. Una vez que se da la esquizofrenia en una familia, el esquizofrénico muestra una preocupación por los significados ocultos y piensa que es imposible engañarlos. Las alternativas de las que dispone son:

- Renunciar a tratar de discriminar entre niveles de mensaje y trataría todos los mensajes como triviales o risibles.
- Apartar su interés del mundo externo y concentrarse en sus propios procesos internos a través de retraimiento y mutismo.

Al existir el doble vínculo la persona queda atrapada mediante una inacabable ilusión de alternativas, el mismo supuesto de que la elección puede y debe hacerse es una ilusión, la imposibilidad de escapar de la situación y de examinarla desde afuera, son elementos esenciales del doble vínculo.

3.1.6 Teoría de los Tipos Lógicos

En el apartado anterior se menciona el término de “tipos lógicos”, dicho término viene de la Teoría de los tipos lógicos de Russell (Beatson, 1956), en la que explica que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros, la clase no puede ser miembro de sí misma y tampoco puede uno de sus miembros ser la clase, ya que el término utilizado para la clase está en un nivel de abstracción distinto (Un tipo lógico distinto) del de los términos usados para los miembros. Los niveles múltiples de aprendizaje y tipificación lógica de señales. La capacidad para manejar los tipos múltiples de señales es una habilidad aprendida y por ende una función de los niveles múltiples de aprendizaje.

El Terapeuta Familiar sistémico al estudiar y comprender la TGS y la Teoría de la comunicación humana, puede poner estos conocimientos en la práctica. Ya que cada vez que entra en el sistema terapéutico, se ve influenciado por la familia, por sus interacciones y su forma de comunicarse, al tener las herramientas y los conocimientos sistémicos evita verse envuelto en el sistema, evita tomar el papel de un miembro de la familia o evita también convertirse en el homeostato. En una sesión terapéutica pueden estar involucradas de manera constante la redundancia, la metacomunicación y los significados, el terapeuta los puede distinguir lo mejor posible para hacer intervenciones propicias y fomentar el cambio a través de la retroalimentación. Como refiere Papp (1988): “En el pensamiento de sistemas no hay términos absolutos, ni certidumbres: la realidad y la verdad son circulares”.

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

Antes de abordar los conceptos fundamentales de la Terapia Familiar, sistémica y posmoderno, se encuentra una breve reseña de la Historia de la terapia familiar en el Mundo y en México

3.2.1 Historia de la terapia familiar en el mundo y en México

(Esquema en Anexo 1)

La profesión de terapeuta familiar inicia con el Movimiento en Alemania entre 1929 y 1932, Popenoe abre la clínica del Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares en Los Ángeles, California. Se puede mencionar a varios pioneros de la terapia familiar como: Abraham y Hannah (1949), A. Stone (1930) y Emily Mudd (1932) entre otros. En 1942 Ernest Groves propuso el establecimiento de una asociación profesional de orientación familiar. Posteriormente en 1943 David y Vera Mace forman el Concilio Nacional de Consejeros de Reino Unido antes llamado Concilio de consejeros matrimoniales. En 1944 se establecen los lineamientos para formar orientadores familiares a través de estatutos y objetivos muy definidos, los cuales siguen funcionando hasta la actualidad (Sánchez y Gutierrez, 2000)

En 1950-1959 los pioneros comienzan a intercambiar correspondencia que converge finalmente en la publicación Family Process que apareció por primera vez en 1962. A partir de este momento varios autores comenzaron a contribuir a esta disciplina. Entre estos autores destacan John Bell, “el padre de la terapia familiar moderna”, Ackerman, Midelfrt, Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En 1959 se fundó el MRI (Mental Research Institute) que se especializó en la terapia familiar de la comunicación. Posteriormente en 1967 Boszormenyi-nagy y sus colaboradores organizaron el primer programa de capacitación de terapeutas familiares en Holanda. Un segundo centro de importancia en New York es el Albert Einstein Collage of Medicine y su filial el Bronx State Hospital. La tercera institución en New York es el Wiltwyck School of Boys en donde trabajaron conjuntamente Auerwald y Minuchin a principios del decenio de 1970-1979. En Milán Italia Selvini-Palazzoli y colaboradores fundan el Instituto de la Familia en

Milán en 1967. Otro instituto importante es el fundado por Duhl y Cantor en 1969: Boston Family Institute (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Al inicio del decenio de 1970-1979, la profesión obtuvo su maduración y consolidación. Uno de los beneficios que se obtuvo en el campo de la terapia familiar fue la apertura a las aportaciones, que desde el principio se planteó para su práctica. Su enfoque fue multidisciplinario y en él se conjuntaron las contribuciones de médicos, psiquiatras, pedagogos, sociólogos, genetistas, comunicólogos y psicólogos. Lo que permitió fortalecer los inicios de esta creciente profesión (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En México, Macías en colaboración con Dervez y Estrada establecieron en 1969 el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana. Posteriormente en 1970-1972, Macías funda su propio instituto, Instituto de la Familia A.C. (IFAC). Otra de las instituciones pioneras de la terapia familiar en México es la Universidad de las Américas (UDLA). En 1984, Maldonado funda el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). Otras instituciones en México encargadas de preparar terapeutas familiares son: PERSONAS, CENCALLI y la Universidad Nacional Autónoma de México en su Residencia de Terapia Familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Actualmente varias Universidades del País forman terapeutas familiares, donde se incorporan en los planes curriculares, conocimientos teóricos, prácticos, habilidades y actitudes. Así como la supervisión y práctica clínica. Sin embargo ninguna de ellas cuenta con un currículo tan completo, exigencia de horarios y formación de los alumnos como la UNAM.

Es así como en los últimos años ha sido notorio el crecimiento e interés de las Universidades por continuar formando a profesionistas especializados en el trabajo terapéutico con las familias.

Universidades que ofrecen estudios de Maestría en Terapia Familiar (Cuadro 1)

Estado	Universidad	Maestría	Duración	Contenidos	Referencia Electrónica
Guadalajara Jalisco	Universidad de Guadalajara	Terapia Familiar	5 semestres	Terapia Familiar Sistémica, constructivista y socio-construccionista. Práctica clínica Familiar Investigación	http://www.cucs.udg.mx/posgrado/index.php?Id=85
Tampico, Tamaulipas	Universidad del Noreste	Terapia Familiar	4 semestres	Conocimientos Teóricos y Prácticos, Habilidades y Actitudes Supervisión de Casos	http://www.une.edu.mx/mod2005/postgrado/maestria_terapia_familiar.htm
Torreón, Coahuila	Universidad Autónoma de la Laguna	Terapia Familiar y de Pareja	4 semestres	Conceptualización Sistémica Teoría y técnicas terapéuticas Parejas y Familias Sexualidad y Divorcio Supervisión y Práctica Clínica	http://www.ual.mx/portal/page?_pageid=33,10273&_dad=portal&_schema=PORTAL
Morelia, Michoacán	Universidad Vasco de Quiroga	Psicoterapia Familiar	4 semestres	Aplicación de Técnicas terapéuticas Tratamientos Familiar y Trabajo de investigación sistémica	http://www.uvaq.edu.mx/interior.php?c=34&j=8
Tijuana, Baja California	CETYS Universidad Baja California	Terapia Familiar	4 semestres	Modelos Teóricos Ética y Valores FOT	http://www.tijceys.mx/pos/tf.html#arriba
Mérida y Campeche	Universidad Anáhuac Mayab,	Terapia Familiar	5 semestres	Fundamentos de terapia sistémica Modelos contemporáneos Supervisión Terapia de pareja, terapia familiar con niños y adolescentes Terapia sistémica en grupos y comunidades Violencia intrafamiliar Adicciones Terapia familiar en situaciones de duelo Proyecto social Investigación	http://www.unimayab.edu.mx/posgrado/maestrias/maestria_terapia_familiar.php
Tlaxcala, Tlaxcala	Universidad Autónoma de Tlaxcala	Terapia Familiar	17 Asignaturas	Modelos de Terapia Familiar de primer y segundo orden. Modelos Conversacionales Investigación Clínica Supervisada	http://www.uatx.mx/oferta_academica/index.php?programa=38

3.2.2 Aportaciones en Terapia Familiar

El siguiente cuadro sintetiza las **aportaciones** de varios autores en el movimiento familiar iniciado en 1950, describe las primeras investigaciones, la apertura a la investigación de los campos sociales, la transición de la primera cibernética a la segunda cibernética y las publicaciones más importantes para el desarrollo de la Terapia Familiar hasta 1994.

Principales Aportaciones a la Terapia Familiar
(Cuadro 2)

Autor (a)	Principales Aportaciones
Bateson	<ul style="list-style-type: none"> • Investigó la comunicación por niveles de significado, de tipo lógico y de aprendizaje • Describió a la familia como entidad destinada a mantener el equilibrio. • Formulo la hipótesis de “doble atadura” (1956), la cual describía la comunicación, impuesta a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. • Definió las coaliciones cambiantes y se refirió a la “pauta que conecta” • Acuño el término de “esquismogénesis”: proceso de diferenciación en las normas del comportamiento individual resultado de la interacción acumulativa entre individuos. • Mencionó la presencia de ciclos autorreforzantes (simétricos y complementarios) • En 1949, también consideró las implicaciones de las ecuaciones de Richardson que le parecieron expresiones matemáticas de su conocimiento de la esquismogénesis. Rechaza la fatiga que propone Richardson y plantea otra posible respuesta: la doble necesidad de producir una tensión, seguida por una reducción de la tensión, que es característica de muchos organismos. • Investigó otros tipos de barreras a la esquismogénesis (fronteras sociales) • Sospecha que puede haber algún acuerdo interno, autoequilibrador en los grupos sociales que mantienen bajo control los movimientos esquismogénicos. • Descubrió la cibernética y uso el concepto (Naven 1985). • Nombra los “cambios progresivos inversos” • Publica, “The Cybernetics of Self” (1971), Pasos a una ecología de la mente (1972), Mente y Naturaleza (1979), Angels Fear (1987).
Jackson	<ul style="list-style-type: none"> • Acuña el término homeostasis familiar, describió la interacción familiar como un sistema de información cerrado en que las variaciones del producto o el comportamiento son alimentadas para corregir la respuesta del sistema. • Observó lo que llamó “escapada”: proceso amplificador de retroalimentación que se intensificará rápidamente conduciendo a una descomposición, a una amplificación o algún resultado violento. • Consideró que la desviación sería un fin de distracción y lo llamó “operación al rescate”

Autor (a)	Principales Aportaciones
Haley	<ul style="list-style-type: none"> • Compara la interpretación de Bateson de la doble atadura con la suya propia y arguye que hay una suposición implícita acerca de la motivación en ese tipo de pensamiento similar a la idea tradicional de que la gente es impulsada por necesidad y deseos internos, como el temor al castigo, deseo de amor o evitación del dolor. • Mencionó la existencia de díadas inestables. • Observó las consecuencias de los síntomas y el efecto sobre el individuo y las relaciones. • Redefinió la esquizofrenia como un “conflicto de grupo” y sugiere que esquizofrenia es el comportamiento resultante de mediar muchos triángulos familiares en pugna. • Concibe los sistemas en términos de la estructura de poder. • Publica Estrategias en Psicoterapia (1963), “Uncommon Therapy” (1973), Problem-Solving Theraphy (1976), Salir de casa (1979),
Weakland	<ul style="list-style-type: none"> • En 1960 rompe el modelo diádico de la doble atadura de la esquizofrenia con la hipótesis de que la interacción se da en tres partes. • Consideró el comportamiento esquizofrénico en tríadas en lugar de díadas
Bowen	<ul style="list-style-type: none"> • En 1950 hospitaliza a una familia entera para su observación y tratamiento. Tenía la idea de que la esquizofrenia era resultado de un nexo simbólico no resuelto con la madre. • Inició el pensamiento sobre la parte desempeñada por triángulos en la interacción familiar. Sostuvo que los triángulos ocurren en todas las familias y grupos sociales. • Presenta un atributo particular de las familias con índice de patología que es la capacidad de “diferenciación” o “una preexistente necesidad emocional de permanecer juntos”. • En 1978 publica: Práctica Clínica en Terapia Familiar
Menninger	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrolla una hipótesis de la esquizofrenia en tres generaciones.
Wynne	<ul style="list-style-type: none"> • Emplea la idea de “seudomutualidad” para describir la calidad viciosa de la familia esquizofrénica. Todos se encuentran bien unidos. • Comenzó con un interés en los desórdenes mentales de la esquizofrenia y la influencia del estilo de la comunicación familiar sobre estos desórdenes. • Describe la “cerca de caucho” como una frontera contra la ilusión que protege a la familia de los peligros de toda nueva información o cambio potencial.
Boulding	<ul style="list-style-type: none"> • En 1962 Investiga la propiedad de los ciclos autorreforzantes “procesos de reacción mutua”. • Toma la obra de Richardson de ecuaciones matemáticas, convierte éstas fórmulas en gráficas y le llamó “modelos de los procesos de Richardson”. • Llama “punto de equilibrio” a una gráfica que muestra una intensificación simétrica. • Menciona también que la intensificación complementaria evita la tendencia a ver tales luchas como cuestiones de motivación individual, tiene una pauta de circularidad en torno a un punto de equilibrio.
Ashby	<ul style="list-style-type: none"> • Propone que la retroalimentación “bimodal” es útil por que capacita a la entidad u organismo a sobrevivir las fluctuaciones y los cambios más radicales del medio. • Llamó cambios de primer orden a las respuestas correctivas o las fluctuaciones menores y cambios de segundo orden a las respuestas a las diferencias radicales del medio.

Autor (a)	Principales Aportaciones
Maruyama	<ul style="list-style-type: none"> • Nombra la segunda cibernética como un aspecto esencial del cambio en los seres vivos y en contraposición a la primera cibernética que utilizaban los teóricos de las relaciones familiares para definir los procesos que contrarrestan la desviación y cadenas de retroalimentación negativa • Cree que la supervivencia de cualquier sistema vivo depende de dos procesos importantes: la morfostasis y la morfogénesis. La morfostasis significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales logra esto mediante el proceso activado por el error, conocido como retroalimentación negativa • La morfogénesis se refiere a las veces que el sistema debe modificar su estructura básica, este proceso abarca una retroalimentación positiva o secuencias que actúan para amplificar la desviación que permite a una especie adaptarse a condiciones ambientales modificadas. • La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el status quo, la retroalimentación positiva es más radical y promueve la novedad. • Indica que es posible tener rizados (loops) causales mutuos positivos y negativos. • Rizos: serie de hechos causados mutuamente en que la influencia de cualquier elemento regresa a sí misma por otros elementos.
Hardin	<ul style="list-style-type: none"> • Postula que todos los sistemas tienen una “meseta homeostática”, es decir límites dentro de los cuales el sistema es autocorrector
Buckley	<ul style="list-style-type: none"> • Freno: es sinónimo de pauta, estructura o regularidad. Se aparta del estado aleatorio avanza hacia la “negentropía” ningún sistema vivo puede sobrevivir sin pauta o estructura. • Habla del círculo vicioso, diciendo que no sabemos a ciencia cierta si la resultante mantendrá o destruirá al sistema dado a sus estructuras particulares.
Durkheim	<ul style="list-style-type: none"> • Habla de que la función del desviado para el grupo, implica promover la solidaridad y poner en relieve las reglas y normas.
Ackerman	<ul style="list-style-type: none"> • Publica el Tratamiento de la problemática familiar en 1966
Boszormenyi-Nagy	<ul style="list-style-type: none"> • Busca en el sistema lealtades de tres generaciones. • Concentró su atención en la exploración de los límites de la psicoterapia intensiva de la esquizofrenia desde el punto de vista de la relación. • En 1965 publica Terapia Familiar Intensiva, en 1973 publica junto con Sparck: “Lealtades invisibles”, Fundamentos de la terapia contextual (1987)
Satir	<ul style="list-style-type: none"> • Publica Terapia Familiar conjunta en 1967, Peoplemaking (1972), Ayudar a las familias a cambiar (1975), junto con Stachiwiak y Taschman. Cambio de las familias (1976) en conjunto con Bandler y Grinder.
Bertalanffy	<ul style="list-style-type: none"> • Publica la Teoría General de los Sistemas en 1968.
Palazzoli	<ul style="list-style-type: none"> • Paradojas sistémicas. • Publica Paradojas y contraparadojas en 1978, en 1986 su teoría acerca de los juegos psicóticos en las familias.

Autor (a)	Principales Aportaciones
Erickson	<ul style="list-style-type: none"> • Habla de las funciones de la desviación en grupos. • Concede un lugar importante a la cultura y a la vida en relación a la construcción de la personalidad. • Para él, toda interacción debía comenzar por la observación minuciosa de la comunicación para comprender a la persona en su especificidad o unicidad. • Su instrumento fundamental fue hablar del “lenguaje del paciente”
Watzlawick	<ul style="list-style-type: none"> • Publica en conjunto con Weakland y Fich el libro titulado “Cambio”, en 1974, Pragmática de la Comunicación Humana (1976) junto con Beavin y Jackson, El lenguaje del cambio (1978), Who Real is Real? (1976) La entrevista interaccional (1977) junto con Weakland, La realidad inventada (1984),
Minuchin	<ul style="list-style-type: none"> • Sus aportaciones a través del modelo estructural se evidencian en sus publicaciones: Families of the slums (1967), Familia y Terapia Familiar (1974), Familias Psicósomáticas (1978)
Papp	<ul style="list-style-type: none"> • Publica Family Therapy: Full Length Case Studies en 1977., La red invisible en 1988, junto con Walters y Carter.
Madanes	<ul style="list-style-type: none"> • Publica Terapia Familiar Estratégica en 1981, Detrás del espejo unidireccional (1984), Sexo, amor y violencia (1990)
Fisch	<ul style="list-style-type: none"> • Emplea el término “el palo de tres metros” para describir la estrecha gama de cercanía y lejanía que parece limitar la relación de algunas parejas. • Publica junto con Weakland y Segal: Táctica del Cambio en 1982
De Shazer	<ul style="list-style-type: none"> • Escribe a cerca de las técnicas en terapia breve y publica: Claves en psicoterapia breve (1985), Clues (1988) En un origen las palabras eran magia (1994)
Gergen	<ul style="list-style-type: none"> • Inicia el movimiento social constructivista en psicología (1985), en 1991 publica el Yo saturado. •
Varios (1973 a 1993)	<ul style="list-style-type: none"> • Speck y Attneave: Redes Familiares (1973) • Napier & Whitaker: The Family Crucible (1978) • Hare-Mustin: Un enfoque feminista de la terapia familiar (1978), Feminismo y terapia familiar (1985), • Rueveni: Redes familiares en crisis (1979) • Kempler: Psicoterapia Experiencial con familias (1981) • Von Foerster: Observing Systems (1981) • Gilligan: In a Different Voice (1982) • Walsh: Normal Family Process (1982) • Keeney: Estética del Cambio (1983) • Doherty y Baird: Terapia familiar y medicina familiar (1983) • Andersen: El equipo reflexivo (1987) • O’Hanlon y Weiner-Davis. En busca de soluciones (1989) • White y Epton: Medios narrativos para fines terapéuticos (1990) • McDaniel, Hepworth y Doherty: Terapia médica familiar (1992) • Boscolo y Bertrando: Los tiempos del tiempo (1993) • Hoffman: Exchanging Voices (1993)

Referencias del Cuadro: Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica, 1981., Papp (1988). *El proceso de cambio*. México: Paidós, Wittezaele, J y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder. y Becvar, D.S. and Becvar, R.J. (1996) *Family Therapy. A Systemic Integration*. Boston: Allyn and Bacon.

Posterior a la Terapia Familiar Sistémica surge la terapia posmoderna, está basada en la idea del “agotamiento de la modernidad”, donde se derrumban los fundamentos que han sustentado los grandes relatos de la visión occidental.

El movimiento sistémico se vuelve mucho más flexible, al reconocer la necesidad de presentar más atención al individuo, e incluso tratarlos solos o en díadas, en vez de toda la familia (Feixas, 1998). Es como comienzan a formarse, las siguientes epistemologías, basadas por supuesto en los pioneros de la Terapia Familiar.

Constructivismo

La **característica fundamental del constructivismo** es la afirmación de que el conocimiento humano es activo, anticipatorio y literalmente constructivo, argumenta que los humanos somos co - creadores de las realidades. Las teorías constructivistas defienden el supuesto, de que la información se transmite desde el ambiente al organismo. Los **constructivistas radicales**, tienden hacia el idealismo filosófico, defendiendo que todo lo experimentado es auto-generado y recursivo a nivel orgánico, sin embargo los **constructivistas críticos**, sostienen que el mundo externo interfiere claramente en las construcciones del organismo, es decir reconocen la existencia de un mundo externo real (Mahoney, 1995).

Gregory Beatson desde 1972, abrió paso con sus pensamientos epistemológicos que influyeron en los terapeutas sistémicos, y posteriormente aparecen los autores constructivistas como Von Glasersfeld, Von Foerster, Maturana y Varela (Feixas, 1998).

Para Neymer (1998), la terapia constructivista es “una ciencia personal”, basada en la Teoría de los Constructos Personales de Kelly (1995), la cual sostiene que el conocimiento surge a partir de un proceso de construcción y no de una representación directa de la realidad, considera que existe una influencia de la etiquetación de la patología, utiliza el papel central de la anticipación, la visión de la resistencia como un movimiento coherente del sistema, el uso del lenguaje y las metáforas del cliente, la exploración de las soluciones intentadas, el uso potencial de prescripciones y la visión de la **terapia como un proceso de reconstrucción** en la que la experiencia del cliente cambia, en la medida en que genera alternativas más viables. En esta teoría el principal criterio no es el valor de verdad de la interpretación sino su relevancia para dar cuenta de lo que el cliente considera crucial y su potencial para la generación de una manera alternativa de afrontar el futuro. Además consideró incoherente con el constructivismo la afirmación de que los terapeutas evitan conceptualizar y crear un mapa de creencias del cliente, ya que los terapeutas también estamos construyendo la realidad, sin embargo se

desarrolla un **sistema profesional de construcción**, que indudablemente guarda relación con el sistema de constructos personales del terapeuta, entonces es como reconoce la imposibilidad de actuar sin modelo, pero se intenta elaborar un modelo de constructos personales coherente con la postura constructivista (Kelly (1995, en Feixas, 1998).

De manera general el modelo constructivista debe estar centrado en el proceso de construcción en vez de en la realidad construida, tiene que dar cuenta de la manera en que interactúan los sistemas de construcción más amplios con los más restringidos y debe dar cuenta de los procesos de construcción del observador y de lo observado (Feixas, 1998):

Existen varios enfoques en psicoterapia con distintas perspectivas, parece ser que se están integrando con el objetivo de crear un cuerpo unificado de conocimiento que pueda servir de guía a la investigación y a la práctica. La integración, desde el constructivismo, tiene más que ver con el compromiso en torno a una perspectiva epistemológica que permita la utilización de distintas estrategias, y el diálogo entre tradiciones psicoterapéuticas (Neimeyer, 1998).

Construccionismo Social

El **construccionismo social** es una corriente derivada del **constructivismo** que ofrece una alternativa de construcción del sí mismo o de otros eventos del mundo del individuo que se desarrolla a través del lenguaje. Desde esta posición cada individuo es libre de pensar sobre el significado de diferentes conceptos construidos por medio del lenguaje. Para el construccionismo social el **lenguaje** es fundamental en sus diferentes variaciones, cuando se expresa en presencia de otros, el lenguaje se convierte en una actividad social, es decir que nuestras expresiones son ofrecimientos sociales para participar en el vínculo con los otros, estas expresiones son necesarias para crear significados, las expresiones vienen primero, los significados después (Feixas,1998).

El conocimiento se produce en el contexto de una interacción social influida por el lenguaje, la cultura y el ambiente familiar y el proceso de determinar su validez es un proceso social en sí mismo. Para la **construcción social** no es posible una representación verdadera y objetiva del mundo y posiciona en un lugar privilegiado al lenguaje como elemento de análisis y posibilitador de la construcción de nuestras realidades (Feixas,1998).

El **foco de análisis** de la terapia construccionista es la construcción de la realidad, es decir la forma en que la persona narra su mundo, el **objeto de cambio** es la construcción que se hace a través de la narración, las intervenciones son denominadas co – construcciones y el tipo de comunicación es básicamente verbal. Las formas en las que nosotros narramos nuestras situaciones o nuestro mundo, nada nos dice sobre un mundo real sino que dependen de unos acuerdos sociales que tienen que ser mantenidos constantemente con quienes nos relacionamos. Gergen (1996) distingue entre 4 tipos básicos de narraciones dependiendo su forma progresiva o regresiva. (Trágica, comedia – novela, y fueron felices... y epopeya-heróica)

El **terapeuta construccionista** debe pensar abstractamente, pues debe lograr fomentar otras narraciones potenciales, pero a su vez no debe comprometerse con ninguna en particular, cada persona es un misterio ya que de antemano no podremos saber qué es lo que hay en forma potencial para apoyar. Las técnicas construccionistas se van desarrollando en búsqueda de una construcción potencialmente más útil para la pragmática de cada persona. Vuelve a repetirse la vaguedad que nombrábamos en la teoría construccionista. Se le exige más al terapeuta de sus capacidades creativas y de una visión aguda, para no perder de vista la propia construcción y las narraciones latentes que traen las personas que consultan.

Estas últimas ideas que plantea el construccionismo, pueden relacionarse con lo que planteó Bateson (Bateson y Ruesch 1951) como el deuteroaprendizaje, es decir la capacidad que toma el ser humano a aprender determinados contextos, el "aprender a aprender", el desarrollar una epistemología.

Los **modelos constructivistas y construccionistas** sociales han enfatizado el protagonismo, el compromiso y la intersubjetividad entre el terapeuta y la familia. La familia y el terapeuta son influidos recíprocamente por las conductas y comportamientos del otro, lo que juega constructivamente en una nueva forma de ver las cosas y poder resolverlas. En estas teorías el sujeto es un individuo activo y no pasivo de la realidad y es capaz de producir cambios en los sistemas donde interactúa y obviamente también en sí mismo. En este enfoque el terapeuta es, junto con el paciente o la familia, co-constructor de nuevas narrativas y alternativas (White y Epston, 1990).

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

3.3.1 Modelo Estructural

La terapia estructural de la familia se desarrolló en la segunda mitad del siglo XX, fue desarrollada por Salvador Minuchin. La creación de este enfoque coincide con la concepción en este siglo de que el hombre es parte de su medio “yo soy yo y mi circunstancia” (Ortega y Gasset en Minuchin, 1979). Las técnicas tradicionales de salud mental se organizaron en una fascinación producida por la dinámica del individuo y se concentraron en la exploración del individuo exclusivamente aislado en su medio (Minuchin, 1979). El enfoque estructural aparece como un nuevo modelo que se basa en que la persona es un miembro activo y reactivo de grupos sociales; sus experiencias de la realidad dependen de elementos internos y externos a él, es decir, su experiencia es determinada por su interacción con el medio.

Salvador Minuchin el fundador y uno de los fundamentales promotores de la Terapia Familiar Estructural se vio motivado y se empeñó por buscar una forma de trabajo que diera respuesta a la necesidad de muchas personas, personas de clases socio culturales bajas, las cuales no podían acceder a otro tipo de terapia, o como señala Cloé Madanes (1982) "familias, con las cuales no había resultado útil la terapia tradicional". La preocupación de Minuchin se centró en el trabajo con familias e individuos que no podían ser ayudados por las concepciones psicológicas de ese tiempo.

En la época en que Minuchin comenzaba a dar forma a su teoría, a su vez había otros investigadores que estaban buscando nuevas formas de trabajo teniendo en cuenta el marco familiar y comunicacional, investigadores que probablemente influyeron en la nueva forma de trabajo de Minuchin, ideas como la causalidad – circularidad, la introducción de la teoría de los tipos lógicos, la teoría del doble vínculo y el manejo de términos como información y comunicación influyeron en el desarrollo de la Terapia Familiar Estructural que se perfiló como un conjunto de teorías y técnicas que estudian al individuo en su contexto social e implica modificar la organización de la familia. Es un enfoque que se basa en la idea de que los miembros de la familia se relacionan de acuerdo con ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones.

El terapeuta puede responder a estas transacciones de diferentes maneras: realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites, pautas transaccionales, plantea hipótesis y establece un mapa familiar (Minuchin, 1979). La Terapia Familiar Estructural tiene varios aspectos técnicos que se refieren a totalidades organizadas como son: complejidad, jerarquía, poder, interacción e información. Entre estos el aspecto de jerarquía es de fundamental importancia ya que en esta teoría las jerarquías con sus diferentes niveles y diferenciaciones dan lugar a la estructura familiar y es así como lo analizará el terapeuta familiar estructural.

En la Terapia Estructural el **foco de análisis** centra su atención principalmente en cómo se organiza la familia a partir de la interdependencia y las jerarquías. Esta focalización le permitirá al terapeuta formarse un mapa de la estructura de esta familia, para pensar el problema. Según este modelo la causa del malestar proviene de la idiosincrasia de la estructura de la familia. El enfoque estructural de las familias se basa en el concepto que una familia no se reduce a los aspectos biopsicodinámicos individuales de sus miembros si no que los miembros de una familia se relacionan de acuerdo con ciertas disposiciones que gobiernan sus transacciones que por lo general no son establecidas en forma explícita, o siquiera reconocida, pero que constituyen la estructura de la familia como tal, es por eso que desde esta perspectiva la parte más importante a trabajar en terapia es la estructura del grupo familiar, pues al modificar la estructura y las posiciones de los miembros en la familia, se modifican también las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1979).

Los **objetivos** de la Terapia Familiar Estructural se deducen de la focalización en la estructura, el terapeuta entra al sistema buscando una estructura disfuncional, o la presencia del síntoma, va a tener como objetivo el cambio de esa estructura actual, a otra que él mismo, valore como más conveniente. Es importante saber que el terapeuta estructural, conceptualiza lo que es una familia funcional o disfuncional. Esto lo señala Minuchin (1979) cuando dice que la terapia estructural "debe partir de un modelo de la normalidad para medir las anomalías". Otro de los objetivos del enfoque estructural como terapia es el de realizar intervenciones en el presente, el terapeuta utiliza su persona para transformar, reparar o modificar el funcionamiento de la familia. Es una terapia de acción que consiste en modificar el presente y no en explorar e interpretar el pasado, el terapeuta se asocia al sistema y utiliza su persona para transformarlo (Minuchin, 1979).

En este enfoque el terapeuta familiar evalúa las transacciones de la familia y se concentra en 6 áreas fundamentales (Minuchin, 1979):

- Estructura de la familia, pautas transaccionales y alternativas.
- Flexibilidad del sistema y capacidad de reestructuración.
- Resonancia, y sensibilidad.
- Contexto de vida, fuentes de apoyo y estrés.
- Estadio de desarrollo.
- Síntoma del paciente identificado

Con respecto a las intervenciones, el terapeuta estructural entra al sistema con una idea de que los síntomas se mantienen por las estructuras disfuncionales, sus actos, conductas y comunicación verbal tienden en todo momento a la revocación de esa forma de relacionarse para poder cambiar la estructura de ese sistema. El tipo de intervención trabaja también en lo analógico como son los movimientos, el cambio de lugares y las escenificaciones.

En base a la obra de Minuchin y Fishman (1994) "Técnicas de Terapia Familiar", las estrategias y técnicas de intervención que se utilizan en terapia familiar estructural y que se presentan a continuación están determinadas por la meta que persiguen. El enfoque estructural tiene varias **metas terapéuticas**:

- Intenta producir el cambio a través del proceso de asociación con la familia y su reestructuración en forma planificada, para transformar las pautas transaccionales disfuncionales.
- Intenta modificar la organización de la familia y las posiciones de los miembros en el grupo
- Fundamentada en la teoría de los sistemas, se ve al individuo no como un ser aislado, sino como un miembro activo y reactivo de grupos sociales.
- Estudia al hombre en su contexto social y sus circunstancias.
- Entiende que la vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno sino que sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema.
- Considera al individuo como un subsistema o parte del sistema pero toma en cuenta el conjunto.
- Sostiene que las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros de este sistema.

- Explica que el presente del individuo es su pasado más sus circunstancias actuales.
- Modifica el presente sin interpretar el pasado, el pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia, por lo tanto se manifiesta en el presente y podrá cambiar a través de intervenciones que cambien el presente.

Cuando una familia llega a terapia es porque reconoce que desean la asistencia y ven al terapeuta como un especialista, éste se introduce en su sistema y ayuda a modificar situaciones, malestar o sufrimiento. Para ello el terapeuta cuenta con las siguientes estrategias:

Formación del sistema terapéutico. La creación de un sistema terapéutico implica asociarse con la familia, Minuchin (1979) menciona la unión y el acomodamiento como dos términos que describen este proceso: La **unión** intenta desplazar al sistema terapéutico en la dirección de las metas terapéuticas. Es posible que las técnicas de unión no siempre dirijan a la familia en la dirección de los objetivos terapéuticos, pero son exitosas en la medida en que generalicen el retorno de la familia a la siguiente sesión. El **acomodamiento** se utiliza cuando se pone el acento sobre las adaptaciones del terapeuta tendiente a lograr la alianza, el terapeuta debe aceptar la organización de la familia y fundirse con ellos, debe experimentar las pautas transaccionales de la familia y la fuerza de estas pautas. Este proceso no es unilateral del mismo modo que el terapeuta se acomoda para unirse a la familia, la familia también debe acomodarse para unirse al terapeuta. El terapeuta debe acomodarse a la familia e intervenir de un modo que la familia pueda aceptar. Algunas técnicas de acomodamiento son:

Mantenimiento. Proporciona un apoyo programado a la estructura familiar tal como el terapeuta la percibe y analiza. El sistema puede ser mantenido en su estructura y en las características individuales de sus miembros.

Rastreo. Significa el planteamiento de preguntas que clarifiquen lo que está en juego, la realización de comentarios aprobadores o el estímulo para la amplificación de un punto. El terapeuta no cuestiona lo que se dice y se ubica a sí mismo como una parte interesada.

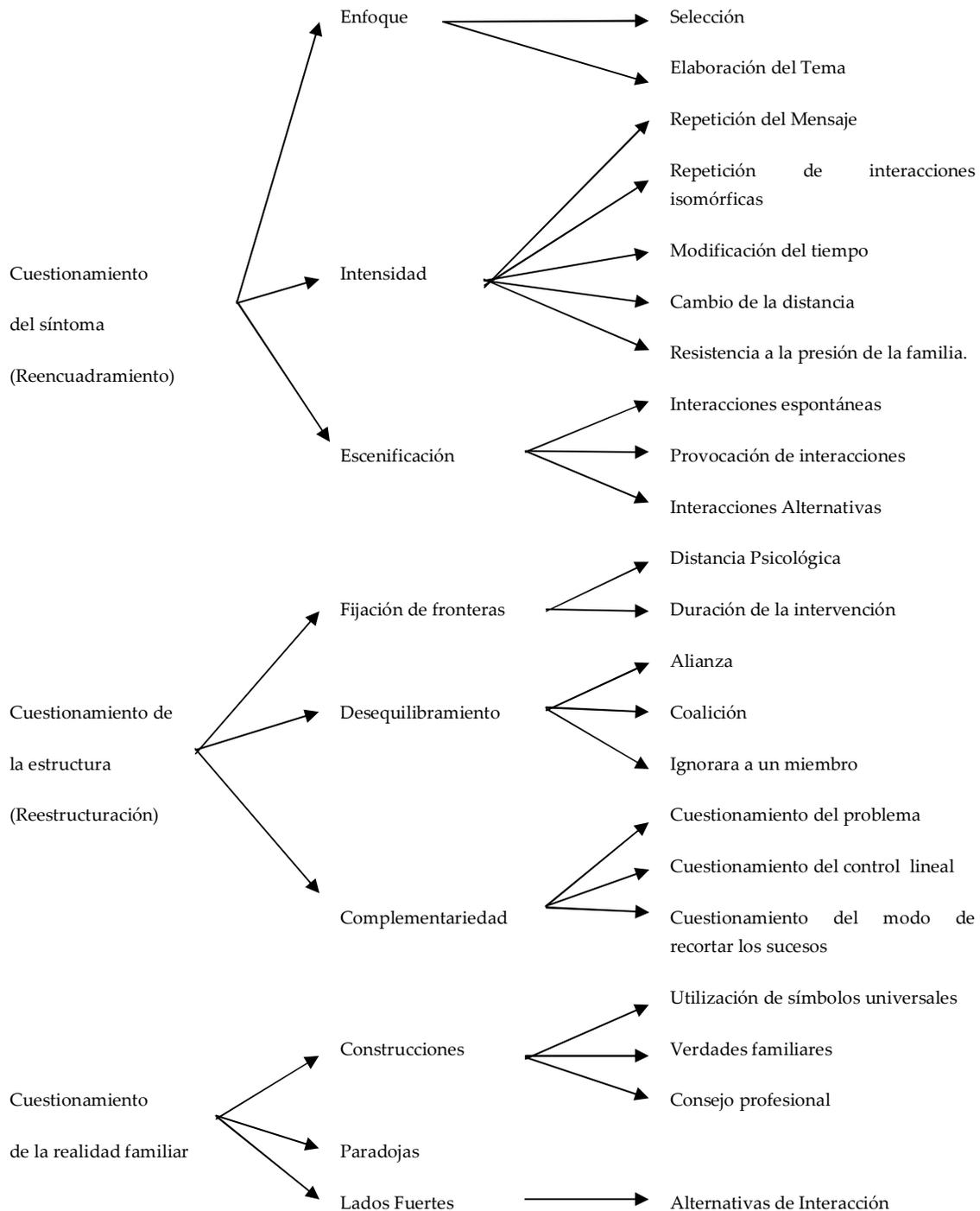
Mimetismo. Lo puede utilizar el terapeuta para acomodarse a un estilo familiar y sus modalidades afectivas. Los terapeutas experimentados realizan operaciones miméticas sin percibirlo.

Diagnóstico familiar. Es la hipótesis de trabajo que el terapeuta desarrolla, requiere la acomodación del terapeuta a la familia para formar un sistema terapéutico, uno de los objetivos consiste en ampliar la conceptualización del problema.

Las **técnicas de intervención** propuestas por Minuchin y Fishman (1994) se agrupan en 3 grandes grupos, tendientes al cuestionamiento del síntoma, cuestionamiento de la estructura y el cuestionamiento de la realidad familiar.

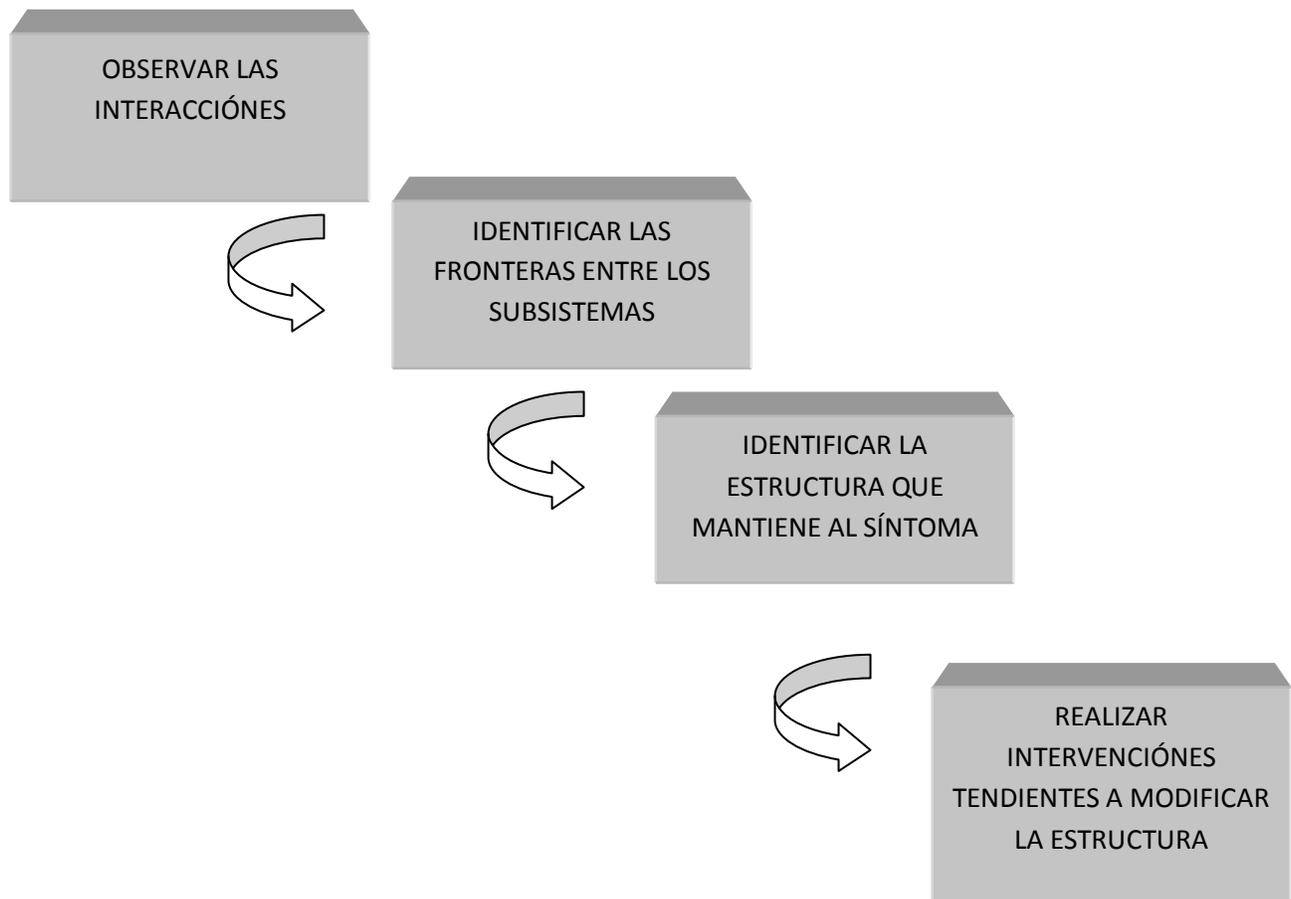
El siguiente esquema muestra los grupos en los que se dividen las técnicas.

Técnicas del Modelo Estructural (Esquema 1)



El primer problema del terapeuta estructural cuando se hace copartícipe de la familia es definir la realidad terapéutica, mediante la observación de las interacciones de los miembros de la familia en el interior del sistema terapéutico, el terapeuta selecciona los datos que habrán de facilitar la resolución del problema. Esto le permite de alguna manera modificar, ampliar y desechar datos. El terapeuta debe confiar en algunas propiedades del sistema como la transformación, la organización, la regulación, el funcionamiento y su propiedad de autopropagación. Cuando el terapeuta trabaja con el paciente o con la familia su conducta se incluye en el contexto.

El modelo estructural plantea una modalidad de intervención muy interesante trabaja con tres o más personas y pone atención en el presente, maneja los problemas estructurales de la familia e intenta generar cambios, diferenciar sistemas y organizar al sistema, es más directivo que otros enfoques y pone mayor acento en la jerarquía. Para finalizar se propone el siguiente esquema que resume los principales aspectos de la teoría de la terapia familiar estructural y marca lo que hipotéticamente haría un terapeuta de esta orientación.



La Terapia Estructural marca pautas claras para lo que es la teoría de la técnica, cuales son los presupuestos y las ideas que deben desarrollarse en el proceso terapéutico. Haciendo un resumen general, podemos decir que lo que intentará hacer el terapeuta estructural es devolver a la familia y en ella a los subsistemas la capacidad de cumplir con las funciones asignadas y seguir su desarrollo. Las técnicas de terapia familiar estructural son muy descriptivas, inducen al terapeuta a llevar paso a paso las intervenciones, en momentos específicos, lo que fomenta que el terapeuta sea directivo en las sesiones.

Sin embargo el terapeuta estructural tiene una idea de lo que es una familia “funcional” o “disfuncional”, posee un ideal de la misma y esto lo lleva a hacer intervenciones con una finalidad delimitada y de alguna manera el manejar solamente la estructura de la familia puede llevar al terapeuta a caer en una construcción donde se olvide que hay otras realidades posibles. Se puede quedar atrapado y atrapar a la familia en un reduccionismo “teórico” y se pueden perder de vista otras realidades familiares. Además el terapeuta se considera experto y como tal propone o estimula la construcción de una realidad que él mismo valora o evalúa y no da paso a una postura más abierta, y poco promueve que la familia sea copartícipe del cambio.

3.3.2 Modelo Estratégico

La terapia familiar estratégica fue desarrollada a partir de las contribuciones y la forma de impartir terapia de Milton Erickson, este enfoque se desarrolló directamente a partir de una **orientación hipnótica** y aunque se utilizan una gran variedad de técnicas de ésta, no se busca la inducción al “trance” sino que estas técnicas se usan como un estilo especial de comunicación entre terapeuta y paciente y como una manera de influir en las personas, mediante palabras, entonaciones y movimientos corporales, de manera que el paciente alcance sus objetivos (Madanes, 1982).

En la intervención familiar estratégica los procesos psicoterapéuticos están encaminados a la solución de problemas y a adaptar estrategias para lograr este objetivo (Haley, 1989). En este enfoque el terapeuta asume la responsabilidad de diseñar y planear una estrategia específica para cada problema y para cada paciente, la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta. La terapia estratégica según Haley (1983) no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

El **estilo directivo** de la psicoterapia con enfoque estratégico tiene la finalidad de hacer una terapia eficaz en poco tiempo, hace hincapié en las circunstancias presentes y la función actual del o los síntomas, más que en el pasado. Este tipo de método no se propone llevar a la persona a la conciencia de las conexiones entre pasado y presente, sino conseguir un cambio rápido en aspectos específicos, para que sea posible una modificación progresiva de otros aspectos de la vida, después de terminado el tratamiento (Haley, 1989). El empleo de la comunicación basada en metáforas y analogías tiene también un papel central en los procedimientos de la terapia estratégica (Haley, 1988).

Las técnicas propuestas por Milton H. Erickson, uno de los principales creadores del estilo de tratamiento directivo en psicoterapia muestran que a pesar de la diversidad de sus métodos, de alguna manera se repite una misma pauta formal. Primero se hace con el control de la conducta sintomática del paciente, la fomenta y posteriormente establece una paradoja y luego permite un cambio de actitud (Haley, 1989).

La terapia familiar estratégica utiliza las **maniobras** de la hipnosis como medio de establecer ciertas premisas sobre las relaciones humanas aplicables a la relación terapéutica, esta relación puede estar encaminada a modificar la percepción, las emociones y sensaciones somáticas de la persona que consulta dentro de una relación complementaria. El terapeuta trata de mantener el control de la relación, entendiéndolo como la lucha por el control de la definición de la relación y no como el control a la persona (Haley, 1989).

Según Madanes (1982), la terapia familiar estratégica propone alcanzar los siguientes **objetivos**:

- Ayudar a las personas a sobrellevar las crisis propias del ciclo vital.
- Ayudar a que las personas pasen a la siguiente etapa.
- Impedir la repetición de secuencias
- Introducir mayor complejidad y alternativas.

Para alcanzar los objetivos propuestos, se programan varias **etapas en la terapia**:

- Definición del problema
- Discernir a los involucrados en el problema
- Planear la intervención
- Planear las etapas del cambio
- Revisar si las estrategias estén teniendo resultados

Uno de los principales **objetivos** de la terapia familiar es solucionar dentro del marco “familiar” los problemas que se le presentan a las personas. En el marco del enfoque estratégico esto se logra a través de técnicas especialmente adecuadas para la solución específica de la situación. Estas intervenciones estarán destinadas a eliminar o disminuir el síntoma que prevalece en la organización social (Haley, 1988).

Hay muchas formas de **intervención** terapéutica, dentro del enfoque familiar estratégico, según Haley (1989) éstas pueden ser “uno a uno”, es decir el terapeuta trata individualmente a cada miembro de la familia en presencia de otros, “convergente” en donde todos los miembros de la familia participan en la conversación, cada uno se dirige al terapeuta y no a los demás y la “conversación familiar forzada” en donde el terapeuta estimula a los miembros de la familia a que hablen entre ellos y no con él.

Básicamente el tipo de intervenciones en este enfoque son **directivas**, una directiva es una técnica de intervención propia del modelo estratégico, puede ser directa o implícita y su finalidad es hacer que las personas cambien su manera de comportamiento y pretende intensificar la relación terapeuta – paciente (Haley, 1988). Uno de los objetivos de las técnicas directivas es obtener la información necesaria rápidamente y generar cambios (Haley, 1989).

Cuando un sujeto resiste a las directivas, se puede cambiar la estrategia y comenzar a comunicarse a través de analogías o metáforas y se espera que este haga espontáneamente la conexión y responda de manera adecuada dirigiéndose al cambio. Las metáforas pueden ser utilizadas como maniobras terapéuticas e incluso como exploración para recoger información. En algunos casos las personas por sí mismas comunican mensajes metafóricos a través de la interacción en la terapia, el terapeuta simplemente tiene que responderle de la misma manera (Haley, 1983). De esta misma forma el problema también se puede presentar como metáfora (Haley, 1988), descubrir esta metáfora es el reto para el terapeuta, en ocasiones las “pistas” para descubrirlas se encuentran en el contenido verbal y no verbal de lo que comunica la familia (Madanes, 1982).

Ofrecer a una persona dos indicaciones incompatibles que exigen una respuesta, y ésta puede responder dando a entender que no responde a indicación alguna, es un proceso denominado **paradoja**, es decir una indicación que califica conflictivamente a otra, ya sea simultáneamente o en un momento distinto (Haley, 1989). Para que se genere el cambio en la terapia evidentemente debe haber una relación de confianza y una buena alianza, para poder manejar intervenciones de tipo paradójico, puesto que en estos casos la comunicación no se recibe como analógica sino como digital y se corre el riesgo de que un miembro de la familia tome la metáfora en sentido literal (Haley, 1988). Para ofrecer la oportunidad de cambio a través de la rebelión se puede utilizar las tareas paradójicas en la que se pretende que la familia se resista y de este modo cambie (Haley, 1988).

Estas **técnicas directivas, metafóricas y paradójicas** se basan en el modelo de la hipnosis, se basan en el tipo de relación terapéutica y consisten en persuadir a la persona que consulta que puede experimentar un cambio positivo en su vida y de cómo él o ella misma puede producir los cambios (Haley, 1989), algunos ejemplos concretos de estas técnicas son: la prescripción de recaída, frustración de una respuesta para alentarla, el empleo del espacio y la posición, énfasis en lo positivo, siembra de ideas, utilización del síntoma, aliento de la resistencia y la ampliación de la desviación.

El papel del terapeuta en este enfoque consiste en estar muy atento a los elementos de la situación y de la interacción que le permitan plantear a la familia el problema en términos resolubles, para ello Madanes (1982) propone que el terapeuta debe formular una hipótesis general del problema, definir el problema a la familia como tendiente al cambio, elaborar una estrategia e instrumentarla por medio de intervenciones directivas o paradójicas. Debe tener una participación activa haciendo uso de su flexibilidad y espontaneidad, su labor es cambiar la problemática presentada por el paciente, con el objetivo principal de poner la atención en la sintomatología e intentar eliminarla para producir el cambio y su tarea principal consiste en cambiar la secuencia de interacción, modificando de esta manera la organización jerárquica del sistema familiar (Haley, 1988). El terapeuta debe adecuar la tarea a la persona y al contexto específico aprendiendo de la experiencia.

La posición en la que se encuentra el terapeuta es la de un extraño que entra en un sistema de comunicación firmemente estructurado, donde los síntomas constituyen un estilo de conducta adaptado al comportamiento actual de los otros integrantes del sistema (Haley, 1988). El terapeuta debe identificar problemas solucionables, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado (Haley, 1983).

En el contexto del proceso terapéutico de un grupo familiar, existen múltiples aspectos a considerar para realizar las intervenciones adecuadas, algunos de ellos se eligen de acuerdo a las variables más significativas en relación al cambio. Estas variables según explica Haley, (1988) son temas centrales del enfoque estratégico, como el poder y organización, pues en una familia la jerarquía suele estar trazada primordialmente por límites generacionales, económicos y de género.

El proceso terapéutico en este modelo incluye una serie de **etapas** (Haley, 1988):

- Primera entrevista, averiguando la secuencia de hechos.
- Buscar estrategias más adecuadas para generar el cambio.
- Generar el cambio a través de etapas: creando situaciones anormales, haciendo intervenciones paradójicas y motivar a la familia para hacer cambios en la situación presente y organizar a la familia con una intervención breve, rápida e intensa.

En conclusión la **meta** del proceso terapéutico estratégico consiste en hacer que las personas se liberen de las metáforas que están utilizando, pasando a emplear otras más apropiadas o en bloquear las metáforas a fin de obligar al paciente a

desarrollar otras, el objetivo de la terapia es cambiar la conducta comunicativa del individuo, o sea cambiar su metáfora, al cambiar la situación cambia la comunicación y viceversa (Haley, 1988).

Fernández (1998), propone siete principios estratégicos generales que tiene aplicabilidad a todos o la mayoría de casos abordados desde este enfoque, estos son:

- **Flexibilidad:** no existe un procedimiento rígido de tratamiento las intervenciones se adaptan al problema.
- **Economía:** la intervención terapéutica se planeará con el mínimo de medios y el máximo de resultados.
- **Simplicidad:** se evitan las complejidades, se utilizan tácticas y técnicas concretas.
- **Control:** encauzamiento de la acción para el logro de los objetivos concretos.
- **Seguridad:** elección adecuada de procedimientos e intervenciones.
- **Iniciativa:** intervención terapéutica activa y directiva.
- **Sorpresa:** el ataque inesperado del terapeuta aumenta la eficacia de algunas maniobras.

La Terapia Familiar Estratégica tiene una marcada tendencia a buscar estrategias para el cambio de la familia, intenta cambiar las secuencias de interacción y comunicación de la familia a fin de resolver el problema presentado. El terapeuta puede trabajar pensando en díadas o en tríadas y en función de ello buscará la alianzas, o triángulos involucrados intentando modificar las respuestas recíprocas y las relaciones e interpretará los síntomas como repuesta a estas relaciones y posteriormente introducirá el cambio (Haley, 1988).

Dentro de la terapia familiar con enfoque estratégico, se entrevista conjuntamente a toda la familia y el terapeuta pide a sus integrantes que ofrezcan analogías verbales sobre su problema (Haley, 1988). Desde el enfoque estratégico se pueden abordar distintos problemas de tipo familiar como: los conflictos trigeracionales (abuelos, familias con madres solteras, duplicación de roles e hijos parentales) y los conflictos bigeneracionales (parejas con conflictos maritales que tienden a utilizar a uno o varios de los hijos como móvil de sus discusiones). En esta concepción del matrimonio como una tríada Haley (1988) menciona que el problema marital no es exclusivo de cada pareja y propone cuatro maneras principales a través de las cuales se presenta el problema: como síntoma individual, como problemas con los hijos, crisis familiares y/ o solicitud de asesoramiento familiar.

El enfoque adoptado para tratar el síntoma debe variar según la familia, no se va a tratar igual a una familia parental que a una monoparental, es importante tener en consideración también la cultura así como el sistema de creencias y la religión. El tipo de comunicación, los roles, las jerarquías y la organización, que incluye la interacción y comunicación familiar y la puntuación de los hechos (Haley, 1988).

En este enfoque nos damos cuenta de que la persona se encuentra mejor cuando se comunica de forma distinta y ya no comunica el síntoma. Esto quiere decir que la metáfora ha cambiado, por tanto el problema también y si no fuera así probablemente la persona continuaría empleando el lenguaje analógico pero su analogía sería más sana. Otras consecuencias del cambio se perciben cuando el paciente ha modificado su estilo de comunicación con las personas con las que convive y posiblemente también cambie la organización (Haley, 1988).

Este enfoque de terapia familiar es distinto a otros, en él se permite que los miembros de la familia intercambien cierta información pero no otra, controlando paso a paso hasta alcanzar la meta y se educa para la amnesia del trauma aunque luego se retoma de manera sistémica. Este enfoque también se centra en la autonomía de los miembros más que en la cohesión y evita la exploración del sí mismo, las tareas designadas son dirigidas a modificar la relación de manera que la persona comprenda como o que de la conducta y no el comprender el porqué lo hace. Desde este punto de vista estratégico es más útil el saber vivencial y el saber emocional que el saber de sí mismo. El cambio terapéutico puede ocurrir sin que la persona comprenda el significado o la función de su conducta. Esta terapia no está orientada al crecimiento personal ni se preocupa por el pasado, el acento está puesto en la comunicación presente (Haley, 1983).

Todos estos métodos de tratamiento directivo no intervienen en el insight ni los intentos de conciencia y comprensión de sí mismo. No hay interpretaciones de transferencia ni se establecen conexiones entre pasado y vida actual desde el punto de vista intrapsíquico y aunque el terapeuta perciba este tipo de datos intrapsíquicos no lo revela pues su propósito es conseguir un cambio y no atraer la atención sobre la estructura mental y emocional (Haley, 1989).

Esta forma de abordaje es útil en muchos casos, sin embargo como en cualquier modelo o procedimiento hay situaciones excepcionales que requieren otro tipo de abordaje. Al parecer intenta fomentar la autonomía sin embargo, el no producir insight y proporcionar solo directivas, "podría" provocar recaídas o el inicio de otro tipo de problemas y por lo tanto una recurrencia o dependencia a la terapia. Sin embargo Haley (1988), menciona la importancia de mantener las maniobras

terapéuticas fuera de la consciencia como una consideración ética, y como una táctica para el cambio, manipular las situaciones de manera consciente con un objetivo determinado y respetando los límites entre terapeuta y cliente, así como haciendo distinción entre mentir sin fundamento y generar una estrategia.

El método de trabajo de este enfoque implica hablar de **cuestiones éticas** pues es un enfoque muy complejo en cuanto a intervenciones y el trabajo del psicoterapeuta está involucrado en una relación con “personas” que la mayoría de las veces se vuelve también muy compleja. Haley (1988) plantea dos cuestiones principales, como las más importantes a considerar en los aspectos éticos del quehacer terapéutico: la noción del intercambio justo y el control u ocultamiento de la información. Básicamente el cuestionamiento es que tan ético es inducir el cambio en una persona sin que tenga conciencia de lo que ocurre en su vida y en su terapia.

Este modelo guarda mucha similitud con el modelo estructural en el que se desplaza a los miembros de la familia de tal manera que se conserve el agrupamiento familiar pero a su vez cambie la disposición de los miembros de la familia y se suscite un cambio en la dinámica. El individuo solo puede cambiar cuando cambia su sistema familiar, en este sentido los terapeutas familiares estratégicos también se interesan al igual que los estructurales en las relaciones, en especial en las alianzas, las díadas, las tríadas, la jerarquía, el poder y la organización.

3.3.3 Modelo de Terapias Breves

El proyecto de “Terapia Breve” como lo describe Fisch, Weakland y Segal (2003) surgió como parte de una investigación sobre tratamientos que empleaban técnicas innovadoras para el cambio que se centraban en el principal padecimiento de las personas que consultan. En medida que esta investigación evolucionaba se comenzó a tomar como una nueva manera de contemplar los problemas humanos. La terapia breve es una **terapia en poco tiempo** que impulsa deliberadamente al cambio, se planteó como una solución a las limitaciones que los clínicos comenzaron a observar respecto a la demanda del tiempo, el personal capacitado para atender, los recursos de las personas para ser candidatos a tratamientos a largo plazo y la economía. Anteriormente para resolver los problemas, se necesitaba una revisión amplísima de la organización y el funcionamiento familiar, opinión que iba acompañada por la práctica de entrevistar rutinariamente a toda la

familia, lo cual complicaba y prolongaba el tratamiento del grupo familiar.

La primera formulación de una terapia breve estratégica se debe al grupo de investigadores del MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto; Watzlawick, Weakland y Fisch, quienes sintetizaron el enfoque sistémico con las aportaciones técnicas de la hipnoterapia de Milton Erickson, con el objetivo de formular modelos sistemáticos capaces de hacer evolucionar el enfoque ericksoniano en un procedimiento clínico replicable. Paralelamente a esta evolución del modelo del MRI, Jay Haley, desarrolló su formulación personal de terapia breve. En 1980 aparece un tercer modelo de terapia breve de base sistémico-estratégica, formulada por Steve De Shazer y el grupo de Milwaukee y bajo estos tres movimientos se han desarrollado los modelos básicos (Watzlawick y Nardone 1999).

A partir de la década de 1980 un gran número de conceptos filosóficos reunidos bajo el nombre de “constructivismo” han ejercido una influencia notable en la psicoterapia, no sólo en las escuelas de terapia individual más tradicionales, como el conductismo o el psicoanálisis, sino también en los modelos terapéuticos interaccionales, como el modelo del MRI, el modelo estratégico de Jay Haley, el modelo centrado en soluciones de De Shazer y el modelo estratégico-constructivista (Wainstein, 1999).

La terapia breve está basada en un **enfoque clínico estratégico**, por lo que para intervenir de manera deliberada y efectiva hay que efectuar una revisión de la información, diseñar una meta para el tratamiento y formular una estrategia para alcanzarla, una vez que el terapeuta ha formulado el **objetivo** del tratamiento y ha diseñado la estrategia básica, necesitará pautas que le sirvan para llevar a cabo dicha estrategia, es decir, tácticas. A menudo la terapia breve es sinónimo de intervención en crisis, en este sentido la terapia tiene límites claros y definidos. En ella se emplean modificaciones de métodos y técnicas tradicionales. Solo es aplicable a determinadas personas o problemas. Este enfoque pretende hacer una **terapia efectiva y eficiente**, el hecho de que fracase esta terapia sugiere que el problema requería de un tratamiento intensivo y de larga duración (Fisch, Weakland, y Segal, 2003).

El enfoque estratégico no es simplemente una teoría y práctica concreta en el campo psicoterapéutico, sino una verdadera escuela de pensamiento sobre “cómo” los seres humanos se relacionan con la realidad, consigo mismos, con lo demás y con el mundo. Su postulado básico es que la realidad que percibimos y con la que nos relacionamos (problemas y patologías) es el fruto de la interacción entre el punto de observación asumido, los instrumentos utilizados y el lenguaje que

usamos para comunicarnos con esa realidad; no existe por tanto una realidad “verdadera” en sí, sino tantas realidades como diversas interacciones hay entre sujetos y realidad (Waltzlawick y Nardone, 1999).

La psicoterapia se convierte en el arte de sustituir una construcción de una realidad que ya no es adaptada por otra que se adapta mejor, la psicoterapia se ocupa de la reestructuración de la visión del mundo de la persona, de la construcción de otra realidad clínica, de causar deliberadamente los acontecimientos causales (Watzlawick, 1999). El campo de aplicación de la psicoterapia muestra con frecuencia realidades extrañas, una de las cuales es sin duda el exceso de complicadas teorías y la escasez de aportaciones operativas efectivas (Nardone, y Salvini, 1999). Desde la óptica estratégica, los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales que rompen el sistema circular de retroacciones que mantienen operante el problema, hay que obligar a la persona a salir de la rigidez de su perspectiva conduciéndolo a otras posibles perspectivas que determinarán nuevas realidades y nuevas soluciones (Waltzlawick y Nardone, 1990). Desde el punto de vista estratégico, que en definitiva es el del constructivismo radical, este proceso debe invertirse. Es decir, se parte de la convicción de que, para cambiar una situación problemática antes hay que cambiar el obrar y como consecuencia, el pensar o mejor, el punto de observación, el marco de la realidad (Waltzlawick, y Nardone, 1990).

Los **objetivos** terapéuticos de este modelo son:

- Obtener una visión clara del problema (contexto interaccional).
- Buscar el cambio más estratégico para las soluciones intentadas.
- Estimular el compromiso de la persona para el cambio o la solución de su problema.

La **intervención terapéutica breve**, está orientada a la eliminación de los síntomas y a la resolución del problema presentado, su planteamiento no se expresa en una terapia de comportamiento, ni en una terapia sintomática, sino en la reestructuración modificada de los modos de percepción de la realidad y de las consiguientes reacciones. La resolución del problema requiere de la ruptura del sistema circular de retroacciones entre sujeto y realidad con la consiguiente modificación de las percepciones y las cosmovisiones que inducen respuestas disfuncionales (Waltzlawick y Nardone, 1999).

En la Terapia Breve se hace una especie de diagnóstico-intervención desde las primeras interacciones terapéuticas. En este proceso se construyen una o varias hipótesis y se hacen intervenciones al respecto, si estas intervenciones funcionan, se observa en la persona una clara reducción sintomática desde los primeros pasos del tratamiento y un cambio progresivo de la percepción de sí mismo, de los otros y del mundo (Waltzlawick y Nardone, 1999).

Según Waltzlawick y Nardone (1990), se pueden distinguir en este tipo de intervenciones terapéuticas los siguientes puntos:

- Primer contacto e iniciación de la relación terapéutica
- Definición del problema
- Acuerdos sobre los objetivos de la terapia
- Individuación del sistema perceptivo-reactivo que mantiene el problema
- Programación terapéutica y estrategias de cambio
- Acciones y comunicación terapéuticas
- Aprender a hablar el lenguaje de la persona
- La reestructuración
- Evitar las formas lingüísticas negativas
- Uso de la resistencia
- Uso de anécdotas, relatos y lenguaje metafórico
- Prescripciones de comportamiento
- Prescripciones directas
- Prescripciones indirectas
- Prescripciones paradójicas
- Conclusión del tratamiento

Dependiendo del marco de referencia en el que estamos como terapeutas, llevaremos a cabo el tratamiento, de esta manera el **terapeuta breve**, intentará hacer un tratamiento rápido, observando cómo se crean los problemas y como se pueden solucionar. Los problemas se encuentran en la conducta presente indeseada y generalmente persisten por las soluciones intentadas o el inadecuado afrontamiento, para realizar o favorecer un cambio, se provoca un proceso de inversión que por medio de un cambio mínimo disminuya a su vez en otro. El objetivo primordial del terapeuta no tiene que consistir en solucionar todas las dificultades sino en iniciar un proceso de inversión, dando una solución efectiva incluso a problemas graves, complejos y crónicos que se hallan potencialmente abiertos al tratamiento breve y limitado. El terapeuta debe transformarse en agente activo del cambio (Fisch, Weakland, y Segal, 2003).

Según Waltzlawick y Nardone (1999), el terapeuta desde el primer encuentro con la persona o familia, en lugar de estudiar su pasado, focaliza la atención y la valoración de los siguientes elementos:

- Lo que sucede dentro de los tres tipos de relaciones interdependientes que el sujeto vive consigo mismo, con los demás y con el mundo.
- El modo en que el problema presentado funciona dentro de ese sistema relacional.
- Cómo el sujeto ha tratado hasta el momento de combatir o resolver el problema (intentos de solución).
- Cómo es posible cambiar tal situación problemática “de la manera más rápida y eficaz”.

El **terapeuta estratégico breve** debe guiar la sesión, dirigir las preguntas y proponer alguna tareas de forma que la persona pueda aprender nuevos significados y comportamientos alternativos, la tarea del terapeuta es organizar interacciones de tal forma que ayuden a la persona a pasar del estadio en el que los problemas que lo han llevado a la terapia no podían ser comprendidos y resueltos, a un estadio que sea más saludable, más deseado y libre de los síntomas. El trabajo terapéutico no consiste ni en buscar la verdad ni en dirigir la terapia hacia lo que es justo, consiste sencillamente en crear las condiciones de aprendizaje en las que algo diferente, verosímil y adecuado a la idiosincrasia de la persona, pueda remplazar a sus síntomas y su sufrimiento (Wainstein, 1999).

Este enfoque **implica riesgos éticos** en el sentido que es un enfoque estratégico u operativo que permite abreviar los sufrimientos de las personas, le ahorra tiempo y dinero, lo que algunos terapeutas consideran como una “actitud inmoral”. En este enfoque se considera importante el contexto interactivo de la conducta, se concede escasa importancia a los factores históricos o de personalidad como hipotéticos orígenes de la conducta problemática y otorgan poca influencia a las hipotéticas carencias inorgánicas a menos de que se hayan establecido de modo definido y resulten claramente implicadas (Fisch, Weakland, y Segal, 2003).

Sin embargo algunas **ventajas** de este enfoque es que puede echar mano de otros enfoques, para utilizar o comparar, lo que permite mejorar las propias ideas e intervenciones de esta modelo (Fisch, Weakland, y Segal, 2003). Es una teoría que se encuentra lo más cerca posible de la práctica, por lo cual pareciera que carece de fundamentos teóricos y epistemológicos importantes, sin embargo en el fondo y en la estructura se visualizan muchos fundamentos estructurales y sobretodo estratégicos; y detrás de las soluciones simples hay una teoría compleja y muy

desarrollada.

La Terapia Breve como lo describen Waltzlawick y Nardone (1999) es una adaptación a la ley del mercado, que está cada vez más orientada hacia las demandas de intervenciones terapéuticas concretamente capaces de responder en tiempos breves a las necesidades específicas de las personas y satisface esta necesidad de ayuda para resolver rápida y eficazmente las patologías psicológicas.

3.3.4 Modelo Orientado a Soluciones

Muchos de los principios de los modelos de terapia breve del MRI pueden considerarse precursores de la terapia centrada en soluciones. El primer modelo que aparece es el centrado en los problemas, el cual no busca patologías ni promueve de manera deliberada el insight, sino que considera que los problemas son de carácter interrelacional. Según este modelo los problemas se desarrollan cuando se manejan de forma inadecuada las dificultades cotidianas. En el Centro de Terapia Breve, hubo una evolución desde el enfoque centrado en los problemas, hasta un mayor énfasis en las soluciones y cómo funcionaban. El equipo dejó de centrarse en la identificación de patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia del problema, para dedicarse a **identificar lo que funcionaba** a fin de identificar y amplificar estas secuencias de solución. El modelo de terapia desarrollado en el BFTC (Bref Family Therapy Center), se denomina terapia breve centrada en las soluciones (O’Hanlon, 1993).

Los enfoques y técnicas que se han incluido en el grupo de soluciones, por un lado están los “centrados en soluciones”, encabezado por De Shazer, Furman, Ahola, Walter, Peller y otros y el “orientado en soluciones” que básicamente lo representan O’Hanlon y Weiner – Davis (O’Hanlon, 1995). El trabajo de O’Hanlon y Weiner- Davis, está muy relacionado con el de De Shazer y el BFTC, ambos métodos comparten el interés por explorar y destacar las **soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones**.

El enfoque centrado en soluciones es un método que se centra en los recursos **más que en los déficits** de las personas, en sus posibilidades más que en sus limitaciones. Este modelo es una tendencia que se aparta de las explicaciones, los problemas y la patología y se dirige hacia las soluciones, competencias y capacidades. Es un planteamiento que suscita imágenes de lo que podría o debería ser, y ayuda así a la gente a ver potencialidades que de otra forma no serían

entendidos, y evoca acciones que de otro modo no podrían ocurrir. El presente o “**aquí y ahora**” se convierten en un aspecto central de la terapia, que evoluciona hacia una orientación hacia el futuro a la que no interesa como surgieron los problemas ni incluso como se mantienen, sino que se ocupa de como se resolverán (O’Hanlon, 1993).

Según O’Hanlon (1993), las conversaciones de la terapia tradicional se centran en la búsqueda o la discusión de causas e ideas deterministas, esta terapia tradicional considera que los problemas actuales están causados por sucesos o situaciones del pasado o por sucesos o situaciones del presente, sea dentro de la persona o fuera de ella, las conversaciones en la terapia tradicional versan en la expresión de los sentimientos, la comprensión, la incapacidad, el reproche, la culpa y la acusación. En cambio como parte del modelo él propone **conversaciones diferentes en la terapia de posibilidades**, pasando a conversaciones centradas en la cooperación, en la responsabilidad personal, en la búsqueda de cambios, diferencias, aptitudes, capacidades y posibilidades, viendo a la persona como experto y como una ser que puede ser agente de cambio responsable de sus actos, también propone hacer conversaciones que busquen objetivos y resultados concretos.

El **lenguaje** es fundamental en este enfoque pues ofrece la posibilidad de descifrar y solidificar ciertos puntos de vista a cerca de la realidad, es un instrumento para cuestionar y crea una expectativa de cambio. Sirve también para unirse a las personas, utilizando sus palabras. Otra forma de reflejar o adaptarse al lenguaje de la persona consiste en usar metáforas. La utilización cuidadosa de los tiempos verbales puede crear una realidad en la que el problema está en el pasado y existen posibilidades para el presente y el futuro. El terapeuta puede empezar a cambiar las palabras y por tanto la forma de pensar, adoptando primero el tiempo presente que usa el cliente y pasando luego al pasado. Se usan intencionalmente términos de posibilidad en vez de términos definitivos para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes, hablamos de tal modo que mantenemos abiertas las posibilidades para el presente y el futuro (O’Hanlon, 1993). En este enfoque se tiene como en otros muy en cuenta la unión con la persona, mostrando un interés genuino por ellas y ayudándoles a que se sientan cómodos.

El **objetivo** del enfoque es centrar la atención de las personas en las excepciones, soluciones y recursos, normalizar continuamente las experiencias en forma directa e indirecta, orientación hacia las metas, formular objetivos concretos y asegurarse de que los objetivos sean alcanzables. Según O’Hanlon (1993) la terapia orientada hacia las soluciones tiene tres **principales acciones** que hacer respecto a la situación problemática: 1) cambiar la forma de actuar, 2) cambiar la forma de ver y

evocar recursos, 3) soluciones y capacidades.

Los **terapeutas centrados en soluciones** mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente- terapeuta, fortalecen a las personas y hacen más eficaz y agradable al trabajo (O'Hanlon, 1993), estas son las siguientes:

- Las personas tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- Las personas ya disponen de habilidades y recursos que pueden usarse para resolver las quejas.
- El cambio es constante.
- El propio terapeuta debe admitir que el cambio es constante pues la persona recibirá esta impresión a través del lenguaje verbal o no verbal. El terapeuta deberá pasar de una conversación de cómo las cosas siguen igual a cómo las cosas han cambiado.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- Consiste en que el terapeuta busque pequeños cambios y los amplíe.
- Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- A veces es solo necesario un mínimo de información para resolver la queja, los terapeutas pueden quedar atascados por tener demasiada información. Lo importante es tener información para la solución como por ejemplo que es lo que las personas hacen y les da buenos resultados.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Es importante cuestionar a las personas respecto a que sería más importante para ellos, entender o resolver el problema.
- Solo es necesario un cambio pequeño, un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- La tendencia de pensamientos y acciones pueden caer en un círculo beneficioso, en el que un pequeño cambio positivo hace que la gente tenga aun mayor confianza y continúe con otros cambios. El cambio es contagioso.
- Las personas definen los objetivos.
- Partiendo de que no hay una única forma "correcta" o "válida" de vivir la propia vida, son las personas y no los terapeutas los que identifican los objetivos a conseguir en el tratamiento, lo mejor para formular los objetivos es dejar la decisión en manos de las personas involucradas, sin imponer las ideas del terapeuta.
- El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos.
- Desde la primera sesión las interacciones y las intervenciones terapéuticas estarán dirigidas a que el cliente obtenga una visión nueva de la situación. La duración media del tratamiento varía pero generalmente es inferior a las

diez sesiones (cuatro o cinco y ocasionalmente una)

- No hay una única forma “correcta” de ver las cosas: puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.
- Cuando las personas describen diferentes puntos de vista, en vez de pensar que son “correctos” o “erróneos”, los terapeutas debemos admitir que la percepción de cada persona representa una parte integral e igualmente válida de la situación. Aunque no hay que descartar que existen puntos de vista “útiles”.
- Centrarse en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable.
- Es importante no fijarse en las características o aspectos de la persona o de su situación que no sea susceptible al cambio. Iniciar cambios positivos y ayudar a la persona a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas.

El siguiente cuadro muestra algunas de las intervenciones utilizadas en este modelo:

Intervención	Definición	Aplicación
Definición de objetivos	Es una de las reglas fundamentales de este enfoque, se plantean objetivos de manera que sean concretos, alcanzables y se comienza por cosas pequeñas	¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por el buen camino? ¿Qué indicaría que las cosas siguen en la dirección adecuada?
Inventar nombres y rótulos Furman (1996)	Consiste en crear nombres que sean útiles para aludir a un problema complejo.	¿Se le ocurre algún apodo para designar este problema? Podríamos empezar por ponerle a este problema un nombre optimista ¿Cuál podría ser?
Formular explicaciones Furman (1996)	Formular explicaciones no causales que favorezcan la búsqueda de soluciones.	¿Se le ocurre alguna explicación totalmente distinta del asunto? ¿Qué haría para resolver el problema?
Rever el pasado	Analizar las experiencias del pasado como momentos que	Con todo lo que ha pasado ¿aprendió algo que le podría ser útil

Furman (1996)	provocan efectos positivos en el presente.	para resolver el problema? ¿A caso no es cierto que una persona que paso por tantas cosas tiene más probabilidades de resolver estas dificultades?
Deshacer las conexiones con otros problemas Furman (1996)	Se abordan los problemas evitando formular relaciones causales entre los diversos problemas coexistentes.	Usted parece tener varios problemas a la vez, ¿Le parece bien que primero nos centremos en éste y luego, si es necesario, nos ocupemos de los otros? ¿Puede aplicar lo que aprendió gracias a este problema para resolver los demás?
Sacar a relucir los recursos de los consultantes Furman (1996)	Evidencia las capacidades, habilidades, talentos, intereses, carácter, etc. de las personas que consultan.	¿Qué recursos uso para....? ¿Tiene usted alguna habilidad para...? ¿Cuál es el rasgo suyo que más valora?
Reconocer la pericia del consultante Furman (1996)	Reconocer que la persona que consulta es realmente el experto en el problema y por lo tanto “consultar al consultante”	Yo puedo sugerirle algo sobre lo que debería hacer, pero usted es el más indicado para prever lo que podría suceder.
Compartir experiencias personales Furman (1996)	Autorrevelación siempre y cuando esta sea útil al proceso del consultante.	En alguna ocasión tuve una experiencia similar y quisiera compartirla.
Generar soluciones creativas Furman (1996)	Generar varias soluciones al problema	Busquemos para este problema una solución creativa ¿Qué se le ocurre?
Crear una visión positiva del futuro Furman (1996)	Charlar acerca del futuro (solucionable) ayuda a las personas a fijarse objetivos más concretos que los conducen al cambio.	“Si pudiera..., entonces....” “Si eso fuera... entonces....”

<p>Centrarse en las excepciones y progresos</p> <p>Furman (1996)</p> <p>O'Hanlon (1993)</p>	<p>Permite a la gente ver que el problema no es permanente y admitir que tienen más control sobre él de lo que en un principio creían</p>	<p>¿Notó usted que ya hubo algunos progresos?</p> <p>¿Cuál es su explicación sobre el motivo de esta variación?</p>
<p>La pregunta de la excepción</p>	<p>Lleva a los clientes a buscar soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro, haciéndoles centrarse en aquellas ocasiones en las que no tienen o han tenido problemas pese a esperar que los tendrían. Puede que los clientes descubran soluciones que habían olvidado o en las que no habían reparado; o los terapeutas pueden encontrar claves sobre las que construir soluciones futuras.</p>	<p>¿Qué es diferente en los momentos en que se llevan bien? ¿Qué es lo que él o ella hacen de forma diferente? ¿Qué es diferente en las ocasiones en que las cosas van bien?</p>
<p>Repartir los méritos</p> <p>Furman (1996)</p>	<p>Identificar las excepciones y la participación de cada una de las personas involucradas en el cambio.</p>	<p>¿Cómo se explica este cambio?</p> <p>¿Qué hizo usted para que se produjera?</p> <p>¿Cómo contribuyó su familia?</p>
<p>Considerar el problema como un amigo</p> <p>Furman (1996)</p>	<p>Observar las ventajas de padecer el problema como una forma de ayuda y aprendizaje.</p>	<p>¿Le ha enseñado este problema algo importante sobre la vida, de usted mismo o de los demás?</p>
<p>Pregunta Escala de Avances (De Shazer y cols. 1986)</p>	<p>Consiste en hacer una evaluación de la magnitud de la situación. Puede ser adaptada a otro tipo de cuestiones como la confianza, el grado de cercanía o lejanía que se encuentra de alcanzar objetivos etc..., también se utiliza en el seguimiento para</p>	<p>"en una escala del 1 al 10, en la que 1 es el momento en el que peor han estado los asuntos que te han traído a terapia, y 10 cuando todos esos asuntos están resueltos, ¿en qué puntuación de la escala te situarías ahora?"</p>

	ver el grado en el que se mantiene los logros conseguidos en la terapia.	
Tareas de Fórmula (tarea de la primera sesión) De Shazer, 1985, en O'Hanlon (1993)	Son prescripciones o tareas invariables que suelen tener efectos notables independientemente de la naturaleza del problema. Fue diseñada para centrar la atención del cliente en el futuro y para crear expectativas de cambio.	Desde ahora y hasta la próxima vez que nos vemos, me gustaría que observaras de modo que puedas describirlo la próxima vez, lo que ocurre en tu (familia, vida, matrimonio, relación) que quieres que continúe ocurriendo.
Pregunta del milagro Furman (1996) De Shazer, 1988, pag 5 en O'Hanlon (1993)	Es una variación de la creación positiva del futuro. Esta pregunta pretende hacer reflexionar sobre lo que puede ser lo más real y por tanto más probable, un futuro sin el problema.	Imaginemos que ocurrió un milagro y de pronto, un día el problema ya no existe ¿Cómo se habría dado cuenta? ¿Cómo advertiría el resto de la gente el cambio que tuvo lugar? ¿Que cosas positivas empezarían a pasar? Supón que una noche mientras duermes, hubiera un milagro y este problema se resolviera ¿Cómo te darías cuenta? ¿Qué sería diferente?
Metáfora de la Bola de Nieve Erickson, en O'Hanlon (1993)	Describe la importancia de los pequeños cambios	La metáfora dice que una vez que la bola rueda, el terapeuta solamente necesita apartarse del camino.
Preguntas presuposicionales O'Hanlon (1993)	Son preguntas que encaminan a los clientes hacia respuestas que promueven sus recursos y las enriquecen, al contestar los clientes no tiene más remedio que aceptar la premisa subyacente de que el cambio es inevitable.	¿Qué cosas positivas sucedieron? ¿Qué cosas has hecho en el pasado que hayan funcionado? ¿Cómo conseguiste que...?
Normalizar y despatologizar	Considerar la situación del cliente o la familia como algo	Se usan frases como:

normal y cotidiano en vez de
algo psicológico o patológico.

“Naturalmente”

“Por supuesto”

“Bienvenido al club”

¿Y?

“Eso me resulta familiar”

Este enfoque parece ser efectivo, su brevedad y su orientación lo hacen eficaz y coherente. Es un enfoque que trata a las personas de forma respetuosa y los ayuda a resolver sus dificultades de manera rápida. Sin embargo es importante saber en qué momento y bajo qué circunstancias se emplean estas técnicas, pues las personas podrían sentirse poco escuchadas o poco respetadas. Lo importante para los terapeutas es poner en práctica las intervenciones de acuerdo al caso y a las características propias de las personas o las familias, e incluso adoptarlas de acuerdo a las características del terapeuta e ir aprendiendo de la experiencia.

3.3.5 Modelo de Milán

El modelo de Milán se desarrolló como un continuo en el que la aplicación de técnicas y métodos fue cambiando según la retroalimentación de las familias, en 1967 Mara Selvini – Palazzoli fundó el Instituto de la Familia en Milán y fue así como comenzaron las investigaciones que dieron origen a este modelo. El modelo de Milán adoptó algunos conceptos del modelo del MRI, como por ejemplo la noción de familia como sistema y la homeostasis (Sánchez y Gutierrez, 2000).

A diferencia de otros modelos terapéuticos Milán introduce **nuevas dimensiones**, por un lado la idea de **diacronía**, que se refiere a conectar el sufrimiento de la persona con su indebida implicación en los problemas no resueltos por los padres. Es decir deja un poco de lado el “aquí y el ahora” e intenta entenderlo poniendo énfasis en la observación de las **tres generaciones** implicadas en el problema. Por otro lado pone énfasis en la **recuperación del individuo**, entendida como que la familia aun siendo un sistema está conformada por individuos que no necesariamente tienen la misma participación en el desorden mental ni son igualmente coresponsables. La formación psicoanalítica de sus precursores favorece la **reivindicación del insight**, **estructuras defensivas** y de los **procesos intrapsíquicos**, dando a la psiquiatría una alternativa diferente de abordar los problemas de las familias, de una manera **sistémica** (Ochoa de Alda, 1995).

El trabajo terapéutico de Milán tiene **tres principios básicos** que lo caracterizan: hipótesis, circularidad y neutralidad.

- La **Hipótesis**: es el elemento que sirve para organizar la información y le dará al terapeuta una guía para delinear el trabajo, esta puede ser aceptada o rechazada por la familia (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980). Se formula para evitar el pensamiento lineal y se utiliza con el verbo mostrar, en lugar del verbo ser, de tal manera que el terapeuta pueda organizar la información de lo que investigará más adelante (Papp, 1998). Por ejemplo: Como se muestra A ante la conducta de B, en vez de cómo es A ante la conducta de B.
- La **Circularidad**: se refiere a la capacidad del terapeuta para conducir su investigación en base a la retroalimentación que la familia da respecto a las

relaciones, las diferencias y el cambio. Al emplear esta técnica el terapeuta pretende obtener de la familia información auténtica (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

- La **Neutralidad**: está basada en el principio de **empatía**, se refiere al efecto pragmático del comportamiento total que el terapeuta ejerce sobre la familia durante la sesión, intentará provocar la retroalimentación y recoger información sin hacer juicios moralistas de cualquier clase. El terapeuta solo puede ser eficaz en la medida que sea capaz de colocarse y mantenerse en un nivel diferente (**metanivel**) del de la familia. Se adoptó también el concepto de “**equidistancia**” y posteriormente de “**equicercanía**” y el terapeuta toma el papel de tutelar a los más débiles de la familia (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980).

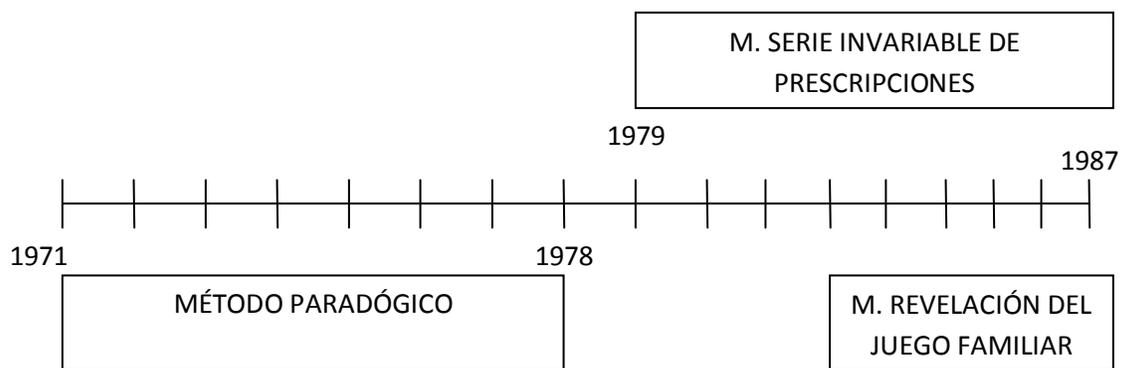
Las siguientes son algunas de las **intervenciones** más utilizadas por el modelo:

- **Connotación positiva**: el terapeuta no sólo trata de calificar el comportamiento sintomático, sino que ve el comportamiento de la persona como algo “positivo o benéfico”, lo cual funciona como una **paradoja** ante el problema percibido por la familia. Nació como herramienta de control en la terapia y de defensa para el terapeuta.
- **Rituales**: se trata de una prescripción específica para cada familia, que contiene una estructura formal pero varía de acuerdo a las circunstancias.
- **Paradoja**: las tácticas y maniobras aparentemente se oponen a los objetivos de la terapia, pero en realidad el terapeuta mantiene el control de la relación terapéutica y modifica la solución intentada. En estas intervenciones se prescribe explícitamente el síntoma, o al menos se recurre a elogiarlo, connotarlo positivamente, fomentarlo o manifestar preocupación por el hecho de que pueda desaparecer demasiado pronto.
- **Preguntas Circulares**: esta estrategia tiene como finalidad recopilar y, al mismo tiempo, introducir información en el sistema familiar. El abordaje consiste en preguntar a cada participante alternativamente, su punto de vista acerca de lo que piensa y siente con respecto al problema y a sus relaciones con cada uno de los miembros de la familia. El cuestionamiento circular permite, en un período corto de tiempo, formular hipótesis acerca de la estructura de la dinámica familiar, estableciendo entre ellos una metacomunicación que permite el

desarrollo de una imagen de la familia diferente a la que tenían antes de consultar. A través de la secuencia de las preguntas circulares a los miembros de la familia, el terapeuta mantiene su actitud de neutralidad connotando positivamente las conductas de los participantes. Cada individuo es libre de utilizar la información a su manera y de expresar su opinión acerca de la información. Los cambios que se abren a través de las preguntas circulares se afianzan con otras estrategias terapéuticas (Penn, 1982).

La **estructura de las sesiones** se hizo de manera muy particular, ésta estaba compuesta por 5 fases, pre sesión, sesión, inter sesión o discusión de la sesión, prescripción y post sesión o discusión de la reacción de la familia a las prescripciones (Sánchez y Gutierrez, 2000). El modelo de Milán **no pretende llegar a metas** concretas, se podría señalar que los **objetivos generales** del modelo son: cambio en la relación Madre- PI (Paciente Identificado), separación de los subsistemas, lograr empatía, comprensión y apoyo en la familia e identificar el juego familiar y modificarlo.

Para llegar a estas conclusiones la Escuela de Milán utilizó varios métodos que fueron modificándose de acuerdo al resultado de sus investigaciones. Estos métodos fueron abordados para tratar la anorexia en el contexto de la terapia familiar con orientación “sistémica” y fueron conducidos por tres equipos distintos en diferentes tiempos (Selvini Palazzoli, 1998).



Los equipos estuvieron conformados de la siguiente manera:

Periodo	Equipo
1971-1978	Mara Selvinni Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Giuliana Prata
1979-1985	Mara Selvinni Palazzoli y Giuliana Prata
1982-1987	Mara Selvinni Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvinni, y Anna María Sorrentino

Los métodos terapéuticos, sus aportaciones y limitaciones se describen a continuación:

Método Paradójico (1975)

Este método consistió en atender a toda la familia aunque la paciente era el centro del proceso terapéutico. Se utiliza la connotación positiva y se estimula paradójicamente su capacidad de cambio. Propone la circularidad de la interdependencia, y como base o conceptos básico utiliza la empatía y la neutralidad.

Las principales técnicas de este modelo fueron:

Reformulación Paradójica: se refiere a la connotación positiva que prescribe a cada miembro de la familia que persiste en su comportamiento por el bien ajeno (cohesión – PI)

Rituales Familiares: Se prescribe sin explicación a la familia una serie de acciones que sustituyen las reglas de relación habituales por otras nuevas.

Largo Intervalo entre sesiones: se da un periodo prolongado entre sesiones cuando las intervenciones requieren tiempo para que sus efectos en la organización familiar fueran visibles (constatación experimental).

No se preocupan paradójicamente por “el problema”, si no por la historia y las relaciones familiares, de cómo se da el fenómeno de chivo expiatorio y del abandono del síntoma.

Limitaciones del modelo paradójico:

- Se vio que en ocasiones hacía falta el espacio de la terapia individual para el paciente identificado.
- La brevedad de los tratamientos no era siempre lo más adecuado.
- Se daba poca empatía con los padres, en especial por las madres.
- Era una teoría puramente sistémica, tanto que caía en el reduccionismo.
- La neutralidad y la empatía, provocan alianzas indirectas, favoreciendo a los “fuertes y vencedores de la familia”.
- Se da poca oportunidad para el insight, no se conocen las causas y por tanto no se entiende el porqué del problema.

Método de serie invariable de prescripciones (1978)

Este método consiste en **anunciar el problema (secreto)** a la familia extensa, el objetivo era suspender el predominio del control obsesivo recíproco en esta familia que impedía su propia empatía, confianza e intimidad. La indagación ante el secreto se presentaba por los otros y no por la paciente. Se concentraba con mayor detalle en las alianzas con los padres (como coterapeutas) y la relación conyugal, intentaba romper la sobreprotección de los padres y separar los subsistemas.

En este método se citaba a la **familia extensa**, paciente y hermanos en las dos primeras sesiones y posteriormente solo se trabaja con los padres. Con este método describieron el **embrollo de los afectos y la instigación**, (estancamiento de la pareja en coacción con la hija). El síntoma era también un sacrificio a favor de todos los demás, se exponía al riesgo de intervenciones fantasiosas e inducía a efectuar afirmaciones arbitrarias, perjudicando la credibilidad. Se identificó un peligro ulterior en la posibilidad de alimentar el “victimismo” del paciente señalado dispuesto a sacar ventaja de este rótulo. El mensaje al final de la sesión debía ser sintético y esencial.

Método de la revelación del juego familiar (1982)

Revelar el juego en la familia no mostró eficacia en las familias dominadas por una actitud explosiva u hostil en relación con la paciente. Tampoco tenía efecto en las pacientes cuya composición familiar era distinta: ya no vivían con sus padres, vivían con un solo progenitor o existía la viudez o divorcio. En el caso de contar con ambos padres algunas parejas no seguían las prescripciones.

Al hacer una evaluación de estos tres métodos se valoró:

- Los efectos del bienestar global.
- Los efectos de las relaciones familiares (positivas o negativas).
- Recuerdo de la experiencia terapéutica.
- Percepción de los factores que provocaron el problema.
- “Curación”.

Con ello encontraron que los tres modelos tenían **aportaciones y limitaciones** considerables, aunque el éxito parecía predominar en el método paradójico, encontraron limitaciones comunes a los tres modelos: no se ofrece un espacio individual para los pacientes, había en ocasiones escasa empatía con los padres, las familias llegaban a sentirse culpabilizadas y encontraron reacciones negativas de la familia, como la incomunicabilidad, en donde la familia “aparentemente” no escuchaba al terapeuta, la descompensación en la que algún miembro de la familia en especial el padre entraba en una crisis personal, que hacía abandonar el tratamiento y en ocasiones culpabilizar a la paciente y la contestación que se refiere a la posición defensiva de los padres, oponiéndose a cualquier hipótesis o intervención terapéutica.

Milán abre un abanico de posibilidades ya que analiza la problemática socialmente y no solo están psicologizando, toman el problema con más elementos. Le da mucho peso al contexto del paciente como lo que propician la enfermedad. Reposiciona el papel del terapeuta quien tiene el papel de tutelar a los más débiles de la familia y proporciona una idea interesante respecto a la posibilidad de hacer investigación estricta dentro del consultorio, llevando un control del manejo de datos y un control de seguimiento.

3.3.6 Escuela de Roma

El principal representante de esta escuela es Mauricio Andolfi, psiquiatra infantil quién junto con Carmmie Saccu, participaron en un proyecto clínico y de enseñanza denominado, "Vía Reno", posteriormente se sumaron los primeros alumnos (Paolo Menghi, Ana María Nicoló, Claudio Angelo, Iaia Berardi, Silvia Soccorsi, Rodolfo de Bernat, Katia Giacometti y Giovanna Montinari), quienes formando un grupo construyeron lo que se domino Instituto de Terapia Familiar conocido como la Escuela de Terapia Familiar de Roma, en 1980. (Sánchez, 2003)

Se destacan algunos conceptos claves de este grupo (Sánchez, 2003).

Provocación: Se estableció una relación compleja terapéutica que permitía ayudar al individuo y al mismo tiempo provocar al sistema

Familia como sistema relacional abierto: Clasificó a las familias como rígidas y flexibles y relacionaba esto con el concepto de homeostasis y transformación: teniendo como objetivo terapéutico que las familias aprendan a modificar reglas, integrando a sus reglas el manejo de lo imprevisible.

Diferenciación: Para lograr una salud familiar y de los individuos se debe lograr una autonomía adecuada, integrando el sentido de pertenencia y de autonomía.

Interpretación: no son los hechos los que cuentan, sino la interpretación de esos hechos.

Coevaluación: la familia ayuda al terapeuta a conocerse mejor, si él ayuda a las familias a crecer invariablemente crecerá con ellos. El terapeuta se utiliza a sí mismo como metáfora relacional.

Recodificación: la terapia es vista como un proceso en donde terapeuta y familia buscan un nuevo código común.

Relación terapéutica: se intenta establecer una relación más igualitaria.

El modelo de Roma se inclina mayormente por la aplicación de la terapia de la familia intergeneracional. La diferencia fundamental es que antes de hacer intervención en las familias de otros es necesario conocer la propia por lo que es

necesario hacer un trabajo de uno o dos años, por lo menos; en donde el centro de la atención no esté puesto en las familias en dificultades que llegan pidiendo una terapia sino más bien, en las familias de los terapeutas en formación. A través de una serie de instrumentos, como el genograma, la escultura, las fotos de la familia y la descripción de sus mitos familiares.

Otra de las aportaciones importantes de este grupo se refiere al **diagnóstico sistémico**, el que describen como una unidad diagnóstica que toma en consideración no solo al individuo y/o la familia, sino también al terapeuta en el sistema terapéutico. Definen el diagnóstico o valoración como una unidad de observación que comprende el sistema terapéutico completo. Andolfi, propone valorar la flexibilidad o la rigidez del sistema familiar redefiniendo continuamente nuestra hipótesis diagnóstica en lugar de quedarnos con una sola, dando un valor parcial a nuestras hipótesis, siendo la familia quien las verifica (Martínez, 2007).

Se distinguen dos tipos de diagnósticos: el dinámico- evolutivo que observa las dinámicas de interacción y estructural que contempla la estructura y el tipo de organización de la familia, lo que hace del diagnóstico una evaluación de dimensiones circulares introduciendo también la perspectiva trigeneracional. El diagnóstico depende de la capacidad del terapeuta de observar desde fuera las interacciones en las cuales está implicado (Martínez, 2007).

3.3.7 Modelos derivados del Posmodernismo

Enfoque Narrativo

Dentro de los modelos terapéuticos que retoman el pensamiento posmoderno encontramos el enfoque narrativo, sus **principales representantes**: Michel White, David Epsón y Tom Andersen.

La terapia narrativa está enmarcada en el pensamiento posestructuralista y encaja también dentro del construccionismo social. El uso y las **propiedades de las narrativas** han sido objeto de estudio desde distintas disciplinas en las últimas décadas. Schütze (1983) desarrolló la técnica de la entrevista autobiográfica y una teoría sobre la narración autobiográfica, desde una perspectiva antropológica, Ochs y Capp (1996) entienden el “self” como una construcción narrativa en un entorno cultural específico, y por último, desde la psicología numerosos autores han señalado las narrativas como un instrumento cognitivo esencial (Bruner, 1991; Gonçalves, 2002 y Guidano, 2001).

Las narrativas pueden ser definidas como **instrumentos cognitivos** de naturaleza semiótica y por lo tanto cultural. Bruner (1991) denomina a las narrativas como una forma de pensamiento enfrentándola al “pensamiento paradigmático”. Las narraciones muestran dos dimensiones; una dimensión objetiva (descriptiva) y una subjetiva, esta última pertenece al plano psicológico. Mediante una narración expresamos o descubrimos proyectos, las consecuencias de una acción y pensamientos ocultos o contradictorios.

Desde la perspectiva psicológica centrada en el contexto social (Gergen, 1996) la narrativa es definida como acciones lingüísticas construidas en interacciones sociales que pueden ser accesibles mediante métodos observacionales como fenómenos empíricos. Las narrativas de vida son el procedimiento esencial por medio de las cuales organizamos nuestra experiencia y obtenemos el significado personal (Payne, 2002).

El carácter social de las narrativas se observa con claridad cuando descubrimos en éstas modelos o formatos establecidos que nos ayudan a construir de forma aceptable nuestros relatos. Estas formas narrativas son discursos públicos (Gergen, 1997) que nos sirven para construir nuestras historias. Por medio de nuestras historias justificamos el punto actual de nuestra vida e indica la dirección aproximada que seguirá ésta. Las narrativas de vida son el medio esencial de

construcción de nuestra identidad, aunque esto no quiere decir que no existan otros procedimientos de construcción y análisis de la identidad.

Los **terapeutas narrativos** usan la **conversación** y los **documentos escritos** para ayudar a las personas a que generen nuevas relaciones ante sus problemas, y dentro de la terapia se empleen juntos el cuerpo y mente, para recordar, imaginar e interpretar la experiencia (Novy, Ward, Thomas, Bulmer y Gauthier, 2005).

La **metáfora narrativa** ofrece una visión particular acerca de los fenómenos que se presentan en la vida de las personas. Algunas de las actitudes negativas son modeladas por los significados que las personas le dan a dichos fenómenos, es decir, son los significados los que determinan la forma de la expresión de nuestras experiencias en la vida. Estos se construye a través de relatos privados que las personas tienen acerca de sus vidas, y que proporcionan el marco para la interpretación de las experiencias vitales de las personas (White, 1995).

La metáfora narrativa ayuda a las personas a deducir significados alternativos de sus experiencias y establecer las condiciones que hagan posible la reinterpretación de sus historias y el trabajo del terapeuta es ayudar a las personas a que ingresen a algún otro relato más positivo acerca de quienes podrían ser como personas y así será posible que las personas participen activamente en la reinterpretación de sus historias, esta reinterpretación cambiará la forma de la expresión de las experiencias y por lo tanto la forma de sus vidas esta reinterpretación no es impuesta por el terapeuta, sino que es generada en colaboración durante el transcurso de este trabajo, cuando las personas liberan de su vida estos relatos negativos sobre su identidad y cuando tienen la oportunidad de pararse en un territorio diferente de su vida, comienza a interpretar sus experiencia de manera diferente (White, 1995).

En este enfoque se usan las **preguntas externalizadoras** que implican que las personas emprendan una reinterpretación de sus experiencias y se liberen de los relatos de identidad negativos que tanto los han aprisionado, se les puede también llamar conversaciones externalizadoras o deconstructivas (White, 1995).

White (1995) utiliza como **intervención** la **metáfora de migración** que consiste en trazar un gráfico en el que a través de una marca las personas descubren una indicación de su ubicación en la que le llama la "migración de identidad", haciendo preguntas ¿En este gráfico donde cree usted que esta hoy?, ¿Dónde ubicaría su posición actual?, la gráfica contiene grados de bienestar y grados de desesperación durante varias etapas del proceso, y mide el tiempo en meses desde

que inicia el proceso y de tres meses anteriores, lo ha usado específicamente con mujeres que han sufrido algún tipo de abuso. Posteriormente se compara este gráfico con el de otras personas que ya han elaborado su migración de identidad. Y generalmente estima que el tiempo mínimo requerido para estas migraciones de identidad es de 9 meses.

Otro tipo de intervención son las **conversaciones de externalización**, estas se generan a través de un proceso de interrogación que se mantiene a lo largo de todo el trabajo terapéutico, se pueden usar también documentos que ayudan a las personas a reescribir sus vidas de acuerdo a sus historias preferidas, estos documentos llamados "**documentos de identidad**", pueden ser consultados por las personas en aquellas circunstancias en que están perdiendo de vista sus saberes o cuando su sentido de identidad está en riesgo. Estos documentos incluyen un relato histórico de la capacidad de la persona para intervenir en su propia vida, incluye detalles acerca de lo que la persona ha enfrentado durante el desempeño de su agencia personal, señala la importancia de los pasos que la persona ha dado recientemente con la intención de tener algo más que decir acerca de cómo va su vida, además incluye detalles acerca de las cualidades de la persona en años anteriores y algunas especulaciones sobre cómo, cuándo y en qué circunstancias aquellas cualidades podrían reaparecer y ponerse al servicio de sus planes y sus objetivos. También suelen incluir precisiones sobre todo desarrollo reciente en la capacidad de la persona para resolver problemas (White, 1995).

La **metáfora del "rito de pasaje"** es una metáfora derivada del trabajo de Van Geenep y Turner que es retomada por White (1995), según su obra hay tres fases de los ritos de pasaje que facilitan las transiciones en la vida. Estas fases son: la de "separación"; la "liminal" o "ni lo uno, ni lo otro"; y la de "reincorporación". Según esta metáfora la primera fase de un rito de pasaje facilita a través de un proceso ritual comunal, la separación de determinado estado nocivo de la vida. En la segunda fase, el persona ingresa a un espacio que está entre mundos conocidos, en el que nada es como era, un espacio que representa una condición primaria de ambigüedad, en el que habrá de experimentar considerable confusión y desorientación. Y todo lo que había dado por sentado hasta entonces ha dejado de serlo. Después de cierto periodo de tiempo, se considera que la persona está preparado para volver al mundo familiar, pero en una posición diferente dentro del orden social, una posición que acarrea nuevas responsabilidades y libertades, nuevos hábitos de pensamiento y acción. Es la fase de la reincorporación, y en las culturas tradicionales está señalada por el reconocimiento de la comunidad por medio de cierta ceremonia.

Esta metáfora White (1995), la asemeja a un proceso de hospitalización en donde se supone que la persona está siendo despedida de cierta posición o ubicación en el mundo social que ya no era apropiada para que ella la ocupara, y este hecho informaría una serie de preguntas acerca de aquello de lo que la persona podría estar apartándose en términos de expectativas, roles, responsabilidades, deberes, obligaciones, hábitos de pensamiento y acción, adhesiones, circunstancias o condiciones de vida, etcétera, que por ciertas razones ya no serían apropiadas o aceptables. Esta metáfora brinda una reinterpretación de la confusión y la desorientación que casi rutinariamente experimentan las personas en estos momentos de crisis, ya que supone que la fase de “internación”, es liminal o “ni lo uno no lo otro”. Y por ende el egreso del hospital sería la fase de “reincorporación” y se invita a los familiares, amigos y equipo a preparar una reunión de re –admisión lo que genera en las personas un marco de recepción alternativo de efectos importantes como la hospitalización: la gente aprende a leer de un modo diferente sus experiencias de angustia y confusión.

Equipo de Reflexión

En 1987, Tom Andersen publicó su trabajo “The Reflecting Team: Dialogue and meta – dialogue in clinical work. Este documento puso en contacto al mundo de la terapia de familia con una concepción muy diferente del equipo terapéutico, y una idea muy diferente a cerca de la participación de los miembros del equipo. Se cuestionaron las implicaciones éticas planteadas por el hecho de que el equipo fuera autónomo y anónimo. Karl Tomm a finales de la década de 1980 le dio a White (1995) a conocer el concepto de “equipo de reflexión”, y se lo presentó como una poderosa experiencia para las personas que consultaban a los terapeutas. Las aportaciones principales para el equipo reflexivo fueron en esencia los escritos de Beatson y Maturana, pero también de la escuela de Milán, el Instituto Ackerman de New York y el Instituto Familiar Galveston en Texas (Andersen, 1987).

El equipo reflexivo presentó nuevas ideas que ampliaron perspectivas en cuanto al trabajo clínico, por ejemplo dentro de sus técnicas se encuentran las “**ceremonias de definición**”, el equipo reflexivo establece condiciones favorables al generar en las personas la voluntad de ser participantes activos de su propia historia y de inventarse. Estas ceremonias brindan a las personas una manera de mostrarse y tener oportunidad de hacer proclamaciones individuales y colectivas de sus ser. El equipo juega aquí un papel muy importante en el que cada integrante se coloca como “testigo externo” en el objetivo de hacer progresar el trama (White, 1995).

La estructura de la reunión de equipo reflexivo como lo desarrollo White (1995), implica cuatro partes, cada una de las cuales constituyen en sí misma una entrevista.

Fase	Descripción
Primera entrevista	El entrevistador se reúne con las personas que buscan la consulta, mientras que los miembros del equipo se ubican como audiencia de esa conversación. Las personas pueden conocer, si así lo desean a los miembros del equipo antes de empezar.
Segunda entrevista	El entrevistador y quienes buscaron la consulta cambian ubicación con el equipo: se convierten en el público de la conversación que tiene lugar entre los miembros del equipo. Durante este lapso, los miembros reflexionan sobre sus experiencias de la primera parte de la reunión. Hablando respetuosamente de las vidas de las personas que consultan en su presencia. **El equipo NO se reúne antes de esta segunda entrevista para preparar sus comentarios y preguntas.
Tercera entrevista	Todos vuelven a cambiar de lugar, esta experiencia se concentra primero en las experiencias que las personas tuvieron de la segunda entrevista y luego en su experiencia de la primera entrevista. El entrevistador también comparte sus respuestas a los comentarios del equipo de reflexión y sus pensamientos acerca de lo que le interesaría retomar en la reunión siguiente y solicita las respuestas de las personas. El entrevistador puede formular preguntas orientadas al futuro.
Cuarta entrevista	En esta reunión se juntan todos los participantes, el entrevistador, las personas que pidieron la consulta y los miembros del equipo, el foco es la discusión que se ubica en el proceso de la entrevista misma y en su reconstrucción. Al iniciarse el entrevistador es entrevistado por los miembros del equipo acerca de los detalles de su participación. A continuación el entrevistador puede entrevistar a los miembros sobre sus pensamientos acerca de las posibilidades que podrían haber sido exploradas más a fondo. Los miembros del equipo están en libertad de entrevistar a otros miembros sobre estas cuestiones y también se les invita a las personas que consultan a participar.

Tomado de White, M. (1995). Reescribir la vida, entrevistas y enayos. Gedisa: Barcelona

El nuevo enfoque de trabajo que representa el equipo reflexivo tiene muchas virtudes, pero es conveniente considerar que un equipo de reflexión basado en la idea de refuerzo positivo puede degenerar rápidamente hasta convertirse en una catarata de comentarios inconexos que confundirán y desorientarán a la gente. Por

otra parte, en esas circunstancias los miembros del equipo de reflexión pueden llegar a ser percibidos como condescendientes y desvinculados de las realidades de las vidas de las personas. Además, es probable que las personas que consultan piensen que los miembros del equipo no son sinceros sino que tratan de ser positivos para alegrarlos, por lo tanto el equipo empieza a resultar tedioso (White, 1995).

Por el contrario cuando los miembros del equipo asumen la responsabilidad de reconstruir sus comentarios y preguntas, se contrarresta la cosificación y la marginación de las personas que acuden a terapia y también asegura un contexto terapéutico más igualitario (White, 1995).

Dentro del equipo terapéutico los miembros tiene la oportunidad de situar sus propios comentarios de experiencia personal, pero no por la experiencia misma si no que pueden ofrecer sus propias historias alternativas de sus vidas que puedan ser nuevas aportaciones para la acción de la persona que consulta, ya que este equipo de reflexión es modelador de las vidas de sus miembros. Andersen (1987) menciona también la importancia de ser cuidadosos respecto a mencionar los intercambios no verbales de la familia.

La **práctica del equipo de reflexión** brinda a las personas un profundo sentimiento de reconocimiento y les ofrece oportunidades de romper con muchos aspectos de su vida tal y como la conocen. Un trabajo de este tipo brinda a las personas un salto cuántico con respecto a sus opciones para actuar en el mundo. Las ideas y prácticas de este trabajo contribuyen a (White, 1995):

1. Controlar las posibilidades de que el desequilibrio de las relaciones de poder que es inherente a tales contextos, resulte nocivo.
2. Ayudar a los terapeutas a apartarse de los discursos de la patología y de los sistemas formales de análisis que tanto marginan y cosifican a las personas
3. Cuestionar la supremacía de los saberes expertos
4. Privilegiar los sistemas de conocimiento alternativos
5. Proveer opciones para encarar la propensión de los contextos terapéuticos a reproducir muchos de los aspectos negativos de las estructuras e ideologías de la cultura dominante.

Enfoque Colaborativo y Conversacional

La **terapia colaborativa** se basa en la idea de que los seres humanos somos sistemas en lenguaje o sistemas de lenguaje, por lo tanto la terapia es un tipo de sistema de lenguaje o de generación de significados. Más que un modelo, la terapia colaborativa puede ser concebida como una filosofía de la terapia que tiene un conjunto de técnicas, esta filosofía está basada en conceptualizaciones posmodernas sobre el conocimiento y el lenguaje, tiene que ver con la forma de ser, de pensar, de hablar y de relacionarse con las personas reunidas en la terapia (Anderson, 2005).

Los supuestos básicos de la terapia colaborativa son (Anderson, 2005) :

- Mantener el escepticismo
- Eludir las generalizaciones
- El conocimiento como un proceso social interactivo
- Privilegiar el conocimiento local
- El idioma como un proceso social creativo
- El conocimiento y la lengua como la transformación

El **terapeuta colaborativo** se convierte en compañero conversacional de sus clientes, participa en conversaciones dialógicas y relaciones colaborativas, entendiendo al cliente desde su propia perspectiva y lenguaje. El terapeuta muestra una forma natural y auténtica de conectarse, colaborar y construir con el otro (Anderson, 1996). El terapeuta colaborativo considera que el cliente es el experto en su propia vida, lo que crea la posibilidad de crear una terapia práctica y colaborativa, en donde no cabe la idea de jerarquías, sino más bien el cliente y el terapeuta exploran juntos y realizan una especie de investigación compartida que clarifica, expande y transforma (Anderson, 2002).

Sus **principales representantes**: Harry Goolishian y Harlene Anderson mencionan que el yo es una instancia múltiple que se funde en el lenguaje y las relaciones y recomiendan prestar atención a las autodescripciones que el cliente hace de sí, pues estas operan de forma crucial en la organización del comportamiento y la experiencia (Goolishian y Anderson, 1996).

Anderson (1997), propone un marco de referencia para crear las conversaciones dialógicas en un proceso de conexión, colaboración y construcción, definiendo los siguientes conceptos:

- **No saber:** El “no saber” del terapeuta es considerado indispensable para la revelación de nuevas posibilidades, al concebir la terapia como una colaboración entre dos personas con experiencias y perspectiva diferentes más que una colaboración entre experto y personas que solicitan la ayuda. La posición de “no saber” permite al terapeuta mantenerse en un proceso de aprendizaje que privilegia la búsqueda común del terapeuta y el cliente (Anderson 1997).
- **Incertidumbre:** En la medida que el terapeuta abandone los supuestos y estereotipos prematuros y tenga la capacidad de cuestionar lo que piensa y sabe, será capaz de entender de mejor manera al cliente (Anderson 1997).
- **Voluntad para arriesgar:** partiendo del supuesto anterior de la incertidumbre, si realmente el terapeuta adopta la postura de “no saber”, aprenderá. El terapeuta debe arriesgarse a ser un aprendiz de su cliente (Anderson 1997).
- **Humildad:** El “no saber” implica humildad a cerca de lo que se sabe, se invita al terapeuta a preguntar para aprender, participar en la narrativa del cliente tal como es y no tal como podría ser (Anderson 1997).
- **Confiar y Creer:** El terapeuta puede confiar y creer en los relatos del cliente, partiendo de la noción de que cada relato es único y que puede variar de momento a momento, de contexto a contexto y de circunstancia a circunstancia (Anderson 1997).
- **Escuchar y aprender:** El terapeuta puede escuchar en un sentido amplio, es decir, puede atender, interactuar, responder y tratar de aprender acerca de la historia del cliente. La escucha del terapeuta es una respuesta activa dentro de las sesiones (Anderson 1997).
- **Mantener la coherencia:** es importante que el terapeuta este comprometido auténticamente a abrirse a la historia de la persona, siendo curioso sobre lo

que quiere contar, de tal manera que puede mantener la coherencia mientras escucha y aprende. Mantener la coherencia es un paso importante hacia la superación de posturas rígidas y un paso para pasar a la estimulación del dialogo, implica que el terapeuta en su conversación sea congruente con la historia del cliente. Así mismo ayuda a reducir el riesgo de que la voz del terapeuta domine y de forma a la historia contada (Anderson 1997).

Goolishian y Anderson (1998) parecen acordar que el intercambio terapéutico constituye “un entrelazamiento de ideas en el que los nuevos significados se desarrollan hacia la disolución del problema”. Anderson inició su trabajo en la terapia familiar en 1970 cuando tuvo contacto con Goolishian quien desarrollo la Terapia de Impactos Múltiples (MTI, por sus siglas en inglés) ya desde 1950.

La terapia de impacto múltiple es un tipo de terapia breve centrada en la familia con hijos adolescentes, esta terapia consistía en el trabajo intensivo de un grupo interdisciplinario con la familia, la terapia abarcaba un periodo de dos o tres días en los que los participantes intercambiaban sus opiniones con el objetivo de ayudar a las familias a crear un proceso de auto rehabilitación que les permitiera enfrentar las crisis propias de la etapa de adolescencia (Eguiluz, 2004). Anderson menciona que a partir de este trabajo con Goolishian y de las reflexiones en torno a su propio trabajo surgieron algunas de las **bases de su teoría y práctica actual**, dichas bases son las siguientes(Anderson, 2002):

- Valorar la importancia de las personas y sus sistemas.
- Considerar la creatividad humana y la genuinidad como ilimitadas.
- Movilizar los recursos de la familia en lugar de actuar como el experto en los recursos.
- Creer en la importancia de la autoreflexión, el autocambio y el aprendizaje en conjunto con la familia.
- Valorar la multiplicidad y diversidad de las voces.
- Considerar importante atender un punto de vista diferente sin hacer juicios.

De acuerdo a los conceptos anteriores y a los principios propios de la terapia colaborativa, se puede concluir que no existen **metas terapéuticas**, ya que la postura de no saber, de incertidumbre y de humildad ponen énfasis en la relación dialógica y no en la producción de cambios (Anderson y Goolishian, 1996).

La principal forma de “**intervención**”, que más bien se podría considerar como forma de “construcción” en la terapia son las **preguntas conversacionales**. Las preguntas son el núcleo de cualquier conversación terapéutica, las preguntas conversacionales se alejan de la tradicional forma de preguntar con base en una metodología o técnica establecida, con el único fin de recoger datos o validar hipótesis; por el contrario, se hacen preguntas que permitan al cliente construir las respuestas y a la vez permitan al terapeuta continuar aprendiendo. Las preguntas del terapeuta se deben orientar a facilitar la narración de la historia del cliente, comprendiendo su mundo personal y como el cliente aparece en él (Anderson 1997).

Un enfoque de colaboración se basa en un cambio ideológico en relación con la forma en que pensamos sobre el lenguaje y el conocimiento. El enfoque tiene **aplicación** práctica en diversos contextos tales como la terapia, las organizaciones, la investigación y la educación. Muchas **críticas** se han hecho a las posturas posmodernas por dejar de centrarse en la familia y pasar a las voces individuales, sin embargo es importante resaltar que la aproximación colaborativa no representa, ni surge de un movimiento aislado, ya que esta antecede por el enfoque narrativo y el enfoque centrado en soluciones, estos tres enfoques comparten premisas, concepciones similares del proceso terapéutico y del papel del terapeuta. Sin bien es cierto que la aproximación colaborativa se propone más como una serie de pautas de acción y relación, sin estructurarse a partir de un conjunto de técnicas como los modelos estructural o estratégico, tiene importantes implicaciones en el trabajo terapéutico ya que incorpora nuevos conceptos y deja de lado las posturas rígidas, connotadas de poder y de una percepción del terapeuta como único experto.

IV. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

4.1 Habilidades clínicas terapéuticas

Durante la residencia se realizó trabajo clínico en las diferentes sedes, al inicio con familias simuladas y posteriormente con familias reales, las y los alumnos en formación participamos como terapeutas, co-terapeutas y equipo terapéutico. A continuación se presentan dos casos en los que participé como terapeuta dentro de la formación en esta residencia.

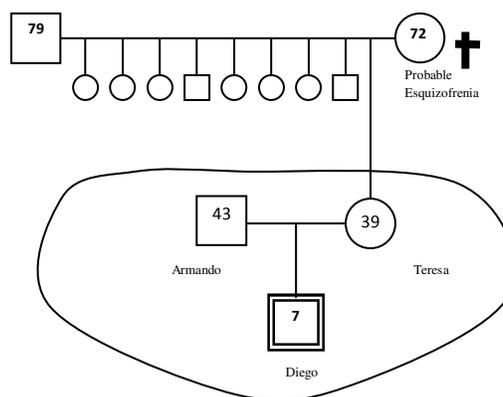
Integración de expedientes de trabajo clínico por familia

4.1.1 Reporte de Caso 1, "Familia MF"

Familia MF	
Terapeuta:	Lic. Liliana Moreno Lucero
Supervisora:	Mtra. Silvia Becerril Cervantes
No. de sesiones:	17
Modelo Utilizado	Estructural – Estratégico
Sede	Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro

Familia MF

El caso muestra la experiencia de trabajo terapéutico bajo el modelo estructural – estratégico y la incorporación del juego en la terapia con niños pequeños. El caso se narra siguiendo algunos supuestos de Minuchin y Madanes. Se mencionan las virtudes del trabajo con la supervisora como co terapeuta y la alianza terapéutica con el niño y la madre.



Se trata de una familia nuclear en la etapa de ciclo vital de padres con hijos pequeños, acuden al Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro por problemas de conducta de su hijo. Diego es diagnosticado con TDAH, toma medicamentos y con anterioridad han acudido a varios tratamientos antes de llegar al hospital.

Armando es el padre, hombre de 43 años empleado en un estacionamiento público quien trabaja jornada completa, estudió hasta cuarto semestre de ingeniería. Teresa la madre, es una mujer de 39 años que actualmente se dedica a las labores del hogar, tiene estudios técnicos en comercio. Diego estudia el primer año de primaria, es hijo único y muestra dificultades en la relación con su madre y problemas de conducta principalmente en casa.

Motivo de Consulta

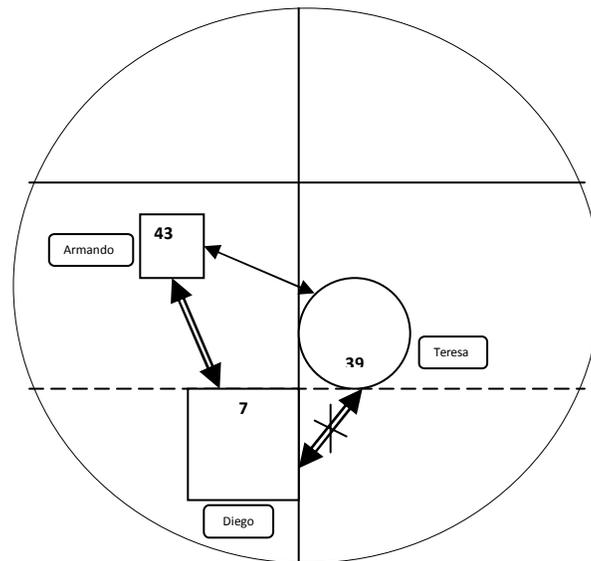
Aunque son canalizados por el psiquiatra del Hospital al servicio de Terapia Familiar, la familia; pero particularmente Teresa se encuentra con muchas expectativas respecto al tratamiento, refiere tener problemas de relación con su hijo (Diego) y cree que la terapia familiar puede ser de utilidad, independientemente de lo que diga el psiquiatra.

Duración del tratamiento por fecha de las sesiones (Agosto – Diciembre 2006)

Este caso se abordó durante 17 sesiones de manera semanal, se dio de alta.

Sesión	Fecha	Sesión	Fecha
1	22/08/06	10	24/10/06
2	29/08/06	11	31/10/06
3	05/09/06	12	07/11/06
4	12/09/06	13	14/11/06
5	19/09/06	14	21/11/06
6	26/09/06	15	28/11/06
7	03/10/06	16	12/12/06
8	10/10/06	17	19/12/06
9	17/10/06		

Evaluación Familiar Dinámico – Estructural de la familia M.F.¹



Como se puede observar en este mapa, Diego es el que tiene más significancia, y se encuentra en un proceso de sobreinvolucración con la madre, con relaciones conflictivas. El padre se muestra más alejado, pero sin embargo ocupa un lugar importante en la familia. Aparentemente no existen problemas en la relación de pareja, incluso se les pregunta abiertamente y refieren llevarse muy bien.

Mapa Estructural

H
.....

M
.....

P

Se observan límites difusos entre los tres miembros de la familia, en donde el subsistema parental se encuentra desunido.

Planteamiento y desarrollo de la problemática presentada

¹ Esquema dinámico-estructural, propuesto por el Dr. Raymundo Macías donde se pueden entender mejor las relaciones, organización y estructura de la familia.

De acuerdo a su etapa de **ciclo vital** en la que se encuentran los padres se están adaptando a sus nuevas funciones de madre y padre, se da una notable influencia de los propios modelos parentales y se presenta la ambivalencia materna. (Haley,1983). En esta etapa comienza la definición de Diego dentro de la familia, se requieren de ajustes especiales ante las conductas de independencia, aparecen síntomas y problemas emocionales.

El diagnóstico de TDAH, requiere un tratamiento multimodal que implica intervención psicológica, educativa y farmacológica (Taylor, 1991). En el caso de Diego los problemas de conducta inician desde los 5 años, es decir hace 2 años, han probado algunas estrategias como establecimiento de horarios y castigo-recompensa para mejorar las conductas de Diego, pero han obtenido pocos resultados, las conductas rebeldes y desafiantes solo se presentan en casa, en la escuela no presenta problema alguno. Actualmente esta medicado.

Teresa se muestra muy alterada ante las conductas de su hijo, ante la impotencia de no poder controlarlo ha recurrido al **chantaje y a la restricción de afecto**, en ocasiones ha utilizado **la violencia física**. Los periodos de tiempo que pasan juntos madre-hijo son muy prolongados y la convivencia diaria crea conflictos.

Las **exigencias** por parte de los padres en especial de la madre son muy altas respecto a la edad de Diego, él realiza deberes propios de su edad, se viste solo y en la escuela lleva un rendimiento normal, sin embargo para la madre no es suficiente y se muestra poco tolerante ante cualquier conducta de su hijo. Con frecuencia ella se expresa de manera negativa de su hijo y le cuesta mucho trabajo observar los aspectos positivos.

El padre se muestra periférico ante las situaciones en casa, en gran medida por que su jornada de trabajo es larga y prácticamente llega a casa a cenar. La relación entre Diego y él es definida como buena.

Resumen de la evolución del tratamiento

En la entrevista inicial y la mayoría de las sesiones se presentan los tres integrantes de la familia, se explora y observa la **relación madre – hijo**, encontrando que Diego no hace contacto visual con su madre, solo cuando está enojado y lo hace en una actitud de reto; Teresa no encuentra formas de demostrar

afecto a su hijo agobiada por su comportamiento, está agotada y muy triste; Armando esta también un poco cansado por las discusiones entre su esposa y su hijo, trata de poner remedio solo en los cortos periodos que se encuentra en casa.

Lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de los miembros, se trata del paciente identificado, al que la familia rubrica como el que "tiene los problemas" o "el que es el problema". Pero cuando una familia pone a uno de sus miembros la etiqueta de "paciente", es posible considerar los síntomas del paciente identificado como un recurso para mantener el sistema (Minuchin, 1979).

La **primer sesión** fue una clara muestra de la dinámica familiar, al preguntar cómo se encontraban, la respuesta fue de Diego: "mal... le dije loca a mi mamá...". De manera casi inmediata Teresa se pone a llorar y comienza a "acusar" a Diego de su comportamiento y entre ambos a manera de discusión comienzan a relatar lo acontecido, dando detalles de cómo se agredieron mutuamente. Se da un juego entre ambos en **escalada simétrica** hasta que llega a su nivel máximo y recurren al padre, quien se mantiene la mayor parte del tiempo solo como espectador. Diego dice a su madre que no la quiere, la llama loca y la arremete e incluso a su corta edad ha mencionado que se quiere ir de la casa y esto se da de manera reiterativa. Teresa con frecuencia menciona "No estoy loca" y siente mucho enojo y dolor de que su propio hijo la llame de esa manera.

Además de las agresiones verbales que recibe de Diego, Teresa menciona que también le molestan algunas de sus actitudes, por ejemplo, que le pida que lo abrace o lo felicite por algún acierto, cuando a ella no le parece tal cosa o se encuentra enojada porque previo a una buena conducta ya hubo un episodio agresivo. Diego hace berrinche si salen a la calle y Teresa no le compra lo que quiere y entonces Diego se pone a gritar como "loco".

Teresa, la madre se define a ella misma como **obsesiva y explosiva**, los fines de semana se va a casa de su padre (abuelo de Diego), para descansar de su hijo, menciona sentirse agobiada y perseguida por Diego: "no me deja en paz...". Se va sola y deja en casa a Diego con su padre.

La **relación parental se ve desunida**, los métodos de crianza son muy distintos y aunque refieren no tener discusiones o problemas al respecto no han podido

establecer un frente común. Diego debe poder captar que el subsistema parental es el que fijará los límites de lo permitido, el subsistema parental no está suficientemente unido como para formar un límite claro para el subsistema de los hijos. Para la **segunda y la tercera sesión**, una vez hecha la exploración se decide trabajar con la noción de **límites y consecuencias** y se les dejan tareas concretas a realizar, respecto a ponerse de acuerdo en las reglas en casa y los comportamientos no permitidos para Diego, teniendo pocos resultados.

En la **cuarta sesión** se hace contacto con los sentimientos de **Teresa y se explora la relación con su padre**, pues se tenía la hipótesis que estaba replicando modelos de relación aprendidos de la infancia, Teresa no coincide con esta hipótesis y menciona sentirse desesperada por no ver cambios en su hijo, incluso se queja de que la actitud de Diego empeora día con día. Sin embargo en esta sesión se afianza la **alianza terapéutica** con Teresa. Ella menciona que por primera vez siente confianza y empatía con una profesional de la salud, con anterioridad sentía que los médicos y los psiquiatras que atienden a Diego, la consideraban “mala madre” o pensaban que estaba “loca”, algunos la regañaban y nunca antes se había sentido escuchada como hasta ahora.

En la **quinta sesión** acuden solo Diego y Teresa. Teresa menciona que con relación a la sesión anterior, hizo algunas reflexiones y considera importante relatar la **relación con su madre** y las causa de su muerte, dice que su madre fue diagnosticada como **esquizofrénica** ya en las últimas etapas de su vida. Teresa refiere que vivió confundida gran parte de su infancia y adolescencia respecto a las actitudes de su madre, pero que ella pensaba que era un comportamiento normal. Es importante destacar que Diego está presente en esta sesión y la madre pide que se retire para hablar de la muerte de la abuela, lo cual es un secreto para él. Diego accede de manera casi inmediata, busca un espacio fuera de la sesión y se pone a jugar sin hacer ninguna interrupción.

La madre de Teresa tiene una muerte trágica, se **suicida** tomando raticida, Teresa se siente culpable pues estaba bajo su cuidado cuando esto ocurrió. Posteriormente se analiza junto con Teresa la relación de este evento pasado con la actitud que ella tiene hacia su hijo y viceversa. Aunque Teresa encuentra algunas similitudes comenta que no considera que ese sea el problema, pero una vez más agradece el espacio para ser escuchada.

El terapeuta supone que un síntoma expresa analógica o metafóricamente un problema, que es al mismo tiempo la solución, aunque por lo general insatisfactoria para las personas en cuestión (Madanes, 1982).

Ya para la quinta sesión los cambios eran mínimos, después de revisar la literatura y retomar los comentarios realizados en la supervisión se realizó el siguiente cuestionamiento: **¿Qué función está cumpliendo el síntoma de Diego en éste sistema familiar, en éste momento?, ¿Puede Diego con sus problemas de comportamiento evitar algún tipo de discusión entre sus padres?**

Por ello en la **sexta sesión** se cita solo a los padres y se explora la **relación de pareja**, que aun y cuando ellos mencionan no tener dificultad alguna, da la impresión de que Teresa tiene un **enojo** hacia Armando que no ha podido manejar abiertamente. De acuerdo a lo observado durante el proceso hasta esta sesión, no hay concordancia entre el contenido (lo que informa la pareja) y la relación (se mantiene distantes y con poca comunicación) de esta pareja.

Durante esta sesión se encuentra presente también la **supervisora** quien contribuye con preguntas directivas, que yo no había podido hacer antes. La supervisora pregunta abiertamente **¿Qué es lo que está pasando entre ellos dos?**, para Armando y Teresa las intervenciones les parecen descontextualizadas al principio y el estilo de la supervisora diferente al mío, pero conceden importancia a su intervención y a su experiencia. En el transcurso de la sesión mi presencia y la alianza ya establecida con la familia me permiten apoyar las intervenciones de la supervisora desde mi particular estilo de hacer terapia y con ello logramos en co-terapia tener una sesión muy interesante, y lograr que la pareja encontrara el sentido de las intervenciones.

En efecto resulta que hubo un episodio de **infidelidad** del cual Armando resulta contagiado del **virus del papiloma humano** y lo contagia a Teresa. Ella se siente muy ofendida por el hecho de haber sido engañada pero aun más porque esto tuvo repercusiones en su salud. Teresa refiere que en sus momentos de enojo con Diego ha llegado a pensar en que él es la causa de que sigan juntos como esposos, que de no ser así ella ya hubiera dejado a Armando. Explorando la relación que pudiera haber tenido este evento con la conducta de Diego, ambos coinciden en que **los**

problemas comenzaron a raíz de este incidente, Armando refiere que Teresa solía ser cariñosa con su hijo pero de este tiempo a la fecha, él percibe cierto rechazo hacia su hijo por parte de ella.

Al parecer en el caso de la familia M.F. sucede lo que Minuchin (1994) ha encontrado en algunos de sus casos: el diagnóstico “oficial” (TDAH), permite que el foco puesto en el hijo mantenga el síntoma y enmascare las dificultades de pareja.

En algunos casos, la conducta perturbada de los hijos expresa una metáfora de la situación en la que se encuentra alguna otra persona en el sistema familiar (Madanes, 1982).

El malestar de Diego hacia su madre podría ser considerado como una metáfora del malestar en la pareja. Los problemas y las actitudes de Teresa y Diego en la convivencia diaria, también crean malestar **en la relación de pareja**, aunque los conflictos no se dan de manera abierta (gritos, insultos, enojos, etc.) sino más bien con un sutil **distanciamiento** como pareja, disminuyendo el contacto físico y las relaciones sexuales.

Para la **sexta sesión** se cita de nueva cuenta a ambos cónyuges y se intentan intervenciones encaminadas a la **unión de la pareja**, incluso para favorecer la función parental. Durante la sesión se favorece el dialogo entre la pareja, Armando justifica su infidelidad, diciendo que solo fue un encuentro ocasional y que de ninguna manera tiene que ver con Teresa o con sus sentimientos hacia ella. Armando pide disculpas y muestra su interés en continuar de mejor manera la relación con Teresa. Ella escucha con llanto en los ojos y menciona que no sabe si podrá recuperarse ya que el dolor es muy intenso y se siente muy vulnerable. Teresa encuentra en la sesión un espacio para exponer su enojo hacia Armando y hacia la mujer con la que le fue infiel, le dice a Armando lo que piensa de él y lo infeliz que se siente por su comportamiento. Al final ambos coinciden en que existe amor y que el tiempo ira sanando la relación. Por ahora no quieren continuar hablando del tema ya que considera que la prioridad es mejorar la conducta de Diego.

Aunque la intención de continuar las intervenciones encaminadas a la unión de la pareja son rechazada la sexta sesión propicia un **cambio** en la actitud de ambos padres, parece ser que el expresar abiertamente el malestar en la pareja los volvió más receptivos y les permitió continuar el trabajo en la relación de padres.

A partir de la **séptima sesión** Teresa dice sentirse más tranquila y cree que está mejorando la conducta de Diego, por lo que se regresa al planteamiento inicial, de intervenir para mejorar la conducta de Diego en casa, y la estrategia a seguir, fue la incorporación del juego.

La terapia con niños pequeños es de acción y movimiento, no de palabras (Minuchin, 1994).

A partir de las **octava sesión**, se incorpora a la terapia familiar, **el juego**, como una alternativa para incorporar mejor a Diego, el juego funciona como una manera de modelar la relación entre Diego y terapeuta y madre (padre)- hijo.

El juego para el niño es un factor central del aprendizaje y generador de la adaptación social, al incorporar a los adultos es posible favorecer el acto comunicativo que actúa sobre los deseos de relación del binomio niño-adulto, incentivando o inhibiendo la interacción (García Núñez y Fernández Vidal, 1996).

La estructura de las sesiones fue la siguiente: se pidió a ambos padres que jugaran con Diego, mientras yo observaba y hacía anotaciones y posteriormente se le dan explicaciones a los padres respecto a cómo se da la relación entre ellos y su hijo. Se revela información importante acerca de cómo se relacionan en familia, se descubren aspectos interesantes como la importancia del contacto visual, la manera de demostrar afecto y la obsesividad de la madre como impedimento para el acercamiento, así como la poca comunicación de Armando con Diego y Teresa.

Posteriormente en mi papel de terapeuta juego con Diego mientras los padres observan, esto como un método de modelamiento. Los juegos en general no tienen una gran carga de agresividad, Diego es un niño muy creativo y las actividades plásticas son de mayor interés para él. Incorporar el juego con Diego nos acercó más a mí y a él, aunque la alianza ya era buena y el entablaba diálogo conmigo,

jugar hizo más interesante las sesiones para él y acudía semana a semana con mucho gusto.

Cuando Teresa juega con Diego, ella trata de dirigir el juego, pero tiene pocas habilidades lúdicas, Diego no se siente muy cómodo y elabora un espacio propio en el que decide cuando involucra a sus padres. Por medio del juego Diego logra expresar los afectos hacia sus padres, especialmente hacia la madre, haciendo dibujos (muy coloridos) de ella y él felices, tomados de la mano, o elabora obsequios con papel o plastilina (flores) para ella. Teresa se sorprende y se conmueve.

En otros momentos del juego, se molestan Teresa y Diego, porque cada uno quiere dirigirlo, cuando comienzan la escalada simétrica yo hago alguna intervención para frenarla evidenciando que comienzan a agredirse: ¿Se dan cuenta que ya no están jugando?, ¿Parece que ahora se encuentran enojados?. Ellos respiran y cambian la interacción y posteriormente Armando aprende a observar la interacción y es él quien interviene.

Tras tres sesiones continuas (**octava, novena y décima sesión**) de juego dirigido, se comienzan a mostrar ligeros cambios en la interacción entre madre-hijo y padre-hijo. Teresa ya no ocupa el rol de dirigir, sino que se vuelve una acompañante de su hijo en el juego.

Diego logra obedecer reglas dentro del juego y controlar su conducta de mejor manera, lo que corrobora la teoría de Vygotskii (1979) respecto al juego, entendiendo que no es el rasgo predominante en la infancia, sino un factor básico en el desarrollo y que el mayor autocontrol del que es capaz un niño se produce en el juego, creando una zona de desarrollo próximo. Durante el juego el niño está siempre por encima de su edad promedio y por encima de su conducta diaria.

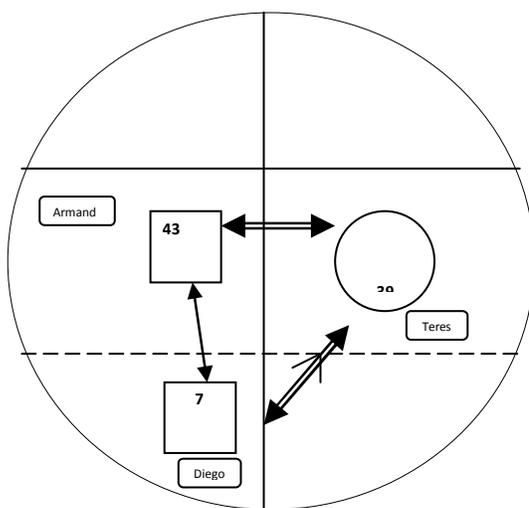
Es hasta la **onceava sesión**, cuando se comienzan a observar **cambios notables en la relación madre- hijo**, apoyada por el padre como mediador entre ambos. La **sesiones 12, 13, 14 y 15**, se continúan con la misma dinámica de juego y diálogo posterior, se van afianzando los cambios y se dan altibajos, pero los pueden solucionar de mejor manera. Diego ha dejado de llamar “loca “ a su mamá y ya no se golpean ninguno de los dos. A veces Diego hace “berrinche” pero Teresa logra mantener el control. Por otro lado Teresa está ahora más relajada y no es tan

insistente en la perfección de las labores que realiza Diego. Ambos sonríen en las sesiones y Teresa ha dejado de quejarse y de llorar.

Para la **dieciseisava sesión**, se le plantea a la familia la posibilidad de un cierre, se hace mucho énfasis en habilitar la capacidad de Teresa para diferenciar sus estados de ánimo y cuáles de ellos tienen que ver directamente con la conducta de Diego y cuáles no. Teresa no quiere dejar la terapia y le cuesta trabajo aceptar sus logros y los cambios que ha hecho respecto a su hijo, pero para Armando y Daniel la situación ha cambiado considerablemente, incluso mencionan que el propio psiquiatra está considerando darlos de alta.

La **sesión 17** es la última y se decide dar de alta por que los **objetivos del tratamiento están cubiertos** la conducta de Diego ha mejorado considerablemente y los padres a través del juego han adquirido estrategias para poner límites y consecuencia que les ayudan a ser más eficaces. Sin embargo se les sugiere ambos padres la posibilidad de un tratamiento en pareja (lo cual rechazan) y a Teresa que comience un proceso personal, (a lo que se muestra interesada) para manejar todo el dolor que le causa la muerte de su madre y la infidelidad de su esposo, haciéndole énfasis en que esto puede crear problemas ulteriores en su dinámica familiar.

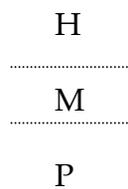
Evaluación Familiar Dinámico – Estructural de la familia M.E al final del tratamiento



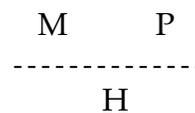
Como se puede observar en este mapa, Diego deja de ser el centro de atención en el sistema y la relación conflictiva ha disminuido considerablemente, aunque aún se mantiene ambivalente. El padre se ha unido más al sistema con un papel mediador entre las dificultades madre- hijo. Los problemas en la pareja fueron abordados hasta donde lo permitió la familia, y por el momento no es un asunto que consideren prioritario en sus vidas.

Mapa estructural

(Antes del tratamiento)



(Después del tratamiento)



Finalmente se observa una estructura familiar distinta, las intervenciones estuvieron encaminadas a unir al sistema parental y el hijo se ha ubicado en una jerarquía distinta con límites claros.

4.1.2 Reporte de Caso 2, “Leticia”

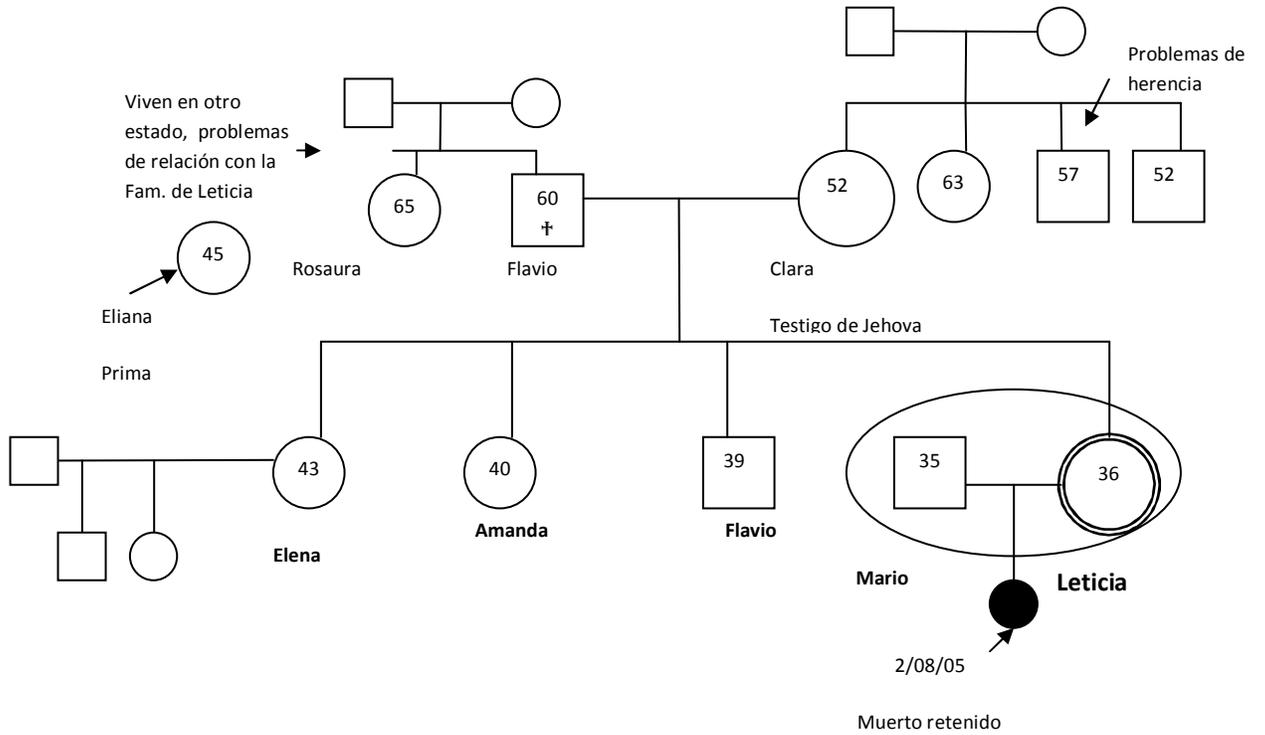
Leticia	
Terapeuta:	Lic. Liliana Moreno Lucero
Supervisora:	Dra. María Blanca Moctezuma Yano
Equipo Terapéutico:	Manuel Almanza, Martha Edna Barrios, Fania Delgado, Marina Giangiacomo, Anel Gómez, Linda Olimpia López, Susana López, Regina L
No. de sesiones:	8
Modelo Utilizado	Soluciones
Sede	Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Caso “Leticia”

Leticia: *“las cosas importantes de la vida como tener un buen trabajo o un hijo, no lo puedo lograr...tengo logritos, cosas chiquitas, pero lo grande, lo que más me importa, siento que no puedo”.*

El caso muestra la experiencia de trabajo terapéutico bajo el modelo de terapia breve centrada en soluciones y la incorporación de una intervención paradójica que desatasca el proceso. Se mencionan las virtudes del trabajo con equipo terapéutico detrás del espejo y de la supervisora como coterapeuta. Se enmarca el caso siguiendo las presuposiciones que mantienen los terapeutas centrados en soluciones, descritas por O’Hanlon (1993).

Genograma



1993	Muere su madre
1994	Se casa
1996	Comienza su padre a agravar de salud y está así 3 años
1999	Muere su padre diagnosticado con VIH/ Sida
2000	Se asocia con sus hermanos/negocio familiar
2002	Le diagnostican hipotiroidismo
2004	Inician los problemas con sus hermanos
2004	Inicia la carrera de psicología en sistema abierto

Datos Generales de Leticia

Leticia es una mujer de 36 años, casada desde hace 12 años con Mario. Tiene estudios de licenciatura y actualmente se dedica al hogar, a la par ha iniciado la carrera de psicología en el Sistema Abierto de una reconocida Universidad. Padece hipotiroidismo y tuvo problemas de himen imperforado.

Motivo de Consulta

Leticia se presenta básicamente por dos situaciones principales que quiere resolver.

- Problemas en las relaciones fraternas debido a la herencia de sus padres (ambos muertos por VIH/ Sida). Los hermanos de Leticia deciden invertir en un negocio familiar en el que no está totalmente de acuerdo pero participa, los problemas derivados de la administración de este negocio, le trae discusiones y refiere estar sometida a mucho estrés. Tal situación, en la que ella a veces se ha sentido defraudada y abusada, la deprime.
- Por otro lado quiere sentirse menos estresada para poder embarazarse. Además del problema de himen imperforado que tuvo y que ya se trató ahora se encuentra en tratamiento para poder embarazarse.

Duración del tratamiento por fecha de las sesiones (Octubre 2006 – Junio 2007)

Se llevaron a cabo 8 sesiones y tres denominadas de seguimiento (a petición de Leticia). La frecuencia con que se concertaban las citas era cada 15 días, sin embargo algunas ocasiones fue cancelada la cita, lo que provocaba que las sesiones se prolongaran un mes o hasta 9 semanas. Del inicio del tratamiento, hasta la última sesión pasaron 9 meses. Y las sesiones de seguimiento un mes después, 7 meses después, 8 meses después.

Sesiones

SESIÓN 1	09 DE OCTUBRE 2006	PRIMER SESIÓN
SESIÓN 2	23 DE OCTUBRE 2006	15 DÍAS DESPUÉS
SESIÓN 3	06 DE NOVIEMBRE 2006	15 DÍAS DESPUÉS
SESIÓN 4	04 DE DICIEMBRE 2006	1 MES DESPUÉS
SESIÓN 5	12 DE FEBRERO DE 2007	2 MESES DESPUÉS
SESIÓN 6	26 DE FEBRERO DE 2007	15 DÍAS DESPUÉS
SESIÓN 7	23 DE MARZO DE 2007	1 MES DESPUÉS
SESIÓN 8	04 DE JUNIO DE 2007	2 MESES Y UNA SEMANA DESPUÉS
SESIONES DE SEGUIMIENTO	26 DE JULIO DE 2007	1 MES Y MEDIO DESPUÉS
	23 DE FEBRERO DE 2008	7 MESES DESPUÉS
	15 DE MARZO DE 2008	3 SEMANAS DESPUÉS

Planteamiento y Desarrollo de la problemática presentada

Leticia está interesada en embarazarse, quiere hacer todo lo posible, y una de las alternativas que presenta es la de disminuir el estrés que le produce la situación con sus hermanos, causado principalmente por desacuerdos con la repartición de la herencia de sus padres y el negocio en el que se asoció con ellos, del cual ella es la representante legal.

Al momento en que decide iniciar el tratamiento se siente muy deprimida, con una sensación de no poder llevar una “vida normal”, se quedó sin trabajo, debido a los problemas con sus hermanos (ya que el negocio era compartido) y no ha avanzado con sus materias en la universidad. Tiene la sensación de indefensión al no poder concretar sus planes pese a su esfuerzo y esto la mantiene en un estado de frustración constante. Es importante resaltar aquí que su padecimiento de hipotiroidismo pudiera también tener efectos en su estado de ánimo; aunque ella

no percibe tal relación, es sabido que el hipotiroidismo puede causar síntomas de depresión o confundirse con la misma, además de que puede afectar la capacidad de una mujer para embarazarse.

Leticia ya ha estado en tratamiento psicoterapéutico con anterioridad, acudió a una reconocida asociación especializada en salud sexual por 4 años, trabajando con una psicóloga, quien facilitó su trabajo de duelo por los padres fallecidos a causa de VIH / Sida, (la madre falleció hace 13 años y el padre hace 7). También aborda su principal problema en ese entonces, que tenía que ver con una anomalía congénita: himen imperforado², el cual fue tratado médicamente después de 4 años y le permitió continuar su vida sexual, aunque con poco éxito para embarazarse.

Leticia creció en una familia de Testigos de Jehová, en donde a su parecer la percepción de la sexualidad tenía ciertas limitaciones y cargas de culpa. En su adolescencia y su juventud se reunía en compañía de Mario en un grupo en donde les decían que tener relaciones sexuales antes del matrimonio era inmundo e inmoral, por lo que ella decide no tener relaciones sexuales sino hasta el matrimonio, situación que la hace ignorar su problema de himen imperforado y ambos lo descubren hasta la luna de miel. Sus ideas acerca de la sexualidad tuvieron una carga fuerte de culpabilidad hasta hace poco menos de tres años, desde que dice tener relaciones más placenteras con sus esposo.

Su historia predominante respecto a su familia de origen, tiene connotaciones de culpa, desconfianza y tragedia, el enterarse que su padre quien había sido diagnosticado con vasculitis sistémica³, finalmente fue diagnosticado VIH positivo, produjo en ella un fuerte impacto, ya que su madre quien murió años antes, fue

²El himen imperforado o cerrado es una anomalía congénita en la vagina, el principal síntoma es la criptomenorrea, es decir, la acumulación de sangre menstrual en el útero y vagina, ya que la estructura del himen no posee ninguna abertura que permita el paso de la sangre menstrual, se acumula en vagina y útero y ocasiona intenso dolor abdominal, vómito y fiebre. Puede provocar severas infecciones. El tratamiento consiste en hacer una pequeña abertura en el himen a fin de crear una vía de drenaje para que pueda salir el líquido depositado.

³ Se refiere a un grupo de condiciones o síntomas que se caracterizan por la inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos, la vasculitis sistémica puede constituir un grupo altamente heterogéneo de patologías, que abarca desde proceso benignos autolimitados hasta aquellos que ponen en peligro la vida. Sus manifestaciones clínicas, tratamiento y pronóstico dependen de la localización y extensión de la lesión, así como el vaso sanguíneo involucrado

expuesta a varios tratamientos médicos sin saber la causa de sus enfermedades. Con la muerte de su padre ella deduce que su madre también había sido infectada de VIH y menciona sentirse culpable por haber permitido largos y dolorosos tratamientos a su madre.

A pesar de su historia de vida, Leticia es una mujer con muchos recursos propios, a decir de ella misma se considera una mujer de empuje y lucha, capaz de obtener lo que quiere, aun ante situaciones adversas. Tiene a su esposo como principal red de apoyo, y a pesar de los problemas con sus hermanos, ellos son su familia, y ella misma los coloca en un lugar muy especial, y son quienes en gran medida le dan sentido a su vida.

Metas terapéuticas

Reducir su estrés y mejorar su autoestima y su estado de ánimo para:

- Mejorar la relación con los hermanos.
- Encontrar la eficacia en el tratamiento del embarazo.

Resumen de la Evolución del Tratamiento

En la **primer sesión** Leticia se presenta con una actitud pesimista, dice estar muy deprimida (llora con facilidad, no duerme bien) y se siente con dificultades para hacer su vida de manera “normal”, siente que sus hermanos le han quitado “todo”. Durante la sesión narra constantes quejas acerca del comportamiento de sus hermanos, no habla en términos de conducta y le cuesta trabajo hablar de ella sobre todo en cuestiones positivas. Utiliza constantemente frases como: “deje mi trabajo por...”, “me hacen hacer cosas muy feas...”, “ellos me hicieron...”, etc., como una manera de responsabilizar a los demás de sus propios actos. Como **soluciones intentadas** menciona que se ha alejado de sus hermanos. Ya en una ocasión anterior terminó con el problema del negocio con sus hermanos amenazando con iniciar demanda a través de una abogada, pero volvió a aceptar estar en un nuevo negocio con sus hermanos. Pareciera ser que los problemas que tiene con los hermanos, relacionados al negocio familiar se han dado a partir del incumplimiento de los acuerdos. Se aleja temporalmente de sus hermanos, pero al menor indicador regresa y ofrece su ayuda, lo cual posteriormente le hace sentir mal.

En cuanto al problema de embarazarse esta acudiendo al médico, ya le han hecho inseminación artificial aunque sin resultado. Está también en tratamiento del hipotiroidismo, menciona estar a dieta y logró bajar 5 kilos. Su discurso recurrente son sus malestares físicos, narra sus problemas de hipotiroidismo, inicios de diabetes y tratamiento para embarazo, como situaciones que la aquejan y que ocupan gran parte de su tiempo y de su energía.

Respecto a la relación con su esposo menciona que él es muy comprensivo, percibe que en la relación de pareja es ella quien toma un rol más activo, pues es la encargada de tomar decisiones, solucionar problemas e incluso ha llegado a sentir que tiene responsabilidad directa sobre la vida de su esposo. En sus palabras: "...a veces tengo que cargarlo...", porque él no toma la iniciativa en nada.

En cuanto a su persona, refiere sentirse frustrada, sin poder lograr una visión clara de cómo llevar a cabo sus planes. Quiere concluir sus estudios e iniciar un negocio, pero no encuentra la fuerza suficiente para emprender los proyectos. Considera que no se ha dedicado a ella, y que perdió mucho tiempo con las enfermedades de sus padres.

Esta primer sesión es sin duda una sesión cargada de mucha información, los padecimientos físicos, tal como ella los narra, son complejos y se realizan varias **preguntas para identificar el problema**, y tener más claridad acerca del mismo.

Desde la primera sesión las interacciones y las intervenciones terapéuticas estarán dirigidas a que el cliente obtenga una visión nueva de la situación (O'Hanlon, 1993).

Ya desde este primer momento, el clima de la sesión me permite hacer **connotación positiva** con Leticia, resaltando aspectos importantes en su vida como su fortaleza y su tenacidad, así como el logro de perder peso en su tratamiento. Intentado resaltar que sí le es posible hacer cambios. A lo que ella responde, después de un silencio, haciendo una analogía con los comentarios positivos que hace su esposo respecto a ella.

Posteriormente se realizan **preguntas centradas en la excepción** (O'Hanlon, 1993), explorando ¿Cuándo es que no se siente deprimida?, o ¿Qué de su vida sí le gusta?.

Lo que la hace salir con una sensación de pesadumbre en esta sesión ya que encuentra pocas excepciones. Se resume la sesión y se acuerda comenzar el trabajo en la relación con sus hermanos.

El terapeuta busca pequeños cambios y los amplía (O'Hanlon, 1993).

En la **segunda sesión**, Leticia comenta de manera breve que la problemática con sus hermanos ha disminuido, y menciona que en los últimos 15 días después de la sesión se ha dado cuenta que lo que más afecta su vida es el hecho de no poder embarazarse y que ha encontrado estrategias para aminorar la problemática con sus hermanos, la más relevante ha sido tomar distancia. Se **amplía** este pequeño **cambio** en relación a sus hermanos, explorando como lo hizo, y la manera en que podría replicarlo.

Entonces el tema central de la sesión se convierte en el embarazo. Ahora presenta un nuevo diagnóstico médico, tiene una trompa de Falopio "tapada" y refiere que Mario presenta problemas de erección justo en los días en que ella es fértil. Se muestra sumamente enojada e incluso menciona que su reacción ante el enojo fue pegarle a Mario. Es en esta sesión donde Leticia hace referencia a la historia personal que ambos tienen con la religión de los Testigos de Jehová y el ejercicio de su sexualidad, lo que a decir de la propia Leticia a partir de las reuniones que mantenían con un grupo de esta religión, el deseo sexual y el de su novio se vieron mermados. Actualmente han tenido una vida sexual "normal" y ella cree que puede tener más posibilidades de embarazarse; también menciona que en algún tiempo ella no quería tener hijos, pero que después de que murió su padre ella pensó que si podría tener una familia.

Es importante cuestionar a las personas respecto a que sería más importante para ellos, entender o resolver el problema (O'Hanlon, 1993).

En el discurso de Leticia durante esta sesión se percibe una gran carga de culpa: le menciono que me parece que ella se siente culpable de todo, de la muerte de la madre, del negocio, de los hermanos y ahora de no poderse embarazarse; Leticia

responde que es verdad, pero que sin embargo su sentimiento de culpabilidad se ha reducido en relación a épocas anteriores y que puede diferenciar las situaciones de las que sí es responsable y de cuáles no. Ella hace mucha alusión a su historia pasada y la conecta con su situación presente, las intervenciones entonces están encaminadas a resolver el problema en el “aquí y ahora”, más que entender las causas que ella cree que lo producen.

Leticia tiene la necesidad de narrar la historia de Mario, mencionando que sufrió mucho desde niño por las cosas que su madre le decía de su padre y cree que él también requiere de trabajo terapéutico, con lo que el objetivo de la sesión comienza a desviarse y se **focaliza** sobre la demanda inicial y la meta terapéutica que se había acordado desde la sesión anterior, así que las intervenciones se centran en buscar acciones que le permitan reducir su estrés; se explora un poco de su vida cotidiana y de las actividades que le permiten estar más tranquila.

Por otro lado se explora sobre las actividades sociales, intereses y pasatiempos, con la intención de focalizar su energía en otras actividades distintas a las relacionadas a los tratamientos médicos.

Concentrarse en lo que es posible y puede cambiarse, no en lo que es imposible o intratable
(O'Hanlon, 1993).

En esta sesión los **comentarios del equipo terapéutico** fueron de utilidad cuando a Leticia y a mí se nos devuelve que tendríamos que concentrarnos en los factores externos que causan el estrés. En la inter-sesión con el equipo se discutió que los dos eventos que le producen mayor estrés (problemas con los hermanos y posibilidad de embarazarse) tienen que ver con situaciones externas que no están al alcance de su control.

También el equipo terapéutico me solicita cuestionar a Leticia: ¿Hasta cuándo va a seguir intentando embarazarse? y ¿que puede pasar si no lo logra?. La reacción de Leticia, respecto a esta última intervención en este momento no es muy favorable, se molesta un poco y responde que si no se embaraza prefiere morirse. Yo siento que la **alianza terapéutica** se puede ver dañada con la intervención del equipo, por lo que decido **cambiar la estrategia** e incorporar la observación del equipo

pidiendo a Leticia una **tarea para la próxima sesión**: traer una lista con acciones que puede realizar y con fechas muy específicas para lograr embarazarse, con el objetivo de que dicha lista le permita identificar de manera más concreta qué está a su alcance hacer y qué no.

Al término de la sesión, la **reflexión con el equipo terapéutico** es muy enriquecedora se observa la situación de Leticia bajo el enfoque de soluciones pensando en que la **causa de los problemas es la causa de las soluciones**. Y se sugieren las siguientes posibilidades:

1. Ayudar a Leticia a identificar las fuentes de estrés he ir reduciendo las opciones con las que cuenta de manera más objetiva.
2. Pensar en las posibilidades o estilo de vida en el caso de que ella no pudiera embarazarse.
3. Enfocarse más en la relación afectiva con su esposo y otros aspectos de la vida en pareja, más allá de las relaciones sexuales y el deseo de embarazarse.
4. En caso de no haber para Leticia otras alternativas, más que la de lograr el embarazo, analizar ésta a fondo mientras se sigue explorando otros análisis o soluciones posibles.
5. Analizar cómo es que se mantiene en la vida de Leticia, la posibilidad de embarazo como la única y qué tiene que ver con ella y con su esposo.
6. Explorar la relación e interacción con su esposo y de cómo ella probablemente este ejerciendo una presión importante sobre su marido respecto la posibilidad de ser padres.
7. Explorar otros aspectos importantes de su relación de pareja que ha durado ya más de 12 años y que otras cuestiones los unen además del deseo de ser padres. ¿Hay algo más que los une como pareja que la dificultad o la adversidad? ¿En dónde quedó la pareja, donde quedaron los otros aspectos de la vida en pareja?

Estas posibilidades, resultado del análisis con el equipo terapéutico, fueron las que de manera general guiaron mi trabajo a partir de esta sesión.

La **tercera sesión** inicia con la **revisión de la tarea**. La tarea fue entendida por Leticia como un “plan de acción”, por lo que refiere haber acudido a otro doctor para el tratamiento de su embarazo, y menciona que con dicho tratamiento tenía tres oportunidades y perdió una, ya que Mario no pudo tener una erección el día indicado por el médico. Leticia se encuentra muy molesta, lo que impide continuar

con el plan de la sesión y en lugar de ello se aborda el enojo que siente hacia Mario y su forma de reaccionar al pegarle. Se explora la posible situación de violencia en la pareja y Leticia menciona que la actitud tan pasiva de Mario, la ínsita a pegarle, que no es la primera vez que sucede y tampoco siempre los golpes están relacionados con la situación del embarazo. La primera vez que le pegó fue a los seis meses de novios y cuando se casaron le aventaba la plancha, los platos, y cuenta que una vez lo descalabró. La respuesta de su esposo es quedarse como “una piedra”. En ocasiones para que él “reaccione” ha agarrado un cuchillo y le ha dicho que se va a matar si él no contesta o si no pelea, también le ha dicho que se va a aventar del techo o a divorciarse. En esta sesión se observa la dinámica de relación de esta pareja; Leticia ejerce violencia física y verbal hacia Israel y tiene en general un rol más activo, se observa una **relación complementaria**.

Esta parte del discurso me da la oportunidad de **introducir la intervención propuesta por el equipo terapéutico en la sesión anterior** y le pregunto **¿qué es lo que la une con Mario?**; en un principio no está muy clara, pero posteriormente menciona que cuando están bien es porque Mario se encuentra en un plan más receptivo, el clima de la sesión me ayuda a hacer otras preguntas interesantes. Leticia está ahora más receptiva y le pregunto **¿Cómo es que tomaría las decisión de divorciarse? o ¿quitarse la vida si no consigue embarazarse?**. Leticia reflexiona y dice que ya se cansó de ser así, se siente ridícula, que a sus 36 años acuda a terapia, se siente infantil y le da pena consigo misma. Siente que no ha sido valorada por las personas que ama. Posteriormente le pregunto si ella **¿Puede ponerse en el lugar de Mario?** y **¿Cómo cree que él se siente ante esta situación?**, Leticia responde diciendo que cree que su esposo no quiere tener un hijo, piensa que no es su momento o que es muy inseguro. Sin embargo insiste en que quiere agotar todas las posibilidades para tener un hijo con él. Menciona de manera breve una supuesta infidelidad que nunca ha podido comprobar y es entonces que se le insiste con la pregunta **¿qué otras cosas la unen en estos 12 años de matrimonio?**, Leticia responde de forma concreta, solo dice que han compartido momentos agradables, piensan parecido, se alaban mutuamente, pero insiste que lo que le está pasando es terrible.

Leticia menciona que le va a dar la oportunidad para que él se trate, reconoce que es una necesidad suya, y vuelve a insistir que es muy pasivo y se pregunta “¿qué

hombre aguanta a una mujer que no puede tener relaciones sexuales por 12 años?”, ella se queda reflexionando.

Entonces se investiga cómo viven la **intimidad sexual** si está de por medio la presión por embarazarse o si disfrutan en pareja de su intimidad, ella comenta que no tiene ningún problema porque no importa lo que sienta, lo único que le interesa es quedar embarazada, ella se esfuerza en controlar su carácter, ha pensado en mentirle o engañarlo diciéndole que no está en tratamiento para que tengan relaciones sexuales y así quedar embarazada.

Leticia mantiene un discurso **enfocado en el problema**, aunque se le trata de connotar positivamente y llevarla hacia los cambios, su actitud en general es pesimista. Se concentra aun más en la dificultad para poder embarazarse y comienza a relatar problemas de tipo sexual y de convivencia con su esposo.

Se utilizan intencionalmente términos de posibilidad, en vez de términos definitivos
(O'Hanlon, 1993)

Para la **cuarta sesión** Leticia continúa con el discurso enfocado en el problema y el equipo terapéutico sugiere **plantear alternativas** mediante las siguientes situaciones hipotéticas, pensando en otras posibilidades:

¿Qué pasaría si...?

1. Tienes un hijo con Mario
2. Tienes un hijo sin Mario
3. Seguir con Mario sin tener un hijo
4. Estar sin Mario y sin hijo

Leticia se muestra sorprendida y confundida, no le es posible visualizar las alternativas 2, 3 y 4 e insiste que la alternativa 1 es la única posible para concretar, la sesión se torna repetitiva. Yo comienzo a sentirme limitada en mis intervenciones por lo que solicito la presencia dentro de la sesión de la supervisora como co-terapeuta.

En un trabajo de coterapia se comenta a Leticia que el tema del embarazo es un tema al que se le está dando vueltas en “círculo” y el hecho de poder embarazarse o no es una cuestión que no solo depende de la terapia, o del tratamiento médico, sino de una serie de circunstancias que incluso tienen que ver hasta con el azar; mencionamos la presión que puede estar viviendo su esposo ante tratamientos rígidos donde se le exige que “no puede fallar” y por la indicación misma lo lleva “a fallar” y es en este momento cuando Leticia además agrega que no puede controlar las dificultades hormonales derivadas del hipotiroidismo, padecimiento que ha tenido desde temprana edad.

La sesión se torna directiva, pero favorece que Leticia agregue información y cambie su discurso. Menciona que un año antes logro embarazarse pero tuvo complicaciones y le realizaron un legrado. Ella siente que con esta experiencia se “enfermó mentalmente” porque no puede desprenderse de la idea de tener un hijo.

Posteriormente se explora la relación de pareja en los primeros 5 años de matrimonio; en este tema Leticia refiere que tuvieron problemas económicos y se fueron a vivir con su abuelita, las relaciones sexuales que llegaron a tener eran pocas y molestas, Mario a veces la comprendía pero en otras ocasiones se enojaba, le echaba en cara algo o no le decía nada, posteriormente iniciaron los tratamientos médicos y psicológicos, hasta que una ginecóloga se percató que tenía un himen muy grueso y fue cuando le realizaron una cirugía en el 2002.

En esta sesión Leticia no refiere ningún cambio. Lo que se agrega al proceso es la búsqueda del embarazo de manera más detallada, lo que permite tener un panorama más claro de la situación.

Por el periodo vacacional (en la UNAM) pasa casi mes y medio para la **quinta sesión**. Esta sesión inicia con la exploración del estado de ánimo de Leticia y que ha sucedido en su vida durante este tiempo. Leticia menciona que ha estado bien con sus hermanos, que ya regresó a trabajar con ellos y que tuvo una conversación conciliatoria con una de sus hermanas. Respecto al embarazo menciona que se ha hecho dos pruebas de embarazo caseras y le han salido positivas; dice que ha mejorado la relación con su esposo porque él ya esta acudiendo a terapia.

La sesión en general se torna optimista e incluso con algunos momentos de humor, en un clima agradable muy diferente a las sesiones anteriores. Se exploran las diferencias y la relación que tienen estos cambios con la intervención de la sesión

anterior. Para ello se utiliza la **pregunta de escala de avances** (De Shazer, 1986), en cuanto a su cantidad de estrés y la valoración de su autoestima: **¿En una escala del 1 al 10, en donde estabas antes y en donde te encuentras ahora?**, encontrando lo siguiente.

	Antes (inicio del tratamiento) 09 Oct 06	Ahora (en esta sesión) 12 Feb 07
Estrés (1 poco, 10 mucho)	10	6
Autoestima (1 poca, 10 mucha)	2	5

Abriendo posibilidades para el presente y el futuro (O'Hanlon,1993)

Leticia tiene ahora una actitud más optimista y es más receptiva en la sesión, habla de los planes que tiene, entre ellos el de buscar otros médicos, menciona también que va a suspender su inscripción en la Universidad y continuará trabajando con sus hermanos. Su estado de ánimo ha mejorado y se muestra más clara, respecto a sus planes. Menciona también que Mario tiene una actitud mejor para con ella, y respecto a la posibilidad del embarazo. Y es aquí cuando se interviene preguntando **¿Qué o cómo hizo para lograr estos cambios?**. Leticia reflexiona y comenta que cuando comienza a sentir ansiedad, se “desconecta” y finge no ser ella. Por lo que en cuanto cambia de actitud y puede hacer a un lado la ansiedad, tiene más claridad, puede relacionarse mejor con sus hermanos y su esposo. Menciona además que siente que su autoestima ha aumentado, aunque le falta mucho por mejorar pues a veces no puede controlar su carácter explosivo.

Dentro de los **cambios** más relevantes que encontramos en esta sesión y que consideramos se deben a las **directivas** introducidas en la sesión anterior donde las intervenciones se centraron en la **redefinición del problema y en pensar en otras posibilidades** son: que a decir de Leticia ha dejado de auto compadecerse y tomar valor para sobreponerse y ha encontrado más fuerza para seguir con sus planes.

Aparentemente Leticia dejó de tener como eje principal de su vida, el objetivo del embarazo y comienza a trabajar y realizar actividades diferentes en beneficio de ella misma, lo que le permitió estar más tranquila e incluso lograr embarazarse, aunque solo había hecho hasta el momento un par de pruebas caseras, las cuales corroboraría en esa semana con exámenes de laboratorio, todo parecía indicar que había logrado su objetivo.

En esta sesión se muestran algunos cambios importantes en Leticia, entre ellos la posibilidad de estar embarazada, lo que le da un giro nuevo al proceso terapéutico, recordando que esto era uno de sus objetivos a alcanzar para mejorar su problemática inicial, en el transcurso de la sesión se exploran los **intentos de solución** y la importancia de estar preparada para la continuación de su proyecto de vida y de familia. Aunque Leticia se muestra cambiada en su estado de ánimo y tiene la sospecha de estar embarazada es importante continuar trabajando con su capacidad de aceptación, como una manera preventiva en caso de que no se logre el embarazo.

Las expectativas aumentaron para la **sexta sesión**, pues el cambio en Leticia era evidente, sin embargo al llegar a la sesión lo primero que menciona es que tuvo un aborto. Relata detalladamente cómo fue la experiencia, y como se sintió al saber la noticia de no estar embarazada, se le pregunta cómo se sentía el esposo y menciona brevemente que también le impactó e inmediatamente regresa a relatar su experiencia y su sufrimiento tratando de dar explicaciones a su presente con relación en el pasado pero de una manera poco objetiva y pesimista.

Al preguntarle cómo se replantea su vida a partir de este evento, el panorama que visualiza vuelve a ser pesimista y desplaza su preocupación de embarazarse, por la preocupación de tener una enfermedad inmunológica y por su vida de pareja. Respecto a su embarazo se redefine el problema como un problema físico, ante el cual no se puede hacer nada para controlarlo y de cómo la participación de Mario no ha sido la única condición que impedía el embarazo.

Aunque se observa verdaderamente triste, su actitud ha dado un cambio importante, en esta ocasión en vez de recriminarse o de sentir culpa, piensa por primera vez en replantearse su vida, aunque aun piensa que puede intentarlo y seguir agotando las posibilidades. **Piensa en otras alternativas**, entre ellas que una de sus hermanas le puede prestar el útero.

Otro **cambio** importante se observa cuando Leticia menciona que quiere llorar para no enfermarse, pero a la vez no quiere hacerlo porque se puede “tirar”, y eso de “estar tirada” significa que no está haciendo nada por solucionar el problema, de modo que al día siguiente del aborto ella se fue otra vez al médico a hacerse unos análisis.

El **equipo terapéutico** sigue trabajando en la capacidad de aceptación de Leticia y el resto de la sesión se centra en reforzar la idea que ella tiene de replantearse su plan de vida.

A mí como terapeuta me parece que Leticia ha avanzado mucho y que ha encontrado otras estrategias para afrontar las situaciones, sin embargo el equipo terapéutico no comparte mi percepción. Mencionan que Leticia es contradictoria en su discurso, y que si bien ha cambiado algunas estrategias, aun continua auto compadeciéndose y responsabilizando a los otros de sus problemas. Una de las compañeras del equipo comenta que se siente cansada de volver y hablar de lo mismo, parece que es una sensación generalizada. Se considera por parte del equipo que aún cuando Leticia traiga el tema del embarazo hay que profundizar en otros temas que rondan pero que no se trabajan, en relación a la madre y padre, la violencia, la sexualidad, la contradicción de su discurso, su enojo ante la situación y la forma en que se desquita.

En la **séptima sesión** Leticia inicia una vez más hablando de las múltiples enfermedades que puede tener, y de las que tenía su madre, menciona que a partir de la enfermedad de su mamá es que ella empieza a tener problemas psicológicos y de salud. Continúa mencionado una serie de probables diagnósticos y de su peregrinaje con varios médicos, en diversas instituciones, sin encontrar una solución o un tratamiento que la satisfaga. Menciona abiertamente que tiene la necesidad de manejar y trabajar la culpa que le genera la muerte de su madre y el estrés que le genera en este momento no poder embarazarse.

Aunque Leticia, continua triste y angustiada ante la imposibilidad de embarazarse, no se encuentra deprimida como cuando inició el tratamiento, ahora es capaz de dedicarse a otras cuestiones como el trabajo y otros proyectos personales, la relación con sus hermanos ha mejorado de tal manera que a la misma Leticia, le sorprende, menciona que ha logrado poner límites y que a pesar de los posibles desacuerdos que se pueden presentar entre ellos, no ha tenido la necesidad de

romper la relación como lo hizo en tiempos anteriores. Respecto a la relación con Mario, menciona también que ha habido mejoras, aunque considera que aun existen cuestiones que no le agradan.

Sin embargo el tono de la sesión da la impresión que hemos estado en círculo como se mencionó ya en alguna sesión anterior y llegamos al mismo punto en donde comenzó el tratamiento.

Llega el momento de la inter sesión con el equipo terapéutico, se discuten algunos aspectos y se decide cambiar de estrategia.

Cuando se aplican técnicas que no están centradas en soluciones, se hacen con el objeto de hacer algo distinto, pero se mantienen las premisas y el lenguaje propio del enfoque centrado en soluciones, se procura volver lo más pronto posible a las técnicas básicas del enfoque (Beyebach y Rodríguez, 2000).

Se pide apoyo a la supervisora para que acuda a la sesión como co terapeuta, y traiga la voz del equipo terapéutico. Pero ahora se aplican técnicas estratégicas con el fin de hacer algo distinto, ya que los cambios en Leticia no se han propiciado.

Se utilizan intervenciones paradójicas (Haley, 1989), produciendo un dilema en Leticia, pidiendo que haga de forma espontánea acciones que reclaman obediencia. Se da una serie de paradojas en desafío. Se le pregunta a Leticia acerca de los cambios reales que ella ha realizado y que es lo que estaría dispuesta hacer para que los cambios sean reales. ¿Se le cuestiona si es que de verdad termina los tratamientos terapéuticos o si se desanima y los deja?, ¿se le pregunta que pasaría si baja de peso?, ¿Se sentiría mejor? ¿Se vería mejor?, ¿si ya te ves y te sientes mejor, aun quisieras ser madre? ¿Sabes que al ser madre tu cuerpo sufrirá algunos cambios?, ¿estás dispuesta a aceptarlos?, ¿Con ese estado de ánimo, crees que podrías hacerte cargo de un bebé? ¿Cómo sería tu relación con Mario, cuando ya tengas un hijo? ¿Podría cambiar la relación con Mario, antes de tener al hijo? Qué va a ocurrir cuando el niño te haga un berrinche o no te obedezca? ¿Cómo vas a reaccionar? ¿Cómo piensa controlar tu impulsividad?

La supervisora le dice a Leticia, ¿Qué te parece si vas, bajas de peso para poder embarazarte y después vuelves a la terapia?

A Leticia le molestan las intervenciones y comienza a sentirse enojada. Sentí que la alianza se rompía, pero también sabía que era necesario el cambio de estrategia, porque con las otras intervenciones no estábamos llegando a ningún lado.

En la **octava sesión** después de 2 cancelaciones, se logra concretar una cita con Leticia, en el equipo terapéutico pensábamos que ya no regresaría a sesión por que parecía que se había sentido muy molesta con las intervenciones en la última sesión. Sin embargo acudió a la cita acordada.

El plan de tratamiento se baso en la idea principal de replantear y encuadrar los objetivos del tratamiento entendiendo que el espacio terapéutico no es un espacio en el que se pueda estar revisando como es que ella lleva los tratamientos, explorar si ella realmente en cada una de las instituciones médicas que ha visitado lleva el tratamiento hasta finalizarlo o se desilusiona cuando sus expectativas no son cubiertas y cambia de médico e institución y hacer un resumen de lo que ha pasado y lo cambios que ella ha presentado durante el tratamiento.

Las paradojas tienen la consecuencia de que el cliente siente que logró los cambios por esfuerzo propio y no hay reconocimiento al trabajo terapéutico realizado (Haley, 1989).

Los objetivos terapéuticos son cambiados en el momento debido a la nueva actitud y demanda de Leticia en esta sesión, comienza la sesión **manifestando su inconformidad por el trabajo terapéutico** en especial por la supervisión y los comentarios del equipo, lo cual le ha parecido poco empático y con crítica, se ha sentido poco escuchada y validada, menciona que ella ha sentido cambios y avances que no fueron validados en las sesiones. Anuncia que no acudirá más a las sesiones.

Leticia es una mujer que tiende a quejarse de los tratamientos médicos y psicológicos, la última sesión donde se realizó un trabajo más directivo y confrontativo en co-terapia con la supervisora, en la cual se realizó una intervención paradójica respecto a su sobrepeso, parece ser que surgió efecto importante en ella.

A partir de ese momento me centro en hacer una sesión de cierre, tratando de validar la percepción de Leticia, respecto al tratamiento y a la vez se conversa en términos de posibilidades, y lo ocurrido en esta sesión, respecto a la probable influencia que tuvo la intervención pasada, en los cambios que presenta ahora. Es evidente que se dio un cambio en Leticia, tanto física como emocionalmente, esta significativamente más delgada, 12 kilos menos, y su actitud es más segura, optimista y con “empuje”, se le ve más fortalecida.

Durante esta sesión narra los problemas que tuvo fuera de la sesión y cómo fue que ella los fue resolviendo poco a poco, menciona también que ha encontrado un médico que parece haber acertado a su padecimiento hormonal y que además de que ha bajado de peso se le abren más posibilidades para lograr embarazarse. Menciona que su relación con sus hermanos en general es mejor y que con Mario aunque sigue teniendo diferencias y estuvieron a punto de separarse han decidido darse una oportunidad y continuar juntos.

Las personas tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas, el cambio es constante
(O'Hanlon, 1993).

Al final de la sesión se hace un reencuadre y se comienza a cerrar la sesión haciendo énfasis y connotando positivamente los cambios, reencuadrándolos en la noción de “control”, es decir se le devuelve a Leticia que parece ser que ahora ella comienza a “controlar su vida”, de tal manera que ni siquiera necesita de más terapias psicológicas, si no que ella misma puede con sus propios recursos bajar de peso, relacionarse mejor con sus hermanos y esposo e incluso embarazarse. Y se resalta el interés que puso ella por acudir a esta última sesión y concluir un tratamiento.

Dentro de su malestar y consternación que sintió tras la última sesión, estos mismos fueron su motor hacia el cambio, al enojarse y al sentirse abandonada por las terapeutas tomo fuerza y empuje para cambiar, con su propios recursos y hasta el momento lo ha logrado.

Haciendo un análisis en retrospectiva, se puede entender los modos de relación que tiene Leticia; parece ser una persona que no logra establecer relaciones íntimas

con facilidad. Y que de alguna manera le gusta controlar y ejercer el poder dentro de las relaciones. Esto fue evidente dentro de la relación terapéutica y sugiere que es el modo de relación que puede establecer con sus hermanos y con Mario.

Seguimiento

Aquí terminaron las sesiones terapéuticas con el equipo, pero no así la historia de Leticia. Un día de Julio de 2007 (mes y medio después de la última vez que vimos a Leticia) recibí una llamada a mi celular en el que Leticia me pide concretar una cita.

Se presenta a sesión y se ve distinta, ha bajado 7 kilos más, dice que se sigue sintiendo deprimida y que ya no sabe bien cómo seguir la relación con Mario. Se le devuelve lo acontecido en las séptima sesión, haciendo énfasis en la manera en la que ella reaccionó para hacer los cambios. Y dice que ahora se da cuenta de la importancia que tuvo esa intervención para ella. Se le da cita la siguiente semana pero no acude.

Para febrero de 2008 me contacta de nuevo, haciendo referencia a que perdió su celular y no había podido localizarme hasta que encontró mi número en un recibo de teléfono atrasado. **Está embarazada y ya tiene 6 meses** (lo que era su motivo inicial de la consulta cuando inició las sesiones en la UNAM), dice que ha tenido problemas con Mario, y que está preocupada porque no quiere que estos problemas los vea sus hijo en un futuro.

Se retoma la historia familiar como limitante para el embarazo, es decir, su historia introyectada y como los pensamientos derivados de ella, no le habían permitido embarazarse ¿Cómo logró deshacerse de ellos?, ¿Qué le ayudó a ser más fuerte y enfrentarse a sí misma?, ¿cuál es el valor real y el valor simbólico del embarazo para ella misma y para su familia? ¿Cuándo va a dejar de tener problemas? ¿Cuándo estará más satisfecha con su vida?

Uno de sus más importantes cambios en el discurso es que refiere haber aprendido lo siguiente:

“...El otro no va a poder hacer nada, lo voy a hacer yo...” (y es como logra embarazarse). Se le devuelve también la importancia que tenía esto y que ella ha tendido a ser una mujer demandante y que al final deposita muchas responsabilidades en su esposo o en los otros, incluidos médicos y terapeutas.

En marzo se da una sesión más en la que continuamos nuestras conversaciones respecto a la relación que lleva con Mario, el tema central es ¿Cómo ser feliz con Mario sin intentar cambiarlo?

Se concreta una cita más pero el estado de salud ya no le permite acudir a las sesiones, para el 10 mayo de 2008 tiene programada su cesárea, posteriormente se hace seguimiento telefónico y menciona que ella y su bebe se encuentran muy saludables.

4.2 Análisis y discusión teórico metodológica de la intervención clínica

Los casos que se seleccionaron para presentar los atendí como terapeuta y considero son los que llegaron a un término considerable, en el que fueron constantes las sesiones y las personas mostraron un cambio.

Con frecuencia me pregunto, ¿Qué tan efectiva puede ser una intervención?, ¿Puede un modelo teórico terapéutico ser realmente útil a las familias?, ¿Qué es más importante: la relación terapéutica o las técnicas empleadas?

Estos casos fueron atendidos durante mi proceso de aprendizaje, aun con algunos vicios que traía de antes, y entendiendo apenas la postura sistémica, no se presentan como casos exitosos en cuanto a técnica, pero si exitoso en cuanto a la relación terapéutica y la respuesta de las personas atendidas.

¿Cómo es que los cambios se dan dentro del contexto de la terapia? ¿Las personas hubieran podido hacer los cambios por si solas?, ¿En donde radica la diferencia?

Ahora tengo más claridad en cuanto a las técnicas y metodologías de la terapia sistémica, sin embargo sigo pensando que la clave del proceso terapéutico y la posibilidad de cambio en las familias o en las personas pasan necesariamente a través de la persona del terapeuta, no solo a través de la técnica, ni del proceso, ni de la comprensión del problema, sino a través de la persona del terapeuta y sus implicaciones con las personas y las familias.

De nada sirve ser metódico y hacer análisis exhaustivos e interesantísimos de los casos, cuando las personas al acudir a nosotros no encuentran herramientas o guía que posibilite el cambio, como lo hemos mencionado a lo largo de este trabajo el cambio es constante, las personas cambian por sí mismas.

La experiencia vivida me deja muchos aprendizajes, me hace pensar en el papel de la pareja y el papel que juegan los hijos en las relaciones de pareja y de familia. En el caso 1, había un hijo que estaba siendo triangulado por los padres ante los conflictos de pareja y el caso 2 aun sin que el hijo estuviera físicamente presente, la idea de concebirlo ponía en manifiesto las dificultades que esta pareja tenía para mantener una relación más íntima, desde la sexualidad pero también en otros ámbitos.

4.3 Análisis teórico de los casos presentados

A continuación se presenta un análisis teórico resultado del tema en común que conecta estos dos casos. No necesariamente fueron abordados estos temas como los plantea la teoría, pero es una aproximación a los posibles abordajes que pudieron llevarse a cabo y puede dar una explicación distinta de lo acontecido en los casos presentados.

El caso de Leticia: ¿cuáles son las cosas importantes de la vida? ¿La vida solo se trasciende por tener un hijo?, en el caso de la familia M.C ¿Trabajar la intimidad en la pareja hubiera ayudado a disminuir o eliminar el síntoma en Diego?

4.3.1 Pareja, intimidad, sexualidad y poder

Se considera que la **relación sexual** de la pareja con frecuencia es un **barómetro** que refleja los otros aspectos de su comunicación íntima. Los problemas e incompatibilidades sexuales, sacan a la luz el modo en que la pareja trata con la **intimidad**, los sentimientos, la cercanía y en ocasiones el **poder**. El ámbito sexual no sólo refleja el estado de la relación, también es el espacio en el cual los problemas se revelan y establecen de manera más drástica (Gilbert y Shmukler, 2000).

Intimidad

Alcanzar la **intimidad** en la pareja involucra un compromiso progresivo hacia un encuentro real con el otro, la capacidad de las personas para compartir sentimientos, expresar necesidades emocionales y lograr cercanía, está moldeada por sus experiencias infantiles tempranas (Gilbert y Shmukler, 2000). El miedo a la intimidad está sumamente difundido en nuestra sociedad y puede producir problemas que van más allá de las disfunciones sexuales. En ocasiones parece que la gente tiene más miedo a la intimidad que al contacto sexual. A veces los miembros de una pareja sufren conflictos con la intimidad, son parejas ávidas de recíproco acercamiento pero que, alcanzando cierto punto de contacto, se angustian, entonces uno u otro se conducen de manera tal que se produce un **distanciamiento**. La sexualidad en la pareja es solo uno más de los problemas de intimidad (Kaplan, 1982).

Es frecuente que el comportamiento de una persona dentro de la pareja no coincida completamente con el del compañero o compañera, y es durante estos momentos cuando puede potencialmente existir un **conflicto** que la pareja tiene que ser capaz de negociar, si uno o los dos han de cambiar algo, de modo que puedan manejar con éxito el conflicto que trae su intimidad. En caso de que no se puedan negociar, la pareja se desenganchará uno del otro en diversas áreas de la vida y es así como la evitación del conflicto conduce a una **intimidad falsa** en que solo las expresiones “positivas” están permitidas y la no solución del conflicto conduce a una intimidad dominada por la ira y la hostilidad (Díaz, 2003).

Según Díaz (2003), existen tres maneras básicas de reglamentar esta **distancia íntima**:

1. Se establecen **áreas emocionalmente prohibidas** donde los mensajes de no entrar están especificados claramente y si son violados conducen a periodos de casi no- interacción. Por ejemplo, algunas parejas nunca hablan de la tristeza o de hechos dolorosos del pasado.
2. Se **restringe la cantidad de tiempo** cuando la intimidad pueda ocurrir, por ejemplo a través de trabajar muchas horas.
3. Se **incluye a una tercera persona** en sus interacciones, esta inclusión es llamada triangulación y sirve para limitar la relación potencialmente íntima de la pareja. Terceros habituales pueden ser los hijos, los padres o un amante.

Los temas relativos a la intimidad encuentran su expresión e interfieren con la **satisfacción de las necesidades sexuales**, por que las incertidumbres de descubrir la identidad propia de uno como hombre o mujer, muchas veces están disfrazadas por las ambigüedades respecto a la satisfacción sexual. La conducta en la relación, refleja la manera en que la pareja se enfrenta en sus cuestiones de intimidad e identidad (Díaz, 2003). El **comportamiento** significa algo más que el comportamiento mismo, porque siempre hay un sentido metafórico unido a toda **interacción**, un sentido sobre la identidad además de la relación. Cada pareja es por lo tanto una mezcla de interacciones particulares y los sentidos específicos que estas contienen (Haley, 1988)

Es difícil que una pareja pueda enriquecer su vida sexual si hay graves problemas en la relación, fundamentalmente respecto, a la intimidad (Díaz, 2003).

Sexualidad

Por otro lado un aspecto fundamental a considerar para hablar de una relación satisfactoria es la sexualidad. La **sexualidad** es una fuerza primaria en la vida de todo individuo que incluye tanto procesos fisiológicos como psicológicos. Es un proceso orgánico, activo y dinámico con una multiplicidad de variables interrelacionadas y cambiantes. La sexualidad es mucho más que el aspecto conductual y genital. Es una forma de ser que expresa muchas manifestaciones de ser hombre o mujer, masculino o femenino, es también como pensamos y sentimos a cerca de nuestro género, a cerca de nuestro cuerpo, a cerca de nuestra auto imagen y acerca de nuestras elecciones y preferencias. También es una forma importante de amar y entregarse, a demás de ser las “vicisitudes del deseo”. No solo del deseo sexual, sino del deseo de ser, del deseo de estar, del deseo del placer, del deseo de amar y ser amado. La **satisfacción** en las relaciones sexuales es un componente fundamental de la felicidad de una pareja, si una pareja funciona bien sexualmente, le da un valor de un 20 a 25 % a la sexualidad dentro de la relación, por el contrario si funciona insatisfactoriamente, le da un valor a la sexualidad de una 75% a un 80% (Díaz, 2003).

La base fundamental de nuestros guiones sexuales descansa en nuestro desarrollo temprano a través de nuestro vínculo y apego con nuestros primeros cuidadores, generalmente nuestros padres. Y con todos aquellos que estaban y que no estaban por un motivo u otro en nuestra familia de origen. La calidad del apego en nuestros primeros años configura nuestra capacidad de amar, tocar, dar y recibir y comprometernos. Estas primera vivencias en el apego son aquellas que marcarán el tono de nuestras futuras relaciones sexuales íntimas (Díaz, 2003).

La sexualidad no puede concebirse sino como algo que está en movimiento perpetuo, en eterna interrogación conflictiva (Guilhot y Letuvé, 1980). En el área sexual, las parejas pueden sentir mucha vulnerabilidad y amenaza; el clima de permisividad sexual, la libertad con la que se mueven hombres y mujeres, trabajar fuera del hogar y viajar, proporcionan muchas oportunidades para la exploración sexual, **infidelidad, problemas y disfunciones sexuales** (Gilbert y Shmukler, 2000).

Para Díaz (2003), las **causas** de los **problemas sexuales** se pueden dividir en psicológicas y físicas, estas causas se pueden separar en:

1. **Factores predisponentes.** “Incluyen las experiencias tempranas en la vida que hacen a una persona vulnerable para desarrollar una disfunción sexual posteriormente”. Dentro de estos factores podemos encontrar: educación restringida, malas relaciones familiares, información sexual inadecuada, primeras experiencias sexuales traumáticas, inseguridad temprana en el papel sexual.
2. **Factores precipitantes:** “Son sucesos o experiencias asociadas a la aparición inicial de una disfunción sexual”. Estos pueden incluir: el nacimiento de un hijo, alteración general en la relación, infidelidad, expectativas no razonables, disfunción del compañero, fracaso fortuito previo, reacción a factores orgánicos, edad, depresión y ansiedad, experiencia sexual traumática.
3. **Factores de mantenimiento:** “Explican el porqué persiste la disfunción”. Estos factores se relacionan con la ansiedad por el rendimiento, anticipación al fracaso, culpabilidad, pérdida de la atracción en la pareja, pobre comunicación en la pareja, desavenencias en la relación general, miedo a la intimidad, alteración de la propia imagen, información sexual inadecuada, mitos sexuales, juego erótico restringido, trastorno psiquiátrico.

Los **problemas sexuales** tienen un **valor adaptativo** que ayudan a la pareja a encontrar un equilibrio que aunque inadecuado, en el momento es necesario para la canalización de conflictos. Un problema sexual lleva consigo mensajes típicos que hacen afirmaciones metafóricas importantes sobre como la pareja ve su identidad. Como la interacción es recíproca y circular, cada mensaje está garantizado por la conducta de ambos miembros de la pareja (Díaz, 2003).

Muchas relaciones sufren de problemas sexuales y los miembros de la pareja pueden beneficiarse si son referidos con algún terapeuta sexual. El sexo suele ser el aspecto que en primer lugar origina que las personas acudan a terapia o busquen ayuda, los problemas más comunes que afectan al hombre se refieren a la pérdida de **erección o eyaculación precoz** y en la mujer la **incapacidad de lograr el orgasmo**. Los problemas sexuales pueden enmascarar **dificultades en la comunicación** arraigadas de manera profunda, que afectan todas las áreas de la relación (Gilbert y Shmukler, 2000). Cuando la sexualidad no forma parte de una

pareja durante un periodo prolongado, la relación tiene menos vitalidad y fuerza (Ritvo y Glick, 2003).

Poder

Otro aspecto fundamental relacionado con el funcionamiento de la pareja y la sexualidad es el tema del **poder**, entendiéndose como resultado del poder, a quién toma la decisión final o quién posee finalmente el control dentro de la relación. El ejercicio de poder se da en todas las parejas y posiblemente en toda agrupación humana (Montoya, 2001). Es esencial que haya una **distribución equitativa** del poder, donde uno no se siente dominado por el otro, donde las decisiones se tomen en forma compartida a través de negociación y el acuerdo (Díaz, 2003).

Son muchos los autores que han visto la **lucha de poder** como un factor etiológico importante en las disfunciones sexuales (Kaplan, 1974, 1979; Heiman, 1986 en Díaz, 2003). En general se sabe que los cónyuges que tiene una relación de poder más equitativa son los que se encuentran más satisfechos en sus relaciones sexuales.

En especial para la **mujer la sexualidad** puede ser un **recurso de poder**, sobre todo cuando no tiene control dentro de otras áreas de la relación, es decir a más control y poder tenga la mujer unido a un mayor nivel educativo tendrá probablemente mayor grado de satisfacción sexual. Pero también muchas disfunciones sexuales en la mujer se pueden entender como un intento de control sobre la relación o como una forma de protestar por la desigualdad respecto al reparto del poder. La mujer debería tener mayor control en la toma de decisiones de la pareja, a través de la negociación y de un diálogo abierto, lo que evitará que se intente obtener ese poder a través de estrategias de castigo o coercitivas en la relación sexual (Díaz, 2003). Negarse al sexo es una táctica común utilizada para obtener control y poder en la relación o para **expresar enojo**. La pareja puede diferir en la frecuencia con la que desean el sexo y, por tanto, esto puede formar el contenido de un proceso mediante el cual se **manipula** uno al otro (Gilbert y Shmukler, 2000).

Si uno se siente **dominado** por el otro en una relación de pareja, esto puede ser una fuente constante de rabia, de dolor, de frustración, de lucha, que se manifiesta con las típicas discusiones a veces con violencia física; todo ello **deteriora la intimidad**, produciendo un aislamiento al menos si no físico, si emocional entre los cónyuges

y con mucha frecuencia estos **conflictos de poder y de intimidad se manifiestan a través de la vida sexual de la pareja** (Díaz, 2003).

Una forma habitual de manifestar la rabia es la **negación ante las relaciones sexuales**, o el camino a través del cual se manifiestan el temor a una mayor intimidad evitando la relación sexual o el placer en la misma. Es una manera no solo de **agredir al otro**, sino también a sí mismo, de controlar y limitar el placer del otro y de uno mismo. La diferenciación y la formación de la identidad suceden concurrentemente. La diferenciación determina la capacidad del individuo para comprometerse en una relación amorosa mientras que a la vez puede mantener el sentido de sí mismo. Si la formación de la identidad es inmadura, la invasión de la familia de origen o la necesidad de intimidad del compañero, pueden dar lugar a una actitud regresiva y defensiva. Hay muchos cónyuges que tiene un pobre nivel de diferenciación respecto a sus padres, esto lo podemos ver cuando al hablar de ellos los describen como poderosos, todo bueno o todo malo. Esto también se manifiesta con la dificultad que tienen estas personas para tomar sus propias decisiones, esta dinámica de falta de o poca diferenciación con sus padres se manifiesta directamente en las relaciones sexuales con su pareja, pueden establecer **luchas sexuales de poder**, sentirse controlados y tener sentimientos claustrofóbicos (Díaz, 2003).

La satisfacción sexual implica, no solamente la satisfacción genital, sino también la satisfacción de nuestras necesidades afectivas, que de seguridad y confianza en sí mismo y en el otro y de una integración adecuada de los sentimientos de agresividad y poder dentro de la relación (Díaz, 2003).

Abordaje terapéutico

La **solución psicoterapéutica** de disfunciones o problemas sexuales puede ser simple o compleja, dependiendo de que otros factores de la relación, sociales, u orgánicos puedan estar implicados. El abordaje terapéutico estrictamente **conductual** que fue tan efectivo en los años 60 y 70 ya no le es en la actualidad, debido a la gran cantidad de información y la actitud permisiva general ante la sexualidad (Díaz, 2003).

La terapia sexual "**posmoderna**", incluye la valoración de **otros aspectos** además de los estrictamente sexuales, como pueden ser los conflictos en la relación de

pareja. Hay que tener en cuenta los conflictos con la **familia de origen**, y cuando es necesario evaluar y tratar los **conflictos intrapsíquicos individuales**, así como aquellos **problemas médicos** que puedan existir, es decir, para resolver muchas disfunciones sexuales, además de sugerencias conductuales concretas, hay que evaluar otros **factores** como los **individuales, diádicos, familiares y sociales** cuando sea necesario (Díaz, 2003).

De la revisión de varios autores, es posible exponer algunas consideraciones específicas para el **trabajo terapéutico** en parejas que presentan problemas o disfunciones sexuales:

- Respecto a la **intimidad**, la mutualidad y el intercambio mutuo es un componente central de la relación y en terapia de pareja forma la base sólida tanto de la **alianza terapéutica**, como de la relación entre los miembros de la pareja (Gilbert y Shmukler, 2000).
- Es importante que el **terapeuta** de término **breve** practique la “**inclusión**” (capacidad de entrar en la vida del otro y experimentar el mundo de manera intensa desde el punto de vista subjetivo de otra persona: al mismo tiempo involucra mantener el propio centro, permaneciendo en contacto con las propias experiencias) para que pueda entrar a la perspectiva de cada uno de los miembros de la pareja y a su experiencia de relación, al mismo tiempo que mantiene consciencia de su propio proceso. La práctica de inclusión, abre el camino para un contacto íntimo verdadero entre dos personas y esto es lo que se espera para el nivel de proceso de terapia de término breve con parejas, **modelar** momentos de inclusión para que la pareja este en posibilidades de aprender de este modelo y con el tiempo incorporar esta postura en su relación, incluso tiempo después de que la terapia haya terminado (Gilbert y Shmukler, 2000).
- Fomentar la **comunicación** clara y abierta, para evitar distorsiones y lograr una mayor intimidad sexual, la pareja debe hablar de la interpretación que hace de las conductas y como afectan su vida sexual. Deberían aclarar las intenciones y significados que dan a diversas frases y conductas relacionadas con la sexualidad (Díaz, 2003).
- El terapeuta buscará **áreas de experiencia y expresión** compartidas, en esta búsqueda le beneficiará ser activo y directivo: es necesario explorar áreas en las que los miembros de la pareja compartan satisfacción y júbilo, dirigirlos mediante tareas y ejercicios para crear esas oportunidades en su vida de pareja (Gilbert y Shmukler, 2000).

- Respecto al **poder**: así como los teóricos de la comunicación han planteado que es imposible no comunicar, que aunque el que se queda en silencio esta mandando con ello un mensaje, (Waltzlawick, Beavin y Jackson, 1991), así también en cuanto al poder nadie podrá ser ajeno a su ejercicio, cada uno tendrá un monto de poder y una modalidad de ejercerlo, con sus estrategias y tácticas, y la correlación respectiva con el cónyuge, que es lo que habrá que investigar y manejar terapéuticamente. En el campo de la psicoterapia de pareja se debe observar cuales de los siguientes elementos pueden ser utilizados para los **juegos de poder**: las familias de origen, los hijos, el dinero, la sexualidad, el saber (Montoya, 2001).
- El área de **poder y la negación** por parte de un miembro de la pareja a tener relaciones sexuales es un área que con frecuencia surge en la **evaluación** de la relación y formará el material terapéutico para la discusión y el convenio (Gilbert y Shmukler, 2000).
- En las sesiones de terapia, surgirán **patrones de interacción** característicos entre los miembros de la pareja, particularmente relacionados con el afecto y la necesidad, que en ocasiones causarán inhibición de la expresión sexual, estas inhibiciones pueden convertirse en el aspecto central de la **terapia de término breve** (Gilbert y Shmukler, 2000).

La mayoría de los terapeutas familiares han considerado que no existe un cónyuge que no se sienta afectado cuando uno de los miembros de la pareja presenta una disfunción sexual, la labor del terapeuta familiar consiste en confirmar en la medida de lo posible, la etiología del problema y elegir la terapia más eficaz, sea médica, centrada en el individuo o en la relación (Ritvo y Glik, 2003).

La forma de tratamiento de los trastornos psicosexuales desarrollada por Masters y Jonson (1981), consiste en una evaluación concienzuda de los cónyuges y su relación, educación sobre el funcionamiento sexual y una serie de ejercicios conductuales. El modelo se basa en tres postulados fundamentales:

1. una secuencia paralela de excitación fisiológica y subjetiva en ambos sexos
2. la primacía de factores psicogénicos, sobretodo deficiencias de aprendizaje y ansiedad por el desempeño
3. la posibilidad de reunir la mayor parte de los trastornos sexuales en un modelo de **terapia breve** y orientado a los problemas.

4.4 Análisis del sistema terapéutico total basado en observaciones clínicas como parte de los equipos terapéuticos en las sedes que fueron escenarios del trabajo clínico.

De la terapeuta

La experiencia de formarme como terapeuta con un sistema de aprendizaje tan completo, es invaluable. Logre obtener habilidades, destrezas y conocimientos para realizar un abordaje familiar o individual sistémico y con el paso de los cuatro semestres logre perfilar y construir mi estilo terapéutico, que hasta ahora evoluciona día con día.

Con anterioridad en mi formación como psicóloga ya había vivido algunas técnicas de entrevista, cámara de Gesell o rol playing, pero nada comparado a la experiencia de vivirlo día a día durante la formación, durante dos años y con retroalimentación continua por parte de los compañeros, de los supervisores y de los docentes. En un intento constante de lograr el equilibrio entre la teoría, la práctica y el crecimiento personal (propio y del equipo terapéutico en su conjunto), aprendí a ser terapeuta: “haciendo terapia”.

Del equipo terapéutico

Los equipos terapéuticos en el mayor número de los casos estuvieron conformados por los 10 compañeros del grupo. Las aportaciones de cada uno de nosotros fueron muy valiosas ya que éramos sumamente distintos en edad, temperamento, lugar de nacimiento, experiencia profesional, e historia de vida.

Nos observamos unos a los otros y fuimos creciendo juntos, observamos nuestros cambios como terapeutas y como investigadores. Dimos un cambio interesante cuando pasamos del equipo terapéutico a los equipos reflexivos, la evolución en nuestras intervenciones era significativamente notable.

Poco se habla en los ámbitos académicos de lo que ocurre detrás de este proceso de formación en lo relacional. Construimos entre los miembros del equipo una “familia” en la que cada uno asumió un rol de acuerdo a sus características de personalidad y sus necesidades dentro del grupo. Simplemente éramos una nueva familia con la que compartimos dos años de vida y que no solamente nos veíamos en la Universidad, comíamos juntos, festejábamos, reflexionábamos, nos enojábamos, sino que también establecimos lazos más estrechos que nos vincularan por mucho tiempo más. Estos lazos, las emociones y los sentimientos

que conlleva establecer una relación con los otros en ocasiones se filtraba dentro del trabajo terapéutico, o de las supervisiones, en ocasiones enriqueciendo los procesos, pero en otras obstaculizándolos.

De las supervisiones

Algunas supervisiones eran más provechosas que otras, cada uno de nosotros se acomodaba mejor con ciertas características de las o los supervisores. Aunque se hizo un intento por encuadrar los modelos dentro de las supervisiones, me parece que no fue del todo posible, no todas las intervenciones le “acomodaban” a la familia o la persona que consultaba y los supervisores en ocasiones se guiaban por sus propios conocimientos y su propia formación. Ninguno de ellos era totalmente ortodoxo del modelo que presentaba.

Mucho del éxito en los casos también tuvo que ver con la relación entre el o la supervisora y el alumno-terapeuta, como sucede en cualquier otro sistema, la buena o mala relación y comunicación en uno de los subsistemas, repercute en el sistema terapéutico total, en este caso el subsistema terapéutico y el subsistema familia atendida.

De las sesiones

La estructura de las sesiones (pre – sesión, inter – sesión y post – sesión) le daba a cada sesión mayor estructura y una amplia oportunidad para el análisis. Fueron sesiones que invitaban a la investigación y a reflexiones profundas, sin duda será una experiencia difícil de repetir en otro contexto que no sea el de formación o de investigación.

Todas las sesiones fueron videograbadas y algunas de ellas transcritas, lo que le dio un profesionalismo mayor a cada uno de los casos que atendimos, en ocasiones una entrevista hecha algún día de la semana, ocupaba nuestra atención, nuestras reflexiones y nuestro trabajo por el resto de la semana. Transcribir y releer los casos, buscar estrategias y metas terapéuticas basadas en la lectura y detectar indicadores interesantes de acuerdo al modelo que se estudiaba en la supervisión, fue de gran apoyo en el proceso de aprendizaje.

Trabajar en la cámara de Gesell, permitió consultar, recibir recomendaciones del equipo, formar estrategias con mayor tiempo y en el momento requerido. Las reflexiones post sesión se convertían en una especie de supervisión colectiva en la que cada miembro del equipo recibía alguna aportación del supervisor para su

propia práctica clínica.

Aunque la Cámara de Gesell y el interfón tienen muchas virtudes en cuanto a que facilitan el aprendizaje, no siempre fueron la mejor opción, en ocasiones el audio no permitía estar en contacto directo con lo que acontecía dentro de la sesión. Algunas ocasiones los casos se tomaban más en consideración de acuerdo al interés personal de cada uno de los compañeros o el cansancio acumulado no permitía tener los 5 sentidos puestos en las sesiones, por lo que las retroalimentaciones a veces eran limitadas.

Propuestas

Poco trabajo se realizó con la familia de origen del terapeuta, creo que esto hubiera sido de mucha utilidad para mejorar el trabajo terapéutico. Algunos de nosotros tomamos la responsabilidad y nos atendimos de manera particular, pero me hubiera gustado un poco más de trabajo vivencial/experiencial personal y en grupo ya que a mi parecer la formación académica y los resultados en esta área no son un indicador total de la capacidad y habilidad que mostremos como terapeutas ya en el trabajo “en vivo”.

4.5 Habilidades de Investigación

4.5.1 Metodología Cuantitativa: Escala de Atmósfera Emocional

Escala de Atmósfera Emocional

*Manuel Almanza Avendaño, Martha Edna Barrios Serrano,
Linda López Aragón y Liliana Moreno Lucero,
Universidad Nacional Autónoma de México*

El presente trabajo es el resultado de una investigación en la que se aborda la importancia de la expresión de las emociones en nuestro contexto inmediato como lo es la familia y como el permitir o no la expresión de estas produce efectos en nuestra salud. Se eligió una aproximación cuantitativa mediante la creación de una escala titulada, Escala de Atmósfera Emocional (EAE), que evalúa básicamente dos dimensiones: Permisividad y no permisividad de emociones, correlacionando posteriormente los datos obtenidos con un cuestionario que arrojó datos respecto a la salud de un grupo de jóvenes de bachillerato.

Introducción

Las emociones no deberían ser estudiadas sólo como reacciones, ni ser consideradas según una estructura dimensional fija, sino observar cómo cambian de acuerdo al contexto, atendiendo factores como el proceso de generación de la emoción, la etapa en la que se encuentra la persona y las condiciones que influyen en su emoción, por lo cual resulta inadecuado clasificar las emociones en categorías discretas (Lazarus, 1991).

Lazarus (1991) ha propuesto una teoría de la emoción que sea cognitiva, motivacional y relacional, que busque categorizar familias de emociones que compartan un tema relacional común, identificando el tipo de relación entre la persona y el ambiente, las características de la evaluación de la situación y el tipo de tendencia a la acción, distingue entre emociones desagradables (enojo, envidia y celos), emociones existenciales (Ansiedad- miedo, culpa y vergüenza), emociones provocadas por condiciones de vida desfavorables (alivio, esperanza, tristeza y depresión), emociones provocadas por condiciones de vida favorables (felicidad,

orgullo y amor) y emociones empáticas (gratitud, compasión y experiencias estéticas).

Debido a la importancia de considerar a las emociones en un contexto, Hochschild (1979, citado en Lazarus, 1991) desarrolló el término “reglas de sentimientos” para enfatizar que las personas regulan la expresión externa de las emociones y tratan de sentir lo que se supone deben sentir en situaciones sociales. Ekman y Friesen (1969, citado en Hess y Kirouac, 2000) generaron el concepto de “reglas de expresión” para las normas de la expresión de emociones, que son previsivas y se han socializado en etapas tempranas de la vida. En las situaciones interpersonales se generan reglas que dirigen la expresión verbal y no verbal de las emociones en las interacciones, la violación de dichas reglas puede crear problemas en el proceso interaccional.

La atmósfera emocional se refiere al tono emocional general dentro de la familia. Puede ser el resultado de un estrés inmediato sobre la familia, pero si no se encuentra cierto estresante que ha provocado el tono emocional, la atmósfera puede ser el resultado de conflictos crónicos irresueltos y dificultades crónicas en la expresión emocional. Dentro de cada familia, existen reglas familiares que favorecen o prohíben la expresión de emociones específicas como el miedo, la tristeza, el enojo, el amor y la sexualidad, la felicidad y el entusiasmo (Wilkinson, 1998).

Lazarus y Lazarus (1994) menciona que el afrontamiento le da forma a nuestras emociones, pero que su función más importante es regular esas emociones y las situaciones conflictivas que las provocan. Las emociones se pueden afrontar a través de la resolución de problemas o simplemente verbalizándolas.

Lazarus y Folkman (1984, citado en Lazarus, 1991) sugiere que las emociones pueden generar disturbios fisiológicos y Lazarus (1991) señala que existen dos vías por donde las emociones pueden generar enfermedades. La vía directa se refiere a cambios neuroquímicos, y la vía indirecta se refiere a que se generan riesgos a la salud por los procesos inadecuados de evaluación y afrontamiento. La evaluación de las situaciones y las formas de afrontamiento pueden derivar un sentimiento de bienestar personal, dependiendo de sus efectos sobre la relación persona-ambiente. Emociones como la ira- cólera, rabia o frustración se acompañan de incremento en la actividad estomacal, los estados depresivos y el miedo producen el efecto contrario: la disminución de la actividad gástrica (Palmero y Fernández, 1998).

Cousins (1976, citado en Lazarus, 1991) propone que los estados emocionales felices son capaces de preservar la salud somática y curar la enfermedad, mientras que los estados emocionales estresantes o infelices son destructivos o promueven la enfermedad. El valor del factor emocional en condiciones tales como hipertensión, úlceras, colitis, asma y enfermedades de la piel es ampliamente reconocido como manifestaciones de enfermedad provocadas por las fuerzas ambientales como la de la familia. Las perturbaciones psicológicas con disfunción psicósomática parecen representar un esfuerzo inútil para compensar la falta de control sobre el desdoble de emociones y restablecer el dominio sobre los peligros en el medio externo (Ackerman, 1974).

Metodología

El presente es un estudio instrumental (Montero y León 2002), ya que su principal función fue la construcción y validación estadística de la Escala de Atmósfera Emocional (EAE). Se decidió construir una escala de 70 ítems que finalmente mediante análisis estadístico se redujo en 19. Estos se pueden responder mediante la escala tipo Lickert: nunca, casi nunca, algunas veces, casi siempre y siempre. La distribución de los ítems según las dimensiones utilizadas fue la siguiente:

Permisividad: 2, 5, 6, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18 y 19.

No Permisividad: 1, 3, 4, 7, 8, 10, 12 y 16

La escala construida se puede consultar en el Anexo 2

Participantes

La escala fue aplicada a una muestra no probabilística de 300 estudiantes de bachillerato. La distribución de los estudiantes según las variables socio demográficas establecidas fue la siguiente:

Sexo: El 65% de la muestra fueron mujeres, mientras que el 35% eran hombres

Edad : La edad mínima fue de 15 y la máxima de 25 años, aunque 292 oscilaban entre 15 y 18 años

El número de personas que vivían en casa osciló entre 1 y 18, con una media de 4.65 personas por hogar.

La mayoría de los participantes pertenecía a una familia biparental, con el 72.7% de la muestra; el 11.3% pertenecía a una familia monoparental y el 16% restante pertenecía a familias extensas o reconstituidas.

Instrumentos

En este estudio se utilizaron tres instrumentos:

1. **EAE (Escala de Atmósfera Emocional):** Se elaboró una escala de autorreporte que evalúa la Atmósfera Emocional de una familia, basada en la idea de que las creencias y las reglas que surgen a partir de ellas, regulan la expresión emocional de sus miembros. Dicha escala consta de 19 reactivos que estiman el grado en que una familia permite o no permite la expresión de emociones (Anexo 2).
2. **ERI:** La Escala de Evaluación de las Relaciones Familiares desarrollada por Rivera (1999), es una escala que se compone de 3 dimensiones: 1) Expresión, 2) Dificultades y 3) Unión y apoyo. Para obtener la validación concurrente, se utilizó únicamente el factor de Expresión Emocional de esta escala (Anexo 3).
3. **Cuestionario de enfermedades en la adolescencia:** finalmente se elaboró un cuestionario para obtener la validez de criterio, en el supuesto de que los adolescentes donde sus familias permitieran mayor expresión emocional, se reduciría la presencia de enfermedades. El cuestionario consta de 11 preguntas con dos opciones de respuesta (“sí” y “no”), donde se inquiriere sobre la presencia de acné, ronchas, herpes, asma, alergia, problemas de alimentación, gastritis y problemas de excreción, durante los últimos 2 años (Anexo 4).

Procedimiento

Los 70 ítems del EAE fueron sometidos a **piloteo** con adolescentes y padres de familia. Estableciendo posteriormente un criterio de eliminación a partir del 70% para aquellos reactivos en los que las respuestas se distribuían en una de las opciones.

Posteriormente para asegurar la validez de constructo se llevó a cabo la fase de **jueceo**, con expertos en terapia familiar (docentes de la Residencia en Terapia Familiar de la UNAM), con niveles de estudio de maestría y doctorado. Se suprimieron los reactivos con menos del 80% de coincidencia entre los jueces respecto a la dimensión a la que pertenecía cada reactivo, quedando así 38 reactivos que se utilizaron para la aplicación de la escala.

La **aplicación de la escala** a los 300 estudiantes de bachillerato, estuvo acompañada de la aplicación de la escala de expresión del ERI y el cuestionario de enfermedades en la adolescencia.

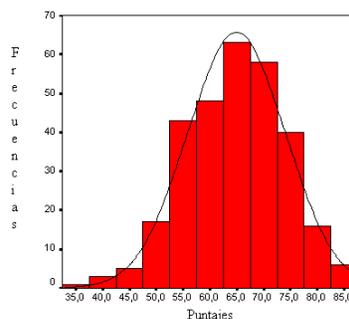
Finalmente para el **análisis de los datos** se utilizó el paquete estadístico SSPS. Llevando a cabo análisis de frecuencias y pruebas *t* para discriminar reactivos, la prueba Kolmogorov – Smimov (K-S) para verificar la distribución normal de los reactivos y análisis factorial con rotación Varimax para verificar la estructura de la escala. La confiabilidad de la escala se calculó de acuerdo con el coeficiente Alfa de Crombach. Finalmente se aplicó prueba *t* para buscar diferencias entre los grupos del criterio a partir del cuestionario de enfermedades en la adolescencia y la correlación de Pearson buscando correlación con el factor de expresión del ERI.

Resultados

La presentación y el análisis de resultados se articulan en 5 apartados: 1) distribución normal, 2) análisis factorial, 3) confiabilidad y 4) validez.

Distribución normal

Se realizaron varias pruebas Kolmogorov – Smimov (K-S), reduciendo la escala de 38 a 19 reactivos, obteniendo una $Z= 1.152$, $p=.141$, lo cual señala que la distribución es normal como se muestra en la gráfica:



Análisis Factorial

Posteriormente se realizó un análisis factorial de rotación varimax con los 19 reactivos. Se obtuvo una KMO de .867, que señala que la distribución es una curva normal y se encontraron dos dimensiones que explicaban el 27% de la varianza, se establecieron dos factores: Permisividad de la Expresión Emocional, con once reactivos; y No Permisividad de la Expresión Emocional, con ocho reactivos.

Confiabilidad

De los diferentes procedimientos existentes para establecer la confiabilidad de un proceso de medición, en el presente trabajo se optó por el Alfa de Cronbach, que mide la consistencia interna del proceso de medición. Este procedimiento se aplicó a la escala, en lo general, así como a cada una de sus dos dimensiones. Encontrando que el factor de permisividad presentó una $\alpha = 0.8669$, el de no permisividad $\alpha=0.5151$ y la escala total $\alpha = 0.8125$, lo que indica que la escala total y el factor de permisividad obtuvieron niveles altos de confiabilidad, sin embargo el factor de no permisividad no obtuvo un nivel de confiabilidad aceptable.

Validez

Posteriormente se realizaron diversas pruebas *t* de muestras independientes para obtener la **validez de criterio** de la escala, mediante la creación de diversos grupos a partir del Cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia, con la hipótesis de que aquellos participantes que reportaran una mayor Permisividad en la Expresión Emocional, desarrollarían menos enfermedades psicosomáticas o su prevalencia sería menor en estos grupos. En la siguiente tabla aparecen las pruebas *t* para la escala Total de Atmósfera Emocional, de acuerdo a los grupos criterio establecidos mediante el cuestionario de Enfermedades en la Adolescencia.

Pruebas *t* para la escala Total de acuerdo al criterio de enfermedades psicosomáticas.

No. de criterio	Grupos	N	Media	DS	T	G1	Sig
1	Sin enfermedades	61	67.62	8.17	2.315	128.892	.022
	Con + de 2 enfermedades	76	63.45	12.81			
2	Sin enfermedades	61	67.62	8.17	2.473	2.473	.017
	Con + de 3 enfermedades	31	61.52	12.45			

El último análisis realizado fue la correlación de Pearson entre el factor de Permisividad y la Escala Total con el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.) (Rivera, 1999), para determinar la **validez concurrente**, bajo el criterio de convergencia. Obteniendo .760 para el factor de permisividad y .741 en la escala total, como se observa ambos tuvieron una correlación positiva alta, con el factor de expresión del ERI.

Discusión

La **Escala de Atmósfera Emocional**, consiste en una prueba de autorreporte que mide en adolescentes el grado en que en su familia permite la expresión emocional. Se basó en una teoría que señala que en las familias existen reglas que prohíben o permiten la expresión de emociones específicas. Al principio elaboramos reactivos acerca de las creencias y las reglas (que se basan en las creencias) de emociones específicas, pero conforme se eliminaron reactivos a través del piloteo y el jueceo, consideramos que era más conveniente considerar reglas y creencias generales, respecto a emociones positivas y negativas.

El análisis factorial arrojó dos dimensiones, que concuerdan con la teoría presentada. El primer factor se denominó como Permisividad, mientras que el segundo fue el de No Permisividad de la expresión emocional en la familia. El factor de No Permisividad resultó no confiable, y cabe señalar que dos reactivos que pertenecían teóricamente al factor de No Permisividad, permanecieron en el

factor de Permisividad, con una correlación negativa. La presencia de estos dos reactivos en el factor que no esperábamos y la baja consistencia interna del factor de No Permisividad pueden deberse a la existencia de reactivos que fueron formulados en términos negativos, lo cual pudo causar confusión y alterar la respuesta de los participantes.

La Escala de Atmósfera Emocional demostró tener validez concurrente debido a las altas correlaciones del factor de Permisividad y la Escala Total con el factor de Expresión Emocional de la escala de Evaluación de las Relaciones Familiares (E.R.I.). La escala también demostró tener validez de criterio, ya que pudo predecir mayores niveles de permisividad en la expresión de emociones, tanto en el factor de Permisividad como en la Escala Total, al comparar grupos de participantes sin enfermedades, con diversos grupos que tenían problemas de alimentación, enfermedades gastrointestinales y dermatológicas, alergias, además de contar con más de dos enfermedades. También cabe recordar que no se encontraron diferencias en la atmósfera emocional, respecto al sexo, edad, tipo y tamaño de la familia. Lo que sugiere que la expresión emocional no depende de cómo está conformada la familia, sino de las relaciones entre sus individuos.

Entre las recomendaciones para la Escala de Atmósfera Emocional se encuentran la necesidad de utilizarla con otro tipo de población, mejorar la redacción de los reactivos (especialmente de aquellos donde aparecen términos negativos), determinar si los reactivos se mantendrán en el nivel de las creencias o en el de las reglas familiares, modificar las categorías en las opciones de respuesta, analizar si es conveniente reducir las opciones de respuesta, y utilizar otra medida más confiable para la determinación de las enfermedades psicosomáticas, como puede ser el trabajar con poblaciones clínicas.

Un último aspecto que cabe señalar es que la escala tiene una tendencia a evaluar las emociones que pueden ser consideradas como positivas en una familia, por lo que también sería conveniente desarrollar más reactivos que se enfoquen en las emociones negativas. Además, se requiere un debate metodológico acerca de la validez de una escala de autorreporte para medir el comportamiento de una familia, por lo que se sugiere utilizarla como forma de diagnóstico, comparando las diferencias percibidas por cada miembro de la familia y observando cuáles

miembros de la familia comparten la misma percepción, lo cual puede brindar información acerca de alianzas y coaliciones dentro del sistema familiar.

Referencias

Ackerman, N. (1974). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Buenos Aires: Paidós.

Hess, U. y Kirouac, G. (2000). *Emotion expression in groups*. En M. Lewis y J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions*, 368- 381. Nueva York: Guilford Press.

Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford.

Lazarus, R y Lazarus, B. (1994). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós.

Montero, I. y León, O. (2002). *Clasificación de las metodologías de investigación en Psicología*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud. Vol.2 No.3 p.p.503-508.

Palmero, F y Fernández, A. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.

Wilkinson, I. (1998). *Child and family assessment: clinical guidelines for practitioners*. Londres: Routledge.

4.5.2 Metodología Cualitativa: Enfermedad de Huntington y reproducción: una perspectiva familiar

Enfermedad de Huntington y reproducción: una perspectiva familiar

Liliana Moreno Lucero

Universidad Nacional Autónoma de México

El presente trabajo es el resultado de una investigación en la que se abordó la Enfermedad de Huntington al interior de un grupo de familias mexicanas. Se eligió una aproximación cualitativa a partir de entrevistas que revelan la historia de vida de estas familias, de las que se desprende el análisis y dibujan aspectos importantes como los efectos sociales, familiares y la concepción que tienen las personas de la Enfermedad.

La intención de la presente investigación fue conocer aquellos aspectos “no médicos” que conocen las personas que se enfrentan ante esta enfermedad y como este conocimiento influye en sus decisiones de vida así como la búsqueda de atención y tratamiento en las generaciones subsecuentes.

Introducción

El aumento en la esperanza de vida durante los últimos decenios ha permitido alcanzar una edad en la cual las enfermedades neurodegenerativas (EN) se manifiestan con mayor frecuencia en el individuo (Arango, Fernández, y Ardila 2003). Los resultados del censo realizado por el INEGI (2005), revelan que en México hay 1.8 millones de personas con discapacidad, que representan el 1.8% de la población total. Las limitaciones motrices, son el principal tipo de discapacidad entre los adultos mayores.

La Enfermedad de Huntington (EH), es una enfermedad neurodegenerativa, de inicio tardío, progresivo y hereditario, se caracteriza por la presencia de movimientos coreicos, problemas psiquiátricos y demencia (Alonso, Ochoa y Ruiz, 1998), tiene un patrón autosómico dominante (Velez y Jiménez, 2003), lo que significa que una persona que la padece, cada vez que tiene un hijo ya sea hombre

o mujer, tienen un 50% de probabilidades de heredarla, las persona con esta condición se les llama familiar en riesgo (García, 1994).

La EH afecta la vida de los individuos, generalmente se presenta durante los años más productivos de la persona, y termina con la muerte del enfermo, en lapso de 13 a 16 años en promedio después del inicio de los síntomas. Los diagnósticos erróneos tempranos se dan en uno a dos tercios de las personas (Lishman, 1978; citado en Sue, 1994) y el temor de pasar el gen de EH a la siguiente generación marca las decisiones acerca de la carrera, matrimonio y procreación (Goldman, 1999).

Los progresos en el tratamiento no han evolucionado de forma paralela a los progresos en el diagnóstico, en la actualidad se puede predecir la aparición de EH, muchos años antes de su aparición clínica, sin ofrecer simultáneamente una terapia curativa (Alberca y López-Pousa, 1998). Hasta el momento no existe un tratamiento curativo, pero en 1983 un grupo de investigadores descubrieron un marcador genético en los brazos cortos del cromosoma 4 (Gussella, Wexier, Conneally, Naylor, Anderson, Tanzi, Watkins, Ottina, Wallace, Sakaguchi, Young, Shoulson, Bonilla y Martin, 1983; en García, 1994) lo que poco después permitió hacer el diagnóstico predictivo, con lo cual es posible saber con una alta sensibilidad si un individuo sano heredó la enfermedad o no.

Sin embargo una persona bajo el riesgo de una enfermedad genética para la cual no existe cura, decide posponer un examen clínico, prefiriendo vivir con la interrogante, en vez de hacerlo con la certidumbre (Imber-Black, 1999). Respecto al individuo en riesgo algunos estudios han demostrado que la realización del test predictivo en general beneficia la salud psicológica del paciente, independientemente del resultado positivo o negativo del mismo (Alberca y López-Posua, 1998) pero las decisiones respecto a la reproducción varían según el resultado del test, personas que obtienen un resultado positivo son menos propensas a tener hijos que las personas con un resultado negativo (Kathleen, 1997), sin embargo la descendencia de las familias con EH, sigue en aumento.

El consejo genético tiene un impacto muy grande y los individuos desarrollan varios mecanismos de defensa, el más común es la negación (Martínez, 1993). En México se realizó un estudio para conocer las actitudes de los individuos en riesgo

ante la posibilidad del diagnóstico predictivo y se encontró que el 85% de las personas estudiadas lo desean, sin embargo algunos individuos no han comprendido bien los riesgos de herencia y las implicaciones del diagnóstico predictivo (Alonso, 1993).

El momento en que aparece una enfermedad hereditaria tienen profundas implicaciones en el individuo y en el ciclo vital en el que se encuentra la familia. Generalmente la Enfermedad de Huntington aparece en la adultez media y en el periodo de la crianza de los hijos, entre los 20 y los 60 años. El inicio de enfermedades de este tipo es más disruptiva pues se debe tomar de manera determinante la decisión acerca de la paternidad y generalmente esto modifica la estabilidad familiar y las tareas propias del ciclo vital (Rolland y Williams, 2005).

La información sobre la herencia biológica, la concepción y la composición de la familia son cuestiones que no se pueden tratar en una o dos conversaciones, sino que son parte permanente del diálogo en la vida familiar (Imber-Black, 1999). En algunas familias la EH es un “secreto familiar”, en el Manual para familiares y amigos de pacientes con la enfermedad de Huntington editado por la Asociación de Inglaterra (2005) se menciona la importancia de hablarlo en la familia, principalmente con los niños que son muy sensibles a la atmósfera que se vive en casa ya que con esto se aminoraría la ansiedad y la culpabilidad que se vuelven perjudiciales en el conocimiento de la realidad acerca de la EH. Debe ser de una manera gradual y de acuerdo a su capacidad de entendimiento y responder las preguntas apropiadas a su edad. Si se habla con verdad y honestidad con los familiares y amigos las relaciones interpersonales pueden ser más confortables y las personas con EH y sus familiares pueden tener la ayuda y soporte que tanto necesitan y no seguir cargando con el secreto familiar.

Creencias y Secretos Familiares en la EH

Las creencias representan el conocimiento o información que se tiene acerca del mundo, de acuerdo con Fishbein y Azjen (1957) “una creencia vincula un objeto con algún atributo”. Para convertir una creencia en una actitud, se necesita un ingrediente de valor, que por definición tiene que ver con el sentido del individuo acerca de lo que es deseable, bueno, valioso o meritorio (Gross, 1998). Cuando el conjunto de experiencias vividas por sí mismo y por los otros a lo largo de muchas

generaciones se articula de modo inherente y funcional, constituye un sistema de creencias al que la persona se atiene y del que se vale para actuar (Perrone y Nannini, 1997).

Nuestras formas de crianza y de educación producen la base y el impulso para la creación de prejuicios de grupo en todas direcciones y que nuestras formas de vida adulta refuerzan a cada instante. Los valores ideales, éticos y sociales empiezan y terminan en la familia. Uno de estos valores ideales es la religión, que ha sido desde muy antiguo una de las formas con que la familia resume los problemas más fundamentales para su supervivencia. No se puede estudiar completamente a la familia sin tener en cuenta los valores religiosos ocultos y declarados, sin tener en cuenta las influencias ejercidas por el factor religioso en la elección y en la definición de objetivos. La creencia del hombre en una serie de poderes espirituales, le dan un esfuerzo para conciliarse a éstos, para que le ayuden y no le obstaculicen en los problemas de la vida (Fromm, Horkheimer y Parsons, 1986).

La EH y sus generaciones

Las personas estamos organizadas dentro de sistemas familiares según la generación, edad y sexo, por nombrar algunos de los factores más comunes. El lugar que ocupe dentro de la estructura familiar puede influir en su funcionamiento, sus pautas de relación y el tipo de familia que forme en la siguiente generación. La familia se repite a sí misma, lo que sucede en una generación a menudo se repite en la siguiente (McGoldrick, 1985).

Abordar el tema de la reproducción humana desde una visión psicológica resulta una tarea ardua en la medida en que se trata un fenómeno que incorpora una variedad muy importante de fenómenos emocionales (Carmona, 2002). La reproducción humana entraña un proceso biológico, que esta inserto en todo un enjambre cultural que determina las modalidades en que se produce, el valor que se le adjudica y los contratos sociales que los sustentan (Elu y Leñero, 1992). Leñero (1968) investigó la forma de reproducción familiar rural en tres generaciones y descubrió que todos los casos estudiados acusan un principio de identidad – adscriptiva – involuntaria que adquiere fuerza motora en su propia reproducción posterior, incluso frente a las transformaciones ambientales.

Respecto a la EH, y los patrones de reproducción Kathleen (1997) comenta acerca de las complicaciones que se tienen cuando la familia con EH tiene un historial

negativo. Menciona que entre los posibles enfermos de Huntington un 10% acuden al médico sin tener ningún antecedente familiar de esta enfermedad y el 83% de ellos resultaron tener la EH. A veces cuentan con una historia familiar misteriosa, como por ejemplo un padre que se pierde en algún punto de la historia, o el contacto con otros miembros de la familia también se ha perdido. Esto vuelve arduo diagnosticar la enfermedad, cuando el enfermo no quiere admitir que una enfermedad hereditaria existe en la familia o cuando no ha habido anteriormente ninguna evidencia de ello. Quizá algunos miembros de la familia han muerto por alguna otra causa antes de ser lo suficientemente viejos para desarrollar la enfermedad, y esto podría ser una explicación de porque no existen antecedentes familiares.

El genograma como lo describen (Waters, Watson y Wetzel, en Irigoyen, 2004) ofrece una valiosa oportunidad para obtener fácilmente, el historial familiar médico y social de los pacientes y para ampliar la comprensión sobre la problemática presente, proporcionando una descripción inmediata del contexto en la cual ocurre. Un genograma puede integrar y registrar información familiar de tres generaciones en seis categorías: 1. estructura familiar, 2. ciclo de vida familiar, 3. patrón de repetición a través de las generaciones, 4. eventos de la vida y funcionamiento familiar, 5. patrones de relación y triángulos, 5. equilibrio y desequilibrio familiar (Irigoyen, 2004). Es un buena fuente para elaborar hipótesis sobre como un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y la evolución del problema a través del tiempo (McGoldrick, 1985).

Metodología

Con el fin de investigar las causas por las cuales las familias en riesgo deciden o no tener hijos, se utilizó un marco metodológico donde se incorporaron planteamientos teóricos y conceptuales. Además se llevó a cabo una colección de narrativas a través de entrevistas a profundidad para explicar el comportamiento de la población en riesgo. La metodología del estudio se centró en la identificación de modelos de explicación subjetiva de la población. Se entrevistaron 5 personas, miembros de familias con la EH, de los cuales 2 eran familiares por lo que al final se contó con 4 casos.

Se decidió emplear la entrevista profunda como lo describen Nigenda y Lander (1995) adaptando los estilos de comunicación propios de la vida cotidiana y atendiendo a ciertos aspectos particulares que puede variar en significados. La

propuesta de entrevista está basada en los fines de una encuesta sociológica propuestos por (Gardner, 1981) en el que considera los fines descriptivos (lo que ya existe), los fines explicativos (en relación a los datos descriptivos), los fines predictivos (predice posibles cambios) y finalmente los fines evaluativos (Evalúa los resultados de las decisiones pasadas). Se elaboró también la genograma por cada uno de los casos.

Para asegurar la **legitimidad del conocimiento** y la calidad de la presente investigación, se utilizó la triangulación como una alternativa para aumentar la fortaleza y calidad de este estudio cualitativo. Se trianguló entre los datos teóricos, los datos obtenidos en las entrevistas y los obtenidos en el genograma, de tal manera que se contó con una perspectiva más amplia del fenómeno estudiado.

Resultados

En esta investigación la triangulación consistió en esclarecer las diferentes partes complementarias de la totalidad del fenómeno de la Enfermedad de Huntington en las familias.

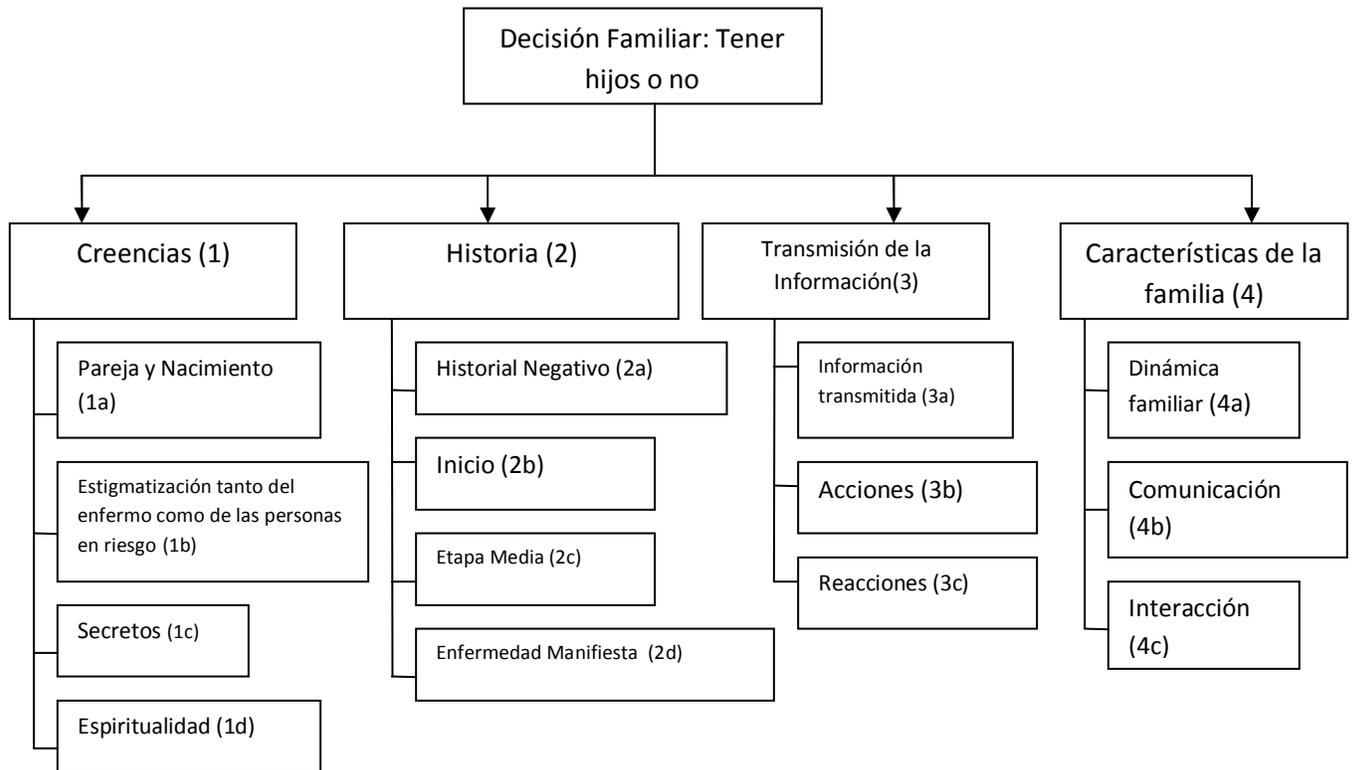
Se utilizaron tres diferentes métodos para intentar determinar los patrones de porque se reproducen las familias y las etapas de la enfermedad, con el fin de verificar datos que por la dificultad del tema podrían ser susceptibles de sesgos de información. En el estudio se realizan entrevistas (grabadas y posteriormente digitadas) y se hace un genograma de cada una de las familias del estudio, posteriormente se contrasta con la teoría. Estos métodos ayudaron a visualizar de una manera más amplia el grupo de familias en el estudio, cosa que se habría visto limitada de haber usado sólo un método.

En este caso, las entrevistas ofrecieron información acerca de sus creencias, mientras que el genograma presenta algunas de sus características como la conformación familiar y los patrones repetitivos. La utilización de estos diferentes métodos ayuda a definir las características comunes en estas familias y a esclarecer los patrones, uno de los objetivos del estudio. Adicionalmente, la entrevista cruzada llevó a la profundización y mayor comprensión del fenómeno en estudio.

Al final, los hallazgos reportados en este estudio fueron producto del consenso entre los tres métodos de análisis, obteniendo la siguiente clasificación de acuerdo a las siguientes categorías:

- Creencias (como explicaciones a la enfermedad) (1)
- Historia Familiar (de la enfermedad) (2)
- Transmisión de la información (3)
- Características de las familias (4)

Dentro de estas cuatro categorías surgieron algunas subcategorías para facilitar el análisis. Lo que se presenta en la Fig 1.



Estos resultados permiten hacer varias reflexiones respecto a la manera en que las personas integrantes de familias con la EH, comprenden la enfermedad y toman decisiones de vida, particularmente la decisión de tener o no hijos.

Categoría 1: Creencias

Uno de los temas que se abordaron principalmente en estas familias, se refiere a la **pareja y el nacimiento** de los hijos (1a). Las personas entrevistadas coinciden en el establecimiento de la vida en pareja como importante, pero a diferencia de la

mayoría de las familias, las que presentan la EH, el nacimiento de un hijo se vive con incertidumbre. La aceptación de la pareja, en lo que se refiere a comenzar y mantener una relación con una “persona en riesgo”, es muy importante, e incluso forma parte fundamental en la creación de las “nuevas familias”.

Cuando se pregunta sobre la **estigmatización** (1b), la respuesta versa sobre dos situaciones de estigmatización o prejuicios: respecto a las personas que ya están enfermas y a las personas en riesgo. La interpretación que las personas entrevistadas dan al respecto, es la falta de información y por ende las demás personas no saben cómo tratarlos, ni a los enfermos ni a las personas en riesgo. En esta falta de información las personas o familiares que conviven con esta población tienden a actuar básicamente de **tres formas**, según las personas entrevistadas, esto se repite con frecuencia y puede ser un tanto extremo: **los sobreprotegen , los compadecen o los abandonan.**

La **sobreprotección** no parece tener una grave incidencia en la decisión de tener hijos o en la transmisión de la información acerca de la EH, pero si en el fomento a los secretos familiares (1c), tratando de proteger a los hijos del sufrimiento que les generaría el saber de la enfermedad, sin embargo las otras dos formas sí y se relacionan con otras formas de comprender la enfermedad, como a continuación se explica.

Al sentirse **compadecidos**, las personas pueden sentir vergüenza por lo que en ocasiones optan por conservar el conocimiento de la enfermedad como un secreto (1c) difícil de revelar, aunque hay algunos casos en los que se prefiere hablar abiertamente a pesar de las implicaciones que esto tenga. De las cuestiones que las familias han revelado han aparecido dos formas de manejar la información: expresándolo u ocultándolo. Esto se vincula con otra de las formas en que las personas actúan ante la enfermedad: los **secretos familiares** (1c). Algunas familias consideran que la EH es un tema muy delicado de hablar, y que solo se explicará en la medida que estén involucradas o afectadas las personas. La estigmatización (1b), los prejuicios o el diagnóstico erróneo (en especial cuando tiene que ver con trastornos de tipo psiquiátrico) pueden fomentar que se oculte o no se transmita la información, por el temor a ser rechazados. Parece ser que no es suficiente ocultarlo o expresarlo, si no la comprensión de lo que la enfermedad genera y

hasta que momento esto se vuelve una especie de bomba de tiempo con repercusiones al propio individuo y los otros.

El **abandono** es un aspecto importante y repetitivo en las familias con esta problemática y puede tener incidencia en las futuras generaciones, ya que una vez que se abandona al enfermo, el resto de la familia no está en contacto con la enfermedad y pasa como desapercibida, no se entiende la magnitud del problema y el factor de herencia y riesgo que tienen las generaciones subsecuentes. Incluso se puede comenzar de nuevo el **historial negativo** (2a), cuando un hijo de un familiar en riesgo no conoció a sus abuelos (por ejemplo) y desconoce de donde pueden venir los síntomas de su padre o madre o confundir el diagnóstico con otro tipo de padecimiento. Otra de las características del abandono que contribuyen al historial negativo (2a) son los **divorcios o separaciones** que implican modificaciones en la estructura familiar y el abandono por parte de algunos miembros, cónyuges e hijos.

El **historial negativo** (2a) forma parte fundamental en la reproducción de las familias con la EH, en las cuatro familias se muestra desconocimiento de la enfermedad, al menos desde la tercera generación anterior, los diagnósticos o las muertes no tenían relación con la EH, la más común se confundía con problemas psiquiátricos, o se pensaba que estaban locos o embrujados. Sin embargo si existe en algunos casos la noción vaga de que es una cuestión hereditaria. Las muertes en la generación anterior al diagnóstico en estas familias fueron: embolia cerebral, paros cardíacos e insuficiencia renal.

La religión o **la espiritualidad** (1d) se vuelve una alternativa más de comprensión para las personas en riesgo de heredar la enfermedad, algunos lo toman de una manera natural, refugiándose en "DIOS", entendiendo que la enfermedad no es algo que pueden controlar y que solo "DIOS" sabrá cómo, cuándo y a quién le manda la enfermedad y ante lo cual ellos no pueden hacer nada más que recibirla de la mejor manera posible, siempre conservando la esperanza de que pueden ser salvados o sanados. Algunos otros recurren a la espiritualidad y al curantismo, también viéndolo como una posibilidad más para agotar, esto se da sobretodo tratando de encontrar una explicación a los síntomas antes de que la enfermedad sea diagnosticada por médicos especializados.

Categoría 2: Historia Familiar

Se decidió incluir la **historia familiar de la enfermedad** (2) como un factor importante en la decisión de tener o no hijos, ante estas tres etapas que se describen a continuación la percepción de la enfermedad y sus riesgos va cambiando y la información se amplía, a menos de que anteriormente existan fracturas o modificaciones de la estructura familiar y se inicie de nueva cuenta el **historial negativo** (2a). A continuación se describen estas tres etapas, que se diferencian de acuerdo a los datos proporcionados por las personas entrevistadas, considerando que es una forma didáctica de presentarlas que permite visualizar mejor las características, estas etapas no están segmentadas y pueden ocurrir simultáneamente o como un continuo en una familia considerando tres generaciones. **Las etapas son: inicio de la enfermedad, etapa media, enfermedad manifiesta.**

El **inicio de la enfermedad** (2b) en las familias, puede pasar casi desapercibido, en la búsqueda de explicaciones al comportamiento de las personas con EH suele confundirse con problemas de carácter, crisis nerviosas u otras alteraciones que no se relacionan con una enfermedad neurológica. En algunos casos los hijos de un padre o una madre con la enfermedad piensan que el comportamiento de sus padres es normal y crecen pensando esto permanentemente y creyendo que es la forma de **comunicación** (4b) e **interacción** (4c) que tiene otras familias (violencia y agresiones). Es en esta etapa cuando inicia la “carrera del enfermo” en busca del diagnóstico correcto que les permita tener un mejor manejo y control de los síntomas, se buscan varios tipos de respuestas y tratamientos desde los más científicos hasta los más místicos.

Al parecer hay una **etapa media** (2c) dentro de la historia de la enfermedad en la que hay mucha confusión, aceptar abiertamente el diagnóstico puede llevar mucho tiempo, mientras tanto la familia continua creciendo, el poder aceptarlo requiere de mucha entereza y mientras los síntomas no sean muy evidentes u otro miembro más de la familia no se ha enfermado, parece que no se le da tanta importancia al diagnóstico, además que en ese momento la familia está lidiando más con los problemas del presente que poniendo atención al futuro.

Una vez que ya esta diagnosticada y aceptada la enfermedad, a lo que para los fines de esta investigación se ha denominado **enfermedad manifiesta** (2d), comienzan a suceder eventos como el divorcio y /o el abandono de las personas enfermas, la familia se percata de que han crecido las generaciones y que ya no pueden hacer más al respecto, la idea de tener hijos no cambia mucho, puede ser que sigan teniendo hijos siempre pensando en la posibilidad de que puedan o no tener el gen. Se dan enojos y resentimientos entre la familia y en ocasiones se continua con la negación.

Categorías 3 y 4: Transmisión de la información y características de las familias.

Respecto a la **transmisión de la información** (3) las familias se enfrentan a la primera información que generalmente es vaga, cuando ya se ha dado el diagnóstico acertado y es aceptado por la familia, la explicación científica es compleja y en realidad el término de hereditario no da mucha idea de las implicaciones que tiene la enfermedad.

La persona que se convierte en cuidador de la persona con la EH, (en su mayoría mujeres) es quien comienza a buscar alternativas y tratamientos para el enfermo, comienza a responsabilizarse de la situación y tiene intentos de **transmitir la información** (3), siempre y cuando él o ella misma comience a entenderlo. En lo que se da este proceso que es con frecuencia muy largo, las siguientes generaciones continúan con su vida de manera normal, tomando decisiones importantes, entre ellas, la descendencia.

Si en la familia la **dinámica familiar** (4a) no ha propiciado la **comunicación** (4b) y la **transmisión de información** (3), así como la apertura para preguntar y cuestionar, la transmisión acerca de la enfermedad se dificulta, como se dificultaría hablar de cualquier otro asunto familiar. Una vez que uno o varios miembros de la familia cuentan con la explicación científica, se esperaría que la pudiesen transmitir al resto de la familia, pero esto no ocurre con frecuencia por múltiples aspectos: características personales, miedo, negación, rechazo o poco entendimiento.

Para las familias enterarse de la EH, aceptarla y posteriormente **transmitir la información** (3) a su descendencia involucra afectos y pensamientos múltiples. Algunas de estas familias prefieren no hablar a cerca de la enfermedad entendiéndola como una desgracia y como una condición que imposibilita la

felicidad y otras lo ven como algo natural como una enfermedad como cualquier otra e incluso como un mandato divino ante el cual se tienen que enfrentar como individuos o como familia. Ante la falta de una cura, las familias piensan que no hay razón por que decirles y frustrar su vida, si no hay alternativas que ofrecer. Otros piensan que aún que no haya alternativas es importante hacerle saber a los demás los riesgos, para que en función de eso planeen su vida. Algunas personas entrevistadas consideran que por lo complejo de la información se debe de ir proporcionando poco a poco y en la medida que las personas: jóvenes, niños o adultos la vayan entendiendo.

Son pocas las **acciones** (3b) que hacen los miembros de las familias con EH para la transmisión de información, las familias se valen principalmente del lenguaje oral, pero en algunas ocasiones hacen uso de información electrónica o impresa, para compartirla con sus familiares, pareja o amigos, encontrando muy poca respuesta y aceptación por parte de los otros miembros de la familia, lo que reduce las intenciones de hacerlo de nuevo o con las generaciones subsecuentes. Las **reacciones** (4b) en la mayoría de estas familias es de enojo y rechazo, incluso llegan a arremeter en contra del informante, por lo que el informante puede llegar a desertar. En otros casos la familia le resta importancia a la información y prefieren alejarse, utilizando el mecanismo de negación. Esto pudiera deberse a múltiples fenómenos que se dan dentro de la **dinámica familiar** (4a), como la falta de **comunicación** (4b), las diferentes formas de **interactuar** (4c) (relaciones simétricas y complementarias, violencia), los modos de afrontamiento, los mitos y las creencias familiares.

Conclusiones

Del análisis de las entrevistas y los resultados presentados anteriormente, se desprenden algunas conclusiones de carácter general, aunque no generalizables, ya que la triangulación solo permite obtener un panorama más amplio del fenómeno en relación a determinadas prácticas y modos en las que las familias con la enfermedad de Huntington se reproducen. Estos resultados se basan en el contexto de las familias pertenecientes a la Ciudad de México, sin embargo la observación y análisis minucioso pone de manifiesto los mecanismos y estrategias que podrían estar presentes en las prácticas de muchas otras familias.

Según este estudio existen varias formas de comprensión, que si bien fueron consistentes dentro de las respuestas de los entrevistados, es probable que no sean las únicas, a continuación se muestran solo algunas formas de patrones de reproducción que aparecieron como más relevantes a partir del trabajo de campo, es interesante remarcar por último, que todas estas formas de respuesta ante la decisión de tener o no hijos, no siempre aparecen separadas, sino que se combinan con otras, de maneras cambiantes.

En síntesis, la decisión de tener o no hijos se da por razones distintas y procesos distintos en cada familia, antes o después de tener hijos, se identificó en las personas entrevistadas las siguientes formas de respuesta, que se proponen, sin dejar de tener en consideración que no son las únicas o que no hay otras posibles y como inferencias respecto a las entrevistas y los datos obtenidos en los genogramas, estas se presentan a continuación:

1. En algunas ocasiones aún sabiendo que son sujetos en riesgo y por lo tanto sus hijos lo serán, la pareja decide tener hijos basándose en la posibilidad de ser “sanos” y “felices”, prefiriendo conservar la idea del **50% de probabilidad que tienen de no enfermarse**. Y justificando su actuar en el hecho de no querer perder la oportunidad de ser padre o madre y crear su propia familia.
2. En las familias entrevistadas aparece con frecuencia la situación del **embarazo no deseado o no planeado**, indistintamente y por diversas causas en cualquiera de las tres generaciones de la familia, lo que parece indicar que su condición de riesgo no implica necesariamente un cambio importante en su “conducta sexual” o “planificación familiar” diferente al de la población en general. Estos embarazos fueron encontrados en personas de edad entre los 20 y 25 años, con mayor frecuencia.
3. En otros casos se encuentra la influencia del cónyuge no afectado, en el sentido de que existe una falta de comprensión de las implicaciones de la enfermedad hereditaria y por lo tanto pide o exige a la pareja hijos a pesar del riesgo, basándose en la idea del **amor incondicional y permanente en la vida de pareja**.
4. Para algunos otros la decisión de tener o no hijos es un evento **tan normal y natural** como cualquier otra elección como por ejemplo (planes a futuro: carrera profesional, viajes, empleo, matrimonio)
5. Otro grupo corresponde a los que se justifican a través de la **espiritualidad o creencias religiosas**, algunas personas prefieren tener hijos y dejarlo en

manos de “DIOS”, pensando que para él no hay imposibles y que aceptaran sus designios.

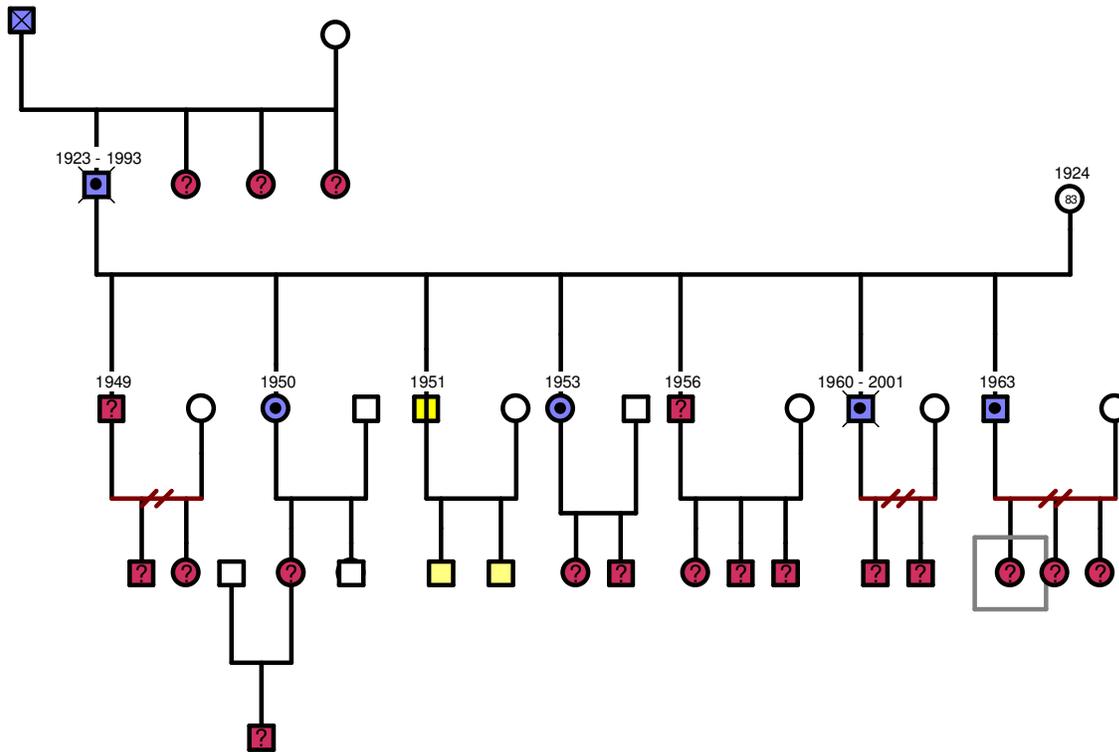
6. En algunos casos, la **negación** juega un papel muy importante, los hijos de una persona con EH, deciden no querer saber más de la enfermedad, deciden mantenerse al margen y no informarse.
7. En los casos en los que las parejas de padres con la EH se **divorcian, se separan o son abandonados**, es probable que se pierda el contacto con la familia extensa del cónyuge que ya no vive con la familia nuclear, y por tanto esta nueva generación va a desconocer la enfermedad, y es posible que se inicie una vez más el ciclo que se ha mencionado antes, del **historial negativo**. Al iniciar de nuevo un historial negativo las familias siguen reproduciéndose sin temor, pues no saben que en su familia existe una enfermedad hereditaria
8. En otros casos se ha pensado en la **adopción** como otra alternativa, siempre y cuando sea una certeza que se puede ser portador de la enfermedad a través del **diagnóstico predictivo**, hasta ahora los que optan por esa alternativa no han establecido familia y por tanto aún no existen hijos adoptados.

A continuación se presenta uno de los genogramas, realizados en conjunto con una persona entrevistada, por ser el más completo y representativo de los patrones de reproducción antes mencionados, señalando el tipo de respuesta presentada.

Genograma

					
Enfermedad de Huntington	Sujeto en Riesgo	Sujeto sin Riesgo (probable)	Sujeto sin Riesgo (comprobado)	Embarazo no deseado o no planeado	Divorcio

En este genograma se observa como de un progenitor enfermo en esta familia hasta el momento existen 16 personas en riesgo, de las cuales 13 se encuentran próximas a tomar la decisión de tener hijos, 1 de ellas ya lo tuvo aun sabiendo el riesgo y una más tuvo embarazo no planeado.



Otras aportaciones interesantes

Las nuevas generaciones inquietas y con la necesidad de saber más acerca de la EH, suelen recurrir hoy en día a la información que proporciona el **Internet**, lo cual aunque puede ser de utilidad, tendría ciertas limitaciones de acuerdo a la fuente de la que se extrae la información. Las personas jóvenes ante la carencia de información por parte de sus familias, suelen recurrir también a otras figuras importantes de su vida como son los jefes o maestros.

Es importante destacar que al momento de preguntar por la **prevención**, la mayoría coincide en que es un aspecto importante, aunque este no esté en concordancia con su actuar en el pasado y en el presente. En evidente que en las familias en las que hay un manejo de la información abierta la estigmatización y / o prejuicios se reducen y la prevención es más fácilmente aceptada.

El **genograma** resultó ser un instrumento que por su impacto visual puede ser útil también a la familia con la EH, y no solo al profesional de la salud. Las personas se muestran contrariados y /o asombradas, cuando observan que se repitan pautas en sus familias, y esta información puede influenciar en la consciencia de las personas y fomentar una sensación de urgencia para atenderse y tomar decisiones encaminadas a la prevención

Referencias:

- Alberca, R., López-Pousa, S.(1998) *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Editorial Médica Panamericana.
- Alonso, M, Martínez, C., Yescas, P. (1993). *Actitudes de las personas en riesgo de tener Enfermedad de Huntington ante el consejo genético y la posibilidad de Diagnóstico Molecular Predictivo*. México: Arch INNN.
- Alonso-Vilatela, M. Ochoa, A. Ruiz-López, I. (1998). *Enfermedad de Huntington*. Arhivos de Neurociencias Vol3, No. 1: 38-46
- Arango, L., Fernández, S., Ardila, A. (2003) *Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual Moderno.
- Carmona, F., Aldana, E., Carreño, J., Díaz, E., González, G., Martinez, S.,Rodríguez, M., Sánchez, C. (2002) *Psicología de la Reproducción Humana*. Instituto Nacional de Perinatología. México: Trillas
- Fishbein, M y Azjen, I. (1975) *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Reading Mass: Addison – Wesley.
- Facing Huntington's Disease. *A Handbook for Families and Friends*. Asociation or Irleand 2005
- Fromm, E., Horkheimer, T. Parsons, T. (1986). *La Familia*. Barcelona: Península.
- Garcia, C.(1994) *“Consejo Genético en la enfermedad de Huntington. Un enfoque psicológico”*. Revista Mexicana de Psicología, Numero monográfico especial. Instituto Nacional de Neurología, México.
- Gardner, J. (1981). *Encuestas Sociales*. México: Nueva Editorial Interamericana

- Goldman, H. (1999). *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno.
- Gross, R. (1998). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.
- Haley, J. (1983) *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Imber- Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias*. Barcelona: Gedisa.
- Kathleen. S (1997). *Reunión General de la delegación de Illinois de la Sociedad Americana de la Enfermedad de Huntington (HDSA)*.
- Leñero, L. (1977). *Sociocultura y población en México*. México: Edicol.
- McGoldrick, M. Carter, E. (1986) *Ciclo Vital de la Familia*. México
- Martínez, C. Alonso, E. (1993). *Estudios neuropsicobiológicos y problemas éticos de la enfermedad de Huntington*. Archivos del Instituto Nacional de Neurología y neuropsiquiatría Volumen 8 No 3 Sep-Dic
- Perrone, R. Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. México: Paidós.
- Rice, F. (1997) *Desarrollo Humano*. México: Prentice Hall Hispamoamericana
- Rolland, J. Williams, J. Toward (2005) *A Biopsychosocial Model for 21st-Century Genetics Family Process* Rochester: Mar, Vol. 44, Iss. 1
- Sue, D. (1994) *Comportamiento Anormal*, México: Mc Graw Hill.
- Tibben, A., Timman, R., Bannink, E., & Duivenvoorden, H. (1997). *Three-year follow-up after presymptomatic testing for Huntington's disease in tested individuals and partners*. Health Psychology, 16
- Velez, C. Jiménez, M. (2003). *Alteraciones genéticas y moleculares en las demencias*. En L. Arango, S. Fernández y A. Ardila (Eds.). *Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento* (pp.45-59). México: Manual Moderno.

4.6 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: Atención y prevención comunitaria.

4.6.1 Productos tecnológicos: Las cartas de las familias

Derivado de la importancia de la diversidad que existe en las familias se propone un juego didáctico que puede ser utilizado en apoyo al trabajo terapéutico y de intervención comunitaria.

Estas cartas fueron utilizadas en el proceso terapéutico de 2 familias, en el que las familias eran compuestas, facilitó el juego y el dialogo con los niños respecto a su incorporación en la familia que se iniciaba.

También fue presentada en una mesa interactiva dentro de la feria de servicios que se llevó a cabo el 25 de Noviembre del 2007 en la Alameda Central de la Ciudad de México, obteniendo buena respuesta de las familias que lo jugaban.

Esto fue solo el inicio del trabajo posible a realizar con este material didáctico, esperando hacer más investigación a futuro, mejorar el material y reproducirlo.

El material fue primero elaborado a mano, con recortes de papel, pegamento y enmicado, posteriormente y después del primer piloteo, se modificó y se elaboró mediante el programa Corel Draw y se mando a impresión por el derecho y el revés como se muestra en el Anexo 5.

A continuación se describe el juego

Las cartas de las familias

Juego	Las cartas de las familias
Objetivo Específico	Promover el conocimiento y reconocimientos de la diversidad familiar.
Reglas del juego	<p>La finalidad del juego consiste en conseguir una familia completa y mostrarla al resto de los jugadores colocándola sobre la mesa. El ganador será aquel que consiga el mayor número de familias.</p> <p>FORMA 1: Se reparten todas las cartas entre los jugadores, dando la misma cantidad a cada uno, si es posible. El jugador de la derecha pide la carta que le falta, a otro jugador (el que él quiera). Si el otro jugador la tiene, deberá dársela. A continuación se le puede pedir otra carta al mismo jugador o a otro diferente hasta que el que está pidiendo se equivoque. El turno pasa entonces al jugador que no tenía la carta que se pedía. El primero que tenga una familia completa la pone sobre la mesa, el que logre formar más familias será el ganador.</p> <p>FORMA 2: Se reparten todas las cartas entre los jugadores, dando la misma cantidad a cada uno. El jugador que inicia da un par de cartas que no le sean de utilidad al jugador de la derecha. El jugador las toma y si le sirven se las queda y si no las pasa al siguiente jugador, o le da un par de las suyas. Posteriormente cuando ya no haya cartas que intercambiar el jugador debe tomar por turno una carta del montón de cartas que quedaron sin repartir. El primero que tenga una familia completa la pone sobre la mesa, gana el que logre formar más familias o el que se quede sin cartas primero.</p>
Contenido	<p>En este juego de cartas se incluye la siguiente tipología familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Familia nuclear (2 familias: 1 con 5 miembros y 1 con 3) *Familia extensa (3 familias: 1 con 6 miembros, 1 con 3 y 1 con 4) *Familia compuesta o reconstruida (3 familias: 1 con 3 miembros y 2 con 4) *Familia uniparental (2 familias, 1 con 3 miembros y 1 con 4) * Sociedad en Convivencia (3 familias, 1 con pareja heterosexual y 2 con pareja homosexual)

Cada vez que los jugadores “bajan” las cartas con las familias completas, se puede hacer una pausa dentro del juego y hacer una reflexión respecto a las características de la familia que se presenta.

4.6.2 Productos tecnológicos: Presentación dinámica en Power Point: Postura del Paciente y Planificación del Caso

Se trata de una presentación en Power Point que resume dos capítulos de manera breve del libro *Táctica del Cambio* de Fish, Weakland y Segal. Dicha presentación fue utilizada para la clase teórica de Terapias Breves y se considera de utilidad para el programa de formación de los terapeutas por las observaciones realizadas por la docente y los compañeros de la residencia.

La presentación describe dos aspectos básicos y elementales para el proceso terapéutico: la postura del paciente y la planificación del caso.

Respecto a la postura del paciente, se formulan las preguntas que el terapeuta deberá realizarse a sí mismo para evaluar tal postura, la tarea que deberá realizar el terapeuta para influir sobre el cliente para que afronte de modo distinto su problema, se mencionan los tipos de postura, los tipos de problema y la actitud del cliente respecto a la problemática que presenta y como estos aspectos son de utilidad para el proceso terapéutico.

Respecto a la planificación del caso, se describe la utilidad, y posteriormente de manera interactiva se muestra mediante un esquema que despliega cuadros de texto las fases de planificación del caso, sus características y algunas sugerencias de preguntas a realizar.

NOTA: Tanto las cartas de las familias como el CD, se encuentran en su primera versión en el resguardo de la Coordinación de la Residencia en Terapia Familiar.

4.6.3 Intervención Comunitaria: “Taller: Los hijos no se divorcian”

Como parte de las actividades de la asignatura de Intervención Comunitaria, que se encuentra dentro del Programa de Residencia de la Maestría en Terapia Familiar se planeó, diseñó, organizó, impartió y evaluó el taller titulado: “**Los hijos no se divorcian**”.

Este taller se llevó a cabo los días 16,19, 23 y 29 de mayo de 2007, con una duración total de **12 horas**, estuvo dirigido a madres y padres de familia en situación de separación y/o divorcio con hijos en la edad adolescente. La sede fue la Escuela Secundaria Técnica No. 40, de la Secretaría de Educación Pública (SEP). Fue impartido en equipo con mi compañera de la residencia, Lic. Linda Olimpia López Aragón.

El **objetivo** del taller fue: Proporcionar información y herramientas alternativas para afrontar los conflictos generados por el proceso de separación y/o divorcio a fin de promover una paternidad eficiente.

Los **temas** que se desarrollaron fueron los siguientes:

- El proceso de separación y/o divorcio y el efecto en padres e hijos.
- Estructura familiar antes y después de la separación y/o divorcio.
- Los padres después de la separación y/o divorcio.
- Los hijos después de la separación y/o divorcio.

Las **estrategias** desarrolladas en el taller fueron expositivas y vivenciales: la realización de una máscara que representara su situación actual, la realización de escenificaciones que fueron útiles para sensibilizar a los participantes sobre la triangulación y coalición dentro de la familia, se debatieron temas importantes como los límites, la autoestima y los derechos de los hijos de padres que se divorcian, se realizaron lecturas y ejercicios de reflexión de forma escrita, se expusieron temas importantes como la estructura familiar, los múltiples divorcios que están asociados cuando hay un rompimiento en la parejas, se realizaron varias plenarias grupales en las que se discutían temas como el proyecto de vida y la decisión del divorcio o continuar en pareja, se dejaron tareas escritas para casa y también se realizaron actividades con movimiento corporal estimulado por la música.

Justificación

El divorcio es un acontecimiento crucial y decisivo para mujeres, hombres, hijas e hijos. Las personas consideran la posibilidad de un divorcio por muchas razones: porque la relación de pareja se ha tornado angustiosa, humillante e intolerable, por problemas económicos, etc. Pero, cualquiera que sean las razones para poner fin al matrimonio cada uno pretende mejorar su calidad de vida y la de sus hijos, esperan tener una relación mejor, un compañero más comprensivo, o esperan vivir solos y tratar de llevar una existencia más tranquila, sin intromisiones y sufrimientos.

Como se pudo observar en la primera parte de este trabajo (pág 28) los casos atendidos durante la residencia el 17 % presentaron separaciones o divorcio y el 31% problemas de pareja, es por ello que surge la inquietud de diseñar este taller, como un método de intervención comunitaria enfocada a la atención y prevención.

Para Wallerstein y Blakeslee (1990) el divorcio no es solo la disolución de la pareja, puede ser que muchas personas creen que el divorcio aliviará todas sus tensiones; pero no es así, la reconstrucción puede empezar con la sensación de soledad, de no haber sido amado ni capaz de inspirar amor, se puede sentir odio, celos sexuales reforzados por una sensación de traición; el alivio puede estar acompañado de la culpa; el rechazo puede provocar una aguda depresión. Si consideramos que el divorcio es la parte opuesta al enamoramiento es muy probable que se genere ira, rabia y resentimientos al sentirse explotado y humillado; la furia permite a la persona negar toda responsabilidad por el fracaso del matrimonio además que ayuda a defenderse de la depresión y de la sensación de no ser amados o abandonados.

Mientras los padres deciden e inician el proceso de divorcio, los hijos sienten que su estructura se derrumba; la primera reacción del hijo o hija ante el divorcio es el temor y experimentan una sensación de pérdida y tristeza; pueden extrañar al progenitor que se ha marchado y le preocupa la posibilidad de que él o ella no regresen nunca. Los conflictos de lealtad son frecuentes; los hijos e hijas piensan que deben tomar partido, algunos se sienten culpables y otros consideran que es su deber tratar de recomponer el matrimonio. Johnson (1992) menciona que los hijos son a menudo el elemento olvidado del divorcio; mientras que para los adultos, un

matrimonio puede ser un evento relativamente reciente en su vida, para los hijos, el núcleo familiar es la totalidad de su universo conocido. En su mundo contiene sus primeros recuerdos y sus primeras evocaciones; cuando hay separación o divorcio se desmoronan los cimientos de la vida del hijo. Las reacciones más comunes en los hijos a partir del divorcio son tristeza, sentimientos de abandono y aislamiento, confusión y desorientación.

Para la pareja, según Nicolas (2002), el proceso de adaptación del divorcio se compone de cuatro etapas: antes del divorcio, decisión, separación y perspectiva a futuro. Cuando ocurre la separación la pareja se enfrenta a las responsabilidades que van a tener que asumir sin el apoyo mutuo y el compromiso de la formación de los hijos sin el otro. Sandoval (1990) menciona que la separación de dos seres que inicialmente se han amado o han vivido la ilusión de un amor creyendo encontrar en el otro el objeto infantil tan necesitado, es peor que la muerte física del compañero, porque existe lo inevitable: la seguridad del no retorno; el sobreviviente puede experimentar dolor, culpa o desesperación, pero nunca el tormento de la esperanza que siempre está presente en los actores del divorcio o separación. Puede haber alivio cuando la situación ha sido intolerable, pero entonces aparece el temor al regreso y a la repetición del sufrimiento. En la separación predomina el sentimiento de soledad y se vive con una sensación de fracaso como un amor malogrado. Sin embargo cuando los padres establecen acuerdos las familias enteras tienen mayor bienestar, pues la situación es menos angustiante y hasta cierto punto más predecible.

Participantes

Respecto a los **participantes**, se contó con la presencia de 9 madres de familia y 1 padre de familia. De las personas atendidas que se inscribieron al taller 2 mantenían su relación conyugal, mientras que el resto estaban en una situación de separación o en proceso de divorcio; el grupo fue heterogéneo: en cuanto al proceso del duelo, algunos estaban pasando por la etapa crítica de la separación, otras con un periodo de tiempo que iba de 2 a 8 meses, hasta las que tenían de 2, 4 y hasta 7 años de separación. Una persona estaba en situación legal, apelando por la patria potestad de los hijos, todas las mujeres tenían bajo su cargo a sus hijos. La homogeneidad del grupo fue a partir de las experiencias de vida similares. La edad

de los participantes oscilaba entre los 27 y 40 años, con hijos en la edad adolescente.

Resultados

Las madres que participaron en el taller expresaron sus dudas con respecto a cómo lidiar con sus hijos ante la pérdida del padre, pues algunas fueron abandonadas por sus compañeros, quienes no han visto a sus hijos. Dentro de la problemática captada a partir de las experiencias de vida de las participantes fueron notorios los casos de infidelidad como motivo de separación, la violencia física y el alcoholismo.

Los participantes evaluaron el taller como bueno, en términos generales porque les ayudó a darse cuenta de cómo sus hijos podían sentirse cuando eran triangulados o invitados a una coalición, algunos identificaron a partir de las experiencias de los participantes que había sido coligados a favor de uno de sus padres, algunos hablaron de su experiencia entre abogados y juzgados de lo familiar como hijos, otros expresaron su sentir cuando uno de sus padres hablaba mal del ausente.

La incorporación del modelo estructural dentro de la parte teórica del taller fue un marco de referencia claro y preciso para los participantes y para las instructoras fue una experiencia importante en la que se pudo vincular la teoría sistémica con la práctica a nivel comunitario.

4.6.4 Asistencia a foros académicos

Reporte de la presentación de trabajos realizados en foros académicos

Dentro de la formación en la residencia participé en los siguientes escenarios.

Como ponente:

- **X Congreso Nacional, 1er Iberoamericano. “Ciencia, Arte y Espiritualidad”.** Participación como asistente y **ponente** con la **presentación “Paternidad y relaciones interpersonales: un estudio de caso supervisado desde el Modelo Estratégico”.** Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. Noviembre 2006.

Se presenta un caso clínico abordado en co terapia desde el enfoque de Terapia Estratégica, por dos terapeutas familiares en formación (Linda López y Liliana Moreno) bajo supervisión en la Clínica de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, de la Universidad Nacional Autónoma de México y supervisado por la Mtra. María Elena Rivera Heredia.

Se trata de un joven de 31 años que solicita el servicio por dificultades que tiene con su pareja, aunque esa es su demanda principal desde las primeras sesiones del tratamiento menciona el temor de repetir los comportamientos y actitudes de su padre quién falleció hace tres años. Él quiere “cerrar el ciclo”, con respecto a la relación que tuvo con su padre porque considera que esto no le ha permitido establecer buenas relaciones interpersonales.

En el trabajo presentado se describe de manera general el motivo de consulta, los antecedentes familiares y genograma. Se plantea objetivo general de tratamiento, y los objetivos de las sesiones como tácticas para el logro de la estrategia general. Se presentan fragmentos de algunas sesiones para ejemplificar la técnica.

Posteriormente se hace un análisis sobre la teoría de la paternidad y la importancia de la relación padre-hijo en relación al caso. Finalmente a manera de discusión se presenta la importancia del trabajo en coterapia, la importancia de la supervisión y del equipo detrás de cámara así como los alcances y limitaciones del enfoque.

- **1er Foro de “Acoso, Violencia y Abuso contra menores”** de las escuelas secundarias técnicas. Participación como **ponente** en la conferencia magistral: **“La Violencia en la escuela: Análisis desde el modelo ecológico”**. Administración Federal de Servicios Educativos en el Distrito Federal. SEP. DGEST. Noviembre 2006.

El **objetivo** de este foro fue analizar las diferentes formas de acoso y violencia que se dan en el entorno escolar, sus causas y consecuencias para que los colectivos construyan metodologías adecuadas para la prevención y mediación desde la perspectiva psico-pedagógica.

Estuvo **dirigido** a responsables de Servicios Educativos Complementarios y profesores de Formación Cívica y Ética de las Escuelas Secundarias Técnicas del Área 4 Sur de Operación y Gestión. Con **Sede** en el Auditorio de la Escuela Secundaria Técnica No. 84 ubicada en Calzada de las Bombas y Yajalón s/n Colonia Culhuacán CTM. Delegación Coyoacán.

Dicho foro se realizó con motivo del día internacional de la No violencia contra las mujeres, que se celebra el día 25 de Noviembre, en el que diversas instituciones promueven acciones y crean espacios de reflexión sobre un fenómeno social que afecta a amplios sectores de nuestra población sin exclusión de edades, género, apariencias físicas e identidades étnicas, condiciones socioeconómicas entre otras.

Este primer foro pretendió construir un espacio de reflexión institucional, que buscara atenuar las manifestaciones de agresión, acoso y violencia, así como estimular la convivencia equitativa en un contexto armónico que favorece el desarrollo formativo en las escuelas.

Metodología

El Foro se desarrolló los días martes 28, miércoles 29 y jueves 30 de Noviembre, con horario de 8 a 14 horas con media hora de receso.

Durante el primer día se abordaron las temáticas relacionadas con la violencia en la escuela. Las conferencias magistrales estuvieron a cargo de especialistas de la Universidad Pedagógica Nacional y de la Universidad Nacional Autónoma de México . Se anexa el programa (Anexo 6)

Mi participación consistió en la presentación de la conferencia magistral titulada: **“La violencia en la escuela: análisis desde el modelo ecológico”**.

La presentación abordó los siguientes puntos:

- ¿Qué es la violencia y cómo se genera?
- Explicaciones de la violencia desde el modelo médico, el modelo psicológico y el modelo ecológico.
- Modelo Ecológico para analizar la violencia en la escuela (microsistema, exosistema y microsistema)
- Dimensiones cognitiva, psicodinámica, conductual e interaccional de la violencia en la escuela.
- Acciones e Intervenciones

Solo como asistente

- Taller. **“Nuevas Reflexiones acerca de la Terapia Familiar”** Impartido por el Dr. Salvador Minuchin. Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia, A.C. Mayo 2006.

En este taller el Dr. Salvador Minuchin presenta su experiencia en la creación y evolución del enfoque estructural de terapia familiar, escuchamos en sus propias palabras algunas de las premisas del enfoque que ya habíamos estudiado en la residencia, por ejemplo menciona:

- “El hombre es parte de su medio, en una recíproca interacción”
- “La familia es una unidad social que se desarrolla”
- “Las familias poseen raíces universales, los problemas básicos se dan en la mayoría de las familias y tienen que ver con el ciclo vital”
- “ El terapeuta es un conversador y estudia la conversación”
- “La terapia estructural es una terapia en acción, consiste en modificar el presente. El pasado se manifiesta en el presente”
- “La familia es más que la suma de sus miembros”

Posteriormente hace intervención clínica en 2 casos en vivo (uno por día), de los cuales previamente observamos una sesión videograbada y menciona que sus intervenciones están basadas en un modelo que él utiliza en cada sesión y que consiste en 4 pasos:

- 1.-Los primeros 20 minutos se trabaja con el paciente identificado, escuchándolo y propiciando que la familia lo escuche también.
- 2.-Posteriormente les pregunta al resto de los miembros si tienen síntomas similares, averiguando de qué forma la familia mantiene la situación del paciente identificado y devolviendo la responsabilidad del síntoma a la familia en conjunto.
- 3.-Se integra a todos: ¿De dónde surge el comportamiento de esta familia?, ¿desde cuando son así? y ¿qué función tiene el síntoma del paciente identificado?.
4. Finalmente les dice: “quiero verlos cambiar” y se trabaja sobre lo que puede hacer la familia para lograr un equilibrio distinto, más saludable y placentero.

Por otro lado menciona los siguientes “axiomas” dentro de la terapia estructural:

- Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y en los procesos psíquicos de los miembros de ese sistema.
- Cuando un terapeuta trabaja con el paciente o con la familia su conducta se incluye en ese contexto.
- El terapeuta y la familia forman en conjunto un nuevo sistema terapéutico.
- El terapeuta se asocia con la familia, con el objetivo de cambiar la organización, de manera que la experiencia de sus miembros se modifique.
- Al modificar a las familias, se ofrece a sus miembros nuevas circunstancias y nuevas perspectivas frente a sus circunstancias.
- Ayudando a las personas a comprender sus conexiones, les damos poder para asumir la responsabilidad por medio de sus propias decisiones y de su cambio.

Finalmente y después de atender a las familias menciona que lo que él hace es crear un drama en el escenario de la sesión en el que pide a los miembros actúen el conflicto y utilizando el espacio para expresar la proximidad y la distancia, relata anécdotas propias o las que ha oído a lo largo de su experiencia terapéutica, hace reflexionar a la familia sobre cómo hacer de un mapa un territorio por el que se pueda caminar y utiliza el movimiento. Asumiendo que las familias saben que

tienen que hacer cambios, pero no sabe cómo hacerlos y que la terapia familiar es solo un “empujón” en cierta dirección, no exactamente un cambio, ya que las familias cambian solo cuando aprenden: la terapia se lleva en el consultorio, pero los cambios en el hogar.

Las familias que se presentaron tenían como pacientes identificados a los hijos y Minuchin menciona estos dos “teoremas” que pueden ser útiles para otras intervenciones.

“SI UN PREESCOLAR ES MAS ALTO QUE CUALQUIERA DE SUS PADRES ES
QUE ESTA SOBRE SUS HOMBROS”

“UNA DE LAS RAZONES POR LO QUE SER PADRES SIGUE SIENDO UN
DEPORTE DE AFICIONADOS ES QUE EN CUANTO UNO APRENDE, LOS
HIJOS CRECEN UN POCO Y PLANTEAN TODO UN NUEVO CONJUNTO DE
PROBLEMAS”

La experiencia de ver a Salvador Minuchin en vivo, fue invaluable y dejó muchas aportaciones para mi proceso de formación, entendiendo de mejor manera el enfoque estructural y adquiriendo herramientas prácticas para llevarlo a cabo.

4.7 Habilidades de compromiso y ética profesional

Cuando una persona acude a consulta, lo hace en el entendimiento que quiere o necesita cambiar algo en su vida, su demanda es una simple petición de ayuda, que exige respuestas de parte de nosotros como terapeutas. Ya con una formación profesional rigurosa teórico y metodológica previa, debemos estar conscientes de ello, pero además debemos de contar con un proceso personal: de **experiencia de vida** y de experiencia como persona que ya ha sido atendida por otro terapeuta. En este sentido, la formación terapéutica requiere, una experiencia de vida personal y una **experiencia de terapia**.

En el encuentro terapéutico se van produciendo vivencias, que pueden permitir al terapeuta ir entrando en la vida de quien consulta, en el proceso se va construyendo una **relación de confianza** entre la persona atendida y el terapeuta, esta relación no se establece con el simple hecho de “escuchar”, pues el terapeuta no es solo lo que dice, sino también lo que hace y lo congruente de su comportamiento.

Una de las acciones que implican congruencia por parte del terapeuta es la **confidencialidad**, como se menciona en el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997), el terapeuta deberá mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de ellos.

Otro aspecto que implica congruencia del terapeuta, es el relacionado al contexto terapéutico en el que siempre existe un **diferencial de poder**, no importa cuán comprometidos a desanimados estemos, no importa cuán decididos estemos a establecer este contexto como igualitario. El reconocimiento de este hecho hace que los terapeutas tomemos conciencia de que nos corresponde encontrar maneras de asegurarnos de que este diferencial de poder no tenga efectos desfavorables en las vidas de las personas que nos consultan, pues todos tenemos experiencias de la cultura masculina dominante y sabemos que muchos aspectos de esta experiencia son profundamente negativos (White, 1995).

En el contexto de la terapia hay una relación de poder que no puede ser suprimida, independientemente del **nivel de compromiso** que podamos tener con las prácticas igualitarias. Podemos arribar a un punto en el que podemos interactuar con las personas que buscan nuestra ayuda de una manera que está totalmente fuera de toda relación de poder, entonces se transita terreno peligroso. Esa creencia nos permite **eludir las responsabilidades éticas y morales** que nosotros tenemos hacia esas personas que buscan nuestra ayuda pero que ellas no tienen hacia nosotros. Por eso White (1995) menciona que es fundamental que haya cierto reconocimiento de la diferencia de poder. Al hacer más igualitario el contexto de la terapia; es probable que perseveremos en nuestra tentativa de construir diversas formas de **responsabilidad y transparencia** que estén siempre presentes en el proceso mismo de la terapia.

Por otro lado los terapeutas familiares debemos tener presente la **cultura** que ha intervenido en la construcción de nuestra persona, y como este contexto cultural influye en nuestro quehacer profesional, en las personas y en las familias que atendemos. Es siempre deseable que el terapeuta este al día en **cultura general** para adaptarnos a las exigencias del mundo en que vivimos y de las personas que nos consultan. Y como lo dice el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997) en su apartado de capacidad e integridad profesional, los terapeutas deberán mantenerse **actualizados** en las investigaciones, en el conocimiento y en la práctica de la terapia familiar a través de actividades de educación continua.

Además a lo largo del proceso de terapia, debemos **consultar continuamente a las personas** acerca de cuáles son los efectos que perciben de nuestro trabajo con ellas, acerca del modo en que la reinterpretación y la expresión de sus experiencias está afectando la forma de sus vidas y acerca de las que consideran las limitaciones y posibilidades asociadas con nuestras conversaciones (White, 1995).

Por ejemplo White (1995), asumía el compromiso ético de registrar información sólo en presencia de las personas que lo consultan, consideraba importante que todo lo que se ponía por escrito resultará transparente en el contexto de la interacción terapéutica, todo registro lo hace de manera textual, palabra por palabra, a menos de que se hubiese negociado explícitamente otros acuerdos.

White (1995) considera también que el **trabajo terapéutico es un proceso en doble vía**, por lo general se cree que los únicos receptores de la terapia son las personas que consultan a los terapeutas, y esta idea estructura una terapia que margina, que contribuye a construir a las personas que buscan nuestra ayuda como “otros” diferentes. Las interacciones terapéuticas moldean realmente el trabajo mismo y también moldean la vida en sentido positivo.

Otro aspecto fundamental es el **respeto**, como lo menciona Wittezaele y García (1994) en donde el respeto a las diferencias de las personas que consulta nos permite dejar que ellas mismas o las familias precisen lo que desean obtener de la relación terapéutica ya que el papel y la función del terapeuta no corresponde definir lo que hay que hacer o lo que no hay que hacer, pues no puede ser el juez del comportamiento de otros dentro de su misma sociedad.

La **responsabilidad** es un tema dominante en todo el transcurso de la terapia. Mientras más transparentes seamos acerca de nuestros propios propósitos, más útil será nuestro trabajo para quienes buscan terapia. Es importante considerar también la influencia de las emociones en el comportamiento humano y la importancia que estos tienen en el proceso, tanto por parte de los miembros de la familia como del propio terapeuta, es importante como lo menciona el Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1997) respetar el derecho de toma de decisión de las personas y ayudarlos a entender las consecuencias de tales decisiones. Por último se considera que la influencia del **sistema de valores** del terapeuta es lo mejor que el terapeuta puede llevar al interior de su proyecto terapéutico, sin imponerlo pero si poniéndolo al servicio de las familias. Ya que como menciona Limón (1997), ejercer la profesión de terapeuta se irá gradualmente trasminando hacia otras esferas de nuestra existencia y por lo tanto hacia nuestros proyectos y estilo vida, que en nuestro quehacer terapéutico indirectamente se verán reflejados.

V. CONSIDERACIONES FINALES

La conclusión de este trabajo significa la culminación de una meta importante, este documento académico no solo avala la obtención del grado, sino que es un testimonio de las habilidades y competencias profesionales adquiridas, así como un testimonio de la experiencia personal vivida durante un programa de excelencia, de posgrado en Psicología en la maravillosa Universidad Nacional Autónoma de México.

El reporte por si mismo incluye una muestra de las **habilidades y competencias adquiridas**, (en tanto estas pueden expresarse por escrito), mediante el marco teórico, los análisis teóricos metodológicos, los resúmenes de investigación, la presentación de casos y los reportes de actividades de enseñanza, de difusión y comunitarias.

Las aportaciones de este reporte son varias, aun a pesar de la exigencia de tener un formato unificado para su presentación, cada residente puede darle un toque especial y una esencia de acuerdo a sus habilidades y fortalezas.

En el caso de este reporte, lo que considero las **aportaciones más importantes** son: 1) la incorporación de la perspectiva de género dentro del análisis del campo psicosocial, 2) los casos presentados en forma no tradicional, incorporando textos teóricos entre líneas y reflexiones personales, 3) la investigación cualitativa acerca de la Enfermedad de Huntington, pionera en investigación social, ya que generalmente se encuentran investigaciones solo a nivel médico y genético y 4) el material didáctico "las cartas de las familias". El resto del reporte consiste en resúmenes, compilación y análisis con un estilo propio, pero que quizá sean similares a los que se podrán encontrar en los reportes presentados por los Terapeutas Familiares de esta residencia.

Entre líneas, durante todo el reporte se pudieron observar **reflexiones y análisis de la experiencia** vivida durante la residencia. Reflexiones en torno a la importancia de la conceptualización, viabilidad y especificidad de los modelos teóricos en terapia familiar, de las habilidades clínicas desarrolladas como el diagnóstico, la evaluación y el tratamiento en los casos presentados, de las habilidades de

investigación, de la enseñanza e intervención comunitaria desarrolladas durante los dos años de formación y de las habilidades de ética y compromiso profesional.

Como **aportaciones adicionales** puedo comentar que el cambio más importante fue lograr un cambio de percepción, pasar de las viejas ideas a las nuevas, del pensamiento lineal al circular. Y no lo escribo solo porque lo leí en la “Teoría General de los Sistemas” de Bertalanffy y porque es el tema central de las reflexiones durante todo el reporte, sino por que en verdad viví un cambio radical, aunque paulatino, al observar el mundo que me rodea, porque no solo cambio mi percepción de lo que acontecía dentro de la terapia, sino también en mi vida cotidiana.

Además de las aportaciones técnicas y teóricas adquiridas para mi práctica terapéutica, la parte más relevante para mí, fue el **crecimiento personal**, lo que me conduce a ser una mejor terapeuta. Recuerdo con mucha claridad dos momentos interesantes durante la residencia que favorecieron en mí el cambio: 1) el trabajo de familia de origen en mi persona, conducido por el Dr. Raymundo Macías y 2) el trabajo de la novela familiar, conducido por el Dr. Jaime Winkler, trabajos que compartí con mis compañeros de la residencia, quienes fueron y fui testigo de nuestras historias y vivencias que en ese momento se entrelazaron y que finalmente concluyeron en el crecimiento mutuo.

Finalmente quisiera concluir haciendo un par de **reflexiones adicionales** respecto al papel de las mujeres terapeutas y la investigación en psicoterapia, que surgen a partir de la experiencia vivida, de mis propias percepciones y necesidades.

- 1) La carrera de psicológica en las Universidades durante los últimos años se ha visto demandada principalmente por mujeres, la residencia en Terapia Familiar también, de los 10 residentes, 8 éramos mujeres. Cuestión que podía ser estadísticamente probable por la cantidad de mujeres que vivimos en el país, que contábamos con una Licenciatura en Psicología y que concursamos para ingresar a este programa. Sin embargo me cuestiono una vez más: ¿Por qué los hombres son minoría en el trabajo con familias?, ¿Somos las mujeres quienes en su mayoría “seguimos” a las familias y nos hacemos cargo de ellas?

Por un lado resulta gratificante pensar que las mujeres “vamos ganando terreno” en espacios que eran privilegiados para los hombres, e incluso me he puesto a pensar que en una generación anterior dentro de mi familia, jamás se pensaba que una mujer fuera a obtener un grado de posgrado, que fuera terapeuta y se pudiera perfilar como una mujer exitosa académicamente; pero por otro lado me parece un riesgo que seamos más terapeutas mujeres que hombres, ¿Por qué?, pues por que el hombre quien históricamente ha tenido mayor poder dentro de la cultura patriarcal en la que vivimos, (y aun lo sigue teniendo), se está alejando de la práctica terapéutica con familias, lo que quiere decir que esta eligiendo otros caminos distintos a los de la familia. ¿Pero cuáles son estos caminos?.

En los casos presentados la mayoría de las consultantes: mujeres, jóvenes y niñas; los hombres consultaban en un menor porcentaje y en la práctica privada sucede lo mismo. ¿Se convierte esto entonces en una terapia de mujeres y para mujeres?, ¡que bueno! en el sentido de la solidaridad y el apoyo entre mujeres, pero si pensamos en una noción de equidad, nos quedamos cortas, pues evidentemente falta la voz de los hombres. Desde mi experiencia, me parece que durante la formación como terapeutas, la incorporación de la voz de los 2 compañeros varones, hizo la diferencia en los procesos terapéuticos de las familias que consultaban. Así que dejo esta reflexión para los varones psicólogos que lean estas líneas y estén interesados en formarse como terapeutas familiares.

- 2) Por otro lado he reflexionado también sobre la importancia de la **investigación en psicoterapia**, es un área fascinante que invita a ser “devorada”, pero tiene algunas implicaciones: es costosa y los tiempos no son suficientes para subsistir económicamente y dedicar tiempo al arte de investigar. ¿Quién puede hacer investigación, hoy en día?, solo alguien que este becado o que tenga recursos suficientes, o aspectos resueltos en su vida que le permitan dedicarse a tan maravillosa empresa. Al concluir el proceso de formación muchas ideas se han quedado en el tintero, muchos documentos valiosos aun esperan para ser revisados, el tiempo y los recursos no son suficientes para concluirlos, no en esta etapa de la vida y no con esta crisis económica y social que atraviesa el país.

VI. REFERENCIAS

- ABC de género en la administración pública* (2007). Inmujeres y PNUD (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo). Segunda Edición.
- Ackerman, N. (1974). *Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Alonso-Vilatela, M. Ochoa, A. Ruiz-López, I. (1998). *Enfermedad de Huntington*. Archivos de Neurociencias Vol3, No. 1: 38-46
- Andersen, T. (1987). *The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work*. Family Process 20. 415-428.
- Anderson (2005). *A Postmodern collaborative approach to therapy: broadening the possibilities of clients and therapist*. Recuperado el 23 de Marzo de 2009 de <http://www.harleneanderson.org/writings/postmoderncollaborativeapproach.htm>
- Anderson, H. (1997) "*Conversaciones, Lenguaje y posibilidades*": un enfoque posmoderno en la terapia. Buenos Aires: Amorrrotu
- Anderson, Harlene y Goolishian, Harold A. (1988). *Human system as linguistics systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory*. Family Process, 27, 371-393.
- Anderson, Harold y Goolishian, Harlene. A. (1996). *El experto es el cliente*. En Sheila McNamee y Kenneth J. Gergen (Eds.). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós, 2002.
- Andolfi, M. (1994). *Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Arango, L., Fernández, S., Ardila, A. (2003) *Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento*. México: Manual Moderno.
- Bateson, G. y Ruesch, J. (1984). *Comunicación, la matiz social de la Psiquiatría*. Barcelona: Paidós.
- Bateson, G., Jackson, D., Haley, J., Weakland, J. (1956). *Hacia una teoría de la esquizofrenia*. En *Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre la teoría y técnica*. Buenos Aires

- Beavers, W., y Hampson, R. (1995). *Familias exitosas, Evaluación, tratamiento e intervención*. Barcelona: Paidós
- Becvar, D.S. and Becvar, R. J. (1996). *Family Therapy. A Systemic Integration*. Boston: Allyn and Bacon
- Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1968.
- Beyecach, M. y Rodríguez, A. (2000). *Algunas ideas sobre la integración en la terapia centrada en soluciones*. *Sistemas Familiares*, 2 67-81.
- Bruner J. (1991) *Actos de significado*. Madrid: Alianza Editorial 1991
- Carmona, F., Aldana, E., Carreño, J., Díaz, E., González, G., Martínez, S., Rodríguez, M., Sánchez, C. (2002) *Psicología de la Reproducción Humana*. Instituto Nacional de Perinatología. México: Trillas
- Castañeda, M. (2005). *Análisis del marco actual de la violencia familiar en el Distrito Federal*. En Jiménez, M. (2005). *Caras de la violencia Familiar*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México y Dirección General de Equidad y Desarrollo.
- Chant, Sylvia. (1988). *Mitos y realidades de la formación de las familias encabezadas por mujeres: el caso de Querétaro, México*. En Gabayet, Luisa. (1998). *Mujeres y sociedad: salario, hogar y acción social en el occidente de México*. Colegio de Jalisco, CIESAS: México.
- Chedekel, D. y O'Connell (2002). *Familias de hoy. Modelos no tradicionales*. Madrid: Mc Graw Hill
- Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (2007). Extraído el 25 de marzo de 2009 de http://amtf.com.mx/index.php?page=C_digo_tico
- Cuadernillo "Programa de Posgrado en Psicología, Maestría". UNAM Posgrado. Documento de circulación interna.
- Cucchiari En Lamas M. (1996) *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género. U.N.A.M
- De Shazer, S., Berg, I.K., Lipchik, E., Nunnally, E., Molnar A., Gingerich, W. y Weiner-Davis, M. (1986). *Brief therapy: focused solution development*. *Family Process*, 25, 207-221.

- Díaz, J. (2003). *Prevención de los conflictos de pareja*. España: Desclée de Brouwer.
- Donati, P. (1998). *Manuale de sociologia della familia*. Pamplona: Enusa. Extraído el 19 de octubre de 2009 de <http://www.philosophybooks.info/Revista/Archivos/Numero%202/DonatiManuale.html>
- Eguiluz L. (2004). *Terapia Familiar, Su uso hoy en día*. México: Pax.
- Elu, M. y Leñero, L. (1992). *De carne y hueso. Estudios sociales sobre género y reproducción*. México, Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A.C.
- Facing Huntington's Disease. *A Handbook for Families and Friends*. Asociation or Irleand 2005
- Feixas, G. (1998) *Los constructos personales en la práctica sistémica*. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (comps). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, V. (1998) (segunda reimpresión de la segunda edición). *Psicoterapia estratégica, procedimientos*. Puebla, México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla: Editorial Ducere.
- Fisch, R., Weakland, J. Segal, L. (2003) *La táctica del cambio*. Como abreviar la terapia. 4ta edición España: Herder. 1982.
- Fischman, H y Rosman, B. (1998) *El cambio familiar: desarrollo de modelos*. Barcelona: Gedisa
- Fishbein, M y Azjen, I. (1975) *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Massachusetts: Reading Mass: Addison – Wesley.
- Fromm, E., Horkheimer, T. Parsons, T. (1986). *La Familia*. Barcelona: Península.
- Furman, B. y Ahola, t. (1996). *Conversaciones para encontrar soluciones*. USA: Sistemas Familiares.
- Gaceta Oficial del Distrito Federal (2008). *Decreto por el que se reforma y deroga el código civil para el Distrito Federal y se reforma, deroga y adiciona el código de procedimientos*

civiles para el Distrito Federal. 03 de Octubre de 2008. Décimo Séptima Época. No. 434.

García, C.(1994) “Consejo Genético en la enfermedad de Huntington. Un enfoque psicológico”. Revista Mexicana de Psicología, Numero monográfico especial. Instituto Nacional de Neurología, México.

García, E. Musitu, G. (2000). *Psicología Social de la Familia*. México: Paidós

García, J, Fernández, F. (1996). *Juego y Psicomotricidad*. Madrid: CEPE.

Gardner, J. (1981). *Encuestas Sociales*. México: Nueva Editorial Interamericana

Gergen KJ. y Gergen MM. (1996) *Narrative form and the construction of psychological science*. En: TR. Sarbin (Ed.). *Narrative psychology*. New York: Praeger

Gergen KJ.(1997) *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporaneo*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones*. Barcelona: Paidós.

Gergen, K., Warhus, L. (2003). *La terapia como una construcción social: dimensiones, deliberaciones y divergencias*. Revista Venezolana de Psicología Clínica Comunitaria. No 3. Extraído el 22 de Marzo de 2009 de <http://200.2.12.152/wwwisis/anexos/marc/texto/Psicologia%20Clinica3.pdf>

Gilbert, M y Shmukler, D. (2000) *Terapia breve con parejas. Un enfoque integrador*. México.: Manual Moderno.

Goldman, H. (1999). *Psiquiatría General*. México: Manual Moderno.

Gonçalves M. (2002) *Psicoterapia cognitiva narrativa. Manual de terapia breve*. Bilbao: Editorial Declée de Brouwer

Gross, R. (1998). *Psicología. La ciencia de la mente y la conducta*. México: Manual Moderno.

Guidano VF. (2001) *El modelo cognitivo postracionalista*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.

Guilhot, M. y Letuvé, A. (1980). *Terapia Sexual de Grupo*: Pax

- Haley J. (1988) *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989) *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz
- Hess, U. y Kirouac, G. (2000). *Emotion expression in groups*. En M. Lewis y J. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions*, 368- 381. Nueva York: Guilford Press.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Imber- Black, E. (1999). *La vida secreta de las familias*. Barcelona: Gedisa.
- Incháustegui, T. (2008). *Exposición en el Foro: "En una sociedad democrática, las familias somos diversas"*. Inmujeres-DF y Coalición las familias somos.
- INEGI (1999) *Las Familias Mexicanas*. México: INEGI
- INEGI (2000). *XII Censo General de Población y Vivienda*. Extraído el 20 de Junio de 2007 de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/microdatos/cgpv/00/doc/ayuda_muestra_censal_2000.pdf
- INEGI (2004). *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Relaciones en los hogares 2003*. México: INEGI
- INEGI e INMUJERES (2007). *Mujeres y hombres en México 2007*. Edición: INEGI: INMUJERES
- Irigoyen, A. (2004). *Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar*. Segunda Edición. México: Editorial Medicina Familiar Mexicana.
- Jiménez, G. (1996) *¿Y la familia?*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Jonson, L. (1999) *El divorcio y los hijos. Lo que usted necesita saber para ayudarles a sobrevivir el divorcio*. España.: Norma.
- Kaplan, S. (1982). *Trastornos del deseo sexual*. México: Grijalbo.

- Kathleen. S (1997). *Reunión General de la delegación de Illinois de la Sociedad Americana de la Enfermedad de Huntington (HDSA)*.
- Lamas M. (1996) *El género la construcción cultural de la diferencia sexual*. Programa Universitario de Estudios de Género. U.N.A.M
- Lazarus, R y Lazarus, B. (1994). *Pasión y razón*. Barcelona: Paidós.
- Lazarus, R. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford.
- Leñero (1997). *Sociocultura y población en México*. México: Edicol.
- Leñero, L. (1968). *Investigación de la Familia en México*. México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales, A. C.
- Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre del Violencia (2008). Inmujeres Distrito Federal.
- Ley de Sociedad en Convivencia (2006). Asamblea Legislativa del Distrito Federal. Recuperado el 19 de Mayo de 2008 en <http://www.asambleadf.gob.mx/al/pdf/010803000081.pdf>
- Limón, G. (1997). *Psicoterapia y posmodernidad. Perspectivas y reflexiones. Redes, revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*. Barcelona. ETF. San Pau, Grupo Dicitia Paidós. Vol II No. 1 p.p. 56.69
- Madanes, C. (1982) *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. (1995). *Metateoría constructivista y la naturaleza de la representación mental*. En Mahoney, M. (comp.) *Psicoterapias Cognitivas y Constructivas*. Descleé de Brouwer. Bilbao, 1997.
- Martínez, C. Alonso, E. (1993). *Estudios neuropsicobiológicos y problemas éticos de la enfermedad de Huntington*. Archivos del Instituto Nacional de Neurología y neuropsiquiatría Volumen 8 No 3 Sep-Dic
- Martínez, J.A.J. (2007). *Diagnóstico Sistémico*. México: C.E.FA.P
- McGoldrick, M. Carter, E. (1986) *Ciclo Vital de la Familia*. México

- Minuchin, S. (1979) *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994) *Técnicas de terapia familiar*. México: Paidós Moderno
- Montero, I. y León, O. (2002). *Clasificación de las metodologías de investigación en Psicología*. Revista Internacional de Psicología Clínica y de Salud. Vol.2 No.3 p.p.503-508.
- Montoya, M. (2001). *La pareja humana, su psicología, sus conflictos y su tratamiento*. México: Plaza y Valdés.
- Morgan, L. (1980). *La sociedad primitiva*. Madrid: Ayuso.
- Nardone, G. y Salvini, A. (1999) *Lógica matemática y lógicas no ordinarias como guía para el problem solving estratégico*. Waltzlawick, P. Nardone, G.(1999) *Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Paidos Barcelona
- Navarro, J. (1992). *Técnicas y programas en terapia familiar*. Barcelona: Paidós
- Nicolás, L. (2002) *Los hijos y el divorcio: 50 formas de ayudarles a superarlo*. Madrid, España.: Mc Graw Hill
- Nigenda G, y Lander A. (1995) *Métodos cualitativos para la investigación en Salud Pública*. México, Instituto Nacional de salud pública.
- Nogueiras, B. (2004). *La violencia en la pareja. De la invisibilidad de la violencia contra las mujeres al reconocimiento como un problema social, político y sanitario*. En Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (Comp.) *La violencia contra las mujeres: prevención y detección*. Madrid: Díaz de Santos.
- Novy, C., Ward, S. Thomas, A., Bulmer, L. y Gauthier, M, (2005). *Introducing movement and prop as additional metaphors in narrative therapy*, Journal of Systemic Therapies, Vol. 24, No2, 2005, p.p. 60-74
- O'Hanlon, W, Cade, B. (1995). *Guía Breve de Terapia Breve*. Barcelona: Paidos.
- O'Hanlon, W., Weiner – Davis, M. (1993). *En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder

- Ochoa, A. García de la Cadena, C. Alonso, M. (1997); *Perfil socioeconómico y dinámica familiar del paciente con la enfermedad de Huntington*. Archivos de Neurociencias Vol2, No. 74
- Ochs E. y Capps L.(1996) *Narrating the self*. Annu. Rev.Anthropol. Extraído el 15 de Marzo de 2009 de <http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146%2Fannurev.anthro.25.1.19>
- Ortega, S., Ramírez, M. y Castelán. (2005) *Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México* (Versión electrónica), Revista Iberoamericana de Educación. 38, 147 – 169. Extraído el 25 de octubre de 2009 de <http://www.rieoei.org/rie38a08.htm>
- Palmero, F y Fernández, A. (1998). *Emociones y adaptación*. Barcelona: Ariel.
- Papp, P. (1988). *El proceso de cambio*. México: Paidós.
- Parrish, M., Greif, G., Cole, M. (2002). *Working with families following urban violence*. Family Theraphy, 29, 169-181
- Payne M. (2002) *Terapia narrativa: Una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidos
- Penn, P. (1982). *Circular Questioning*. Family Process 21, 267-280.
- Perrone, R. Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. México: Paidos. Plaza y Valdés
- Rage, E. (2004). *La Pareja. Elección, problemática y desarrollo*. México: Universidad Iberoamericana.
- Rice, F. (1997) *Desarrollo Humano*. México: Prentice Hall Hispamoamericana
- Rivto, E. y Glick, I. (2002). *Terapia de pareja y familiar*. México: Manual Moderno
- Rodriguez, G. *Conclusiones del Foro: "En una sociedad democrática, las familias somos diversas"*. Inmujeres-DF y Coalición las familias somos.
- Rolland, J. Williams, J. Toward (2005) *A Biopsychosocial Model for 21st-Century Genetics*

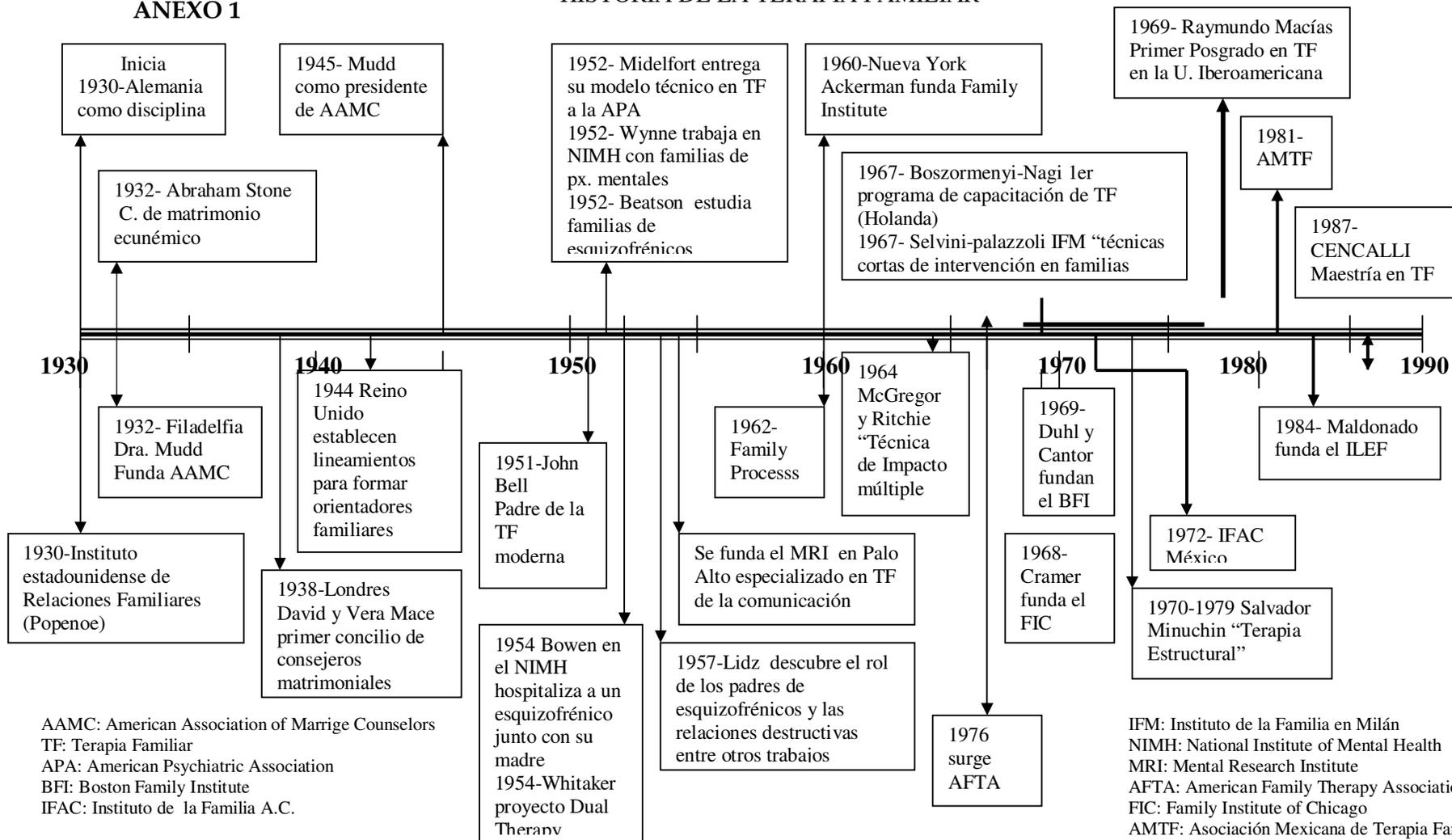
- Romero, C. (2003). *La familia desde una perspectiva sistémico – dinámica*. En Gervilla, E. Educación familiar. Nuevas relaciones humanas y humanizadoras. Madrid: Narcea, 2003.
- Salles, Vania. (1997). *Nuevas miradas sobre la familia*. En Torres, María Luisa. (compiladora). La voluntad de ser mujeres en los noventa. Colegio de México.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Sánchez, L. (2003). *Aspectos Históricos y enfoques de la Terapia Familiar*. Argentina.: Universidad del Valle. Facultad de Humanidades Santiago de Cali
- Sandoval (1990) *El divorcio proceso interminable*. México.: Villicaña.
- Santamaría, R. (1993). *Relaciones familiares e interpersonales y empatía en madres maltratadoras y no-maltratadoras*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. UNAM: México.
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, M., Chechin, G. y Prata, G. (1980). *Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session*. Family Process. 19, 3-12.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas Anoréxicas y bulímicas*. México: Paidós.
- Sorrentino, A.M. (1990). *Handicap y Rehabilitación. Una brújula sistémica en el universo relacional del niño con deficiencias físicas*. México: Paidós.
- Taylor, E. (1991) *El niño hiperactivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Velez, C. Jiménez, M. (2003). *Alteraciones genéticas y moleculares en las demencias*. En L. Arango, S. Fernández y A. Ardila (Eds.). Las demencias: Aspectos clínicos, neuropsicológicos y tratamiento (pp.45-59). México: Manual Moderno.
- Vigotsky, L.S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Buenos Aires: Grijalbo.

- Von Foerster, H. (1981). *La Cibernética de Segundo Orden* en Las semillas de la cibernética. Barcelona: Gedisa.
- Wainstein, M. (1999). *La influencia del constructivismo en la psicoterapia breve interaccional*.
- Wallerstein, J. y Blakeslee, S. (1990) *Padres e hijos después del divorcio*. Buenos Aires, México.: Jorge Vergara.
- Watzlawick, P. Nardone, G. (1990). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Heder
- Watzlawick, P. Nardone, G.(1999) *Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Heder, 1967.
- Watzlawick, P. (1999). *La construcción de "realidades" clínicas*. En Watzlawick, P. Nardone, G.(1999) *Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (1995). *Reescribir la vida, entrevistas y ensayos*. Gedisa: Barcelona
- White, M. y Epston D. (1990) (1993) *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Wilkinson, I. (1998). *Child and family assessment: clinical guidelines for practitioners*. Londres: Routledge.
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Wyne, L. (1988). *Algunas indicaciones y contradicciones de la terapia familiar exploratoria*. En Boszormenyi-Nagy, I. y Framo, J. *Terapia Familiar Intensiva: Aspectos teóricos y prácticos*. 1988.
- Zurro, A. y Cano, J.F. (2003). *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. España: Servier.

ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA DE LA TERAPIA FAMILIAR



AAMC: American Association of Marriage Counselors
 TF: Terapia Familiar
 APA: American Psychiatric Association
 BFI: Boston Family Institute
 IFAC: Instituto de la Familia A.C.

IFM: Instituto de la Familia en Milán
 NIMH: National Institute of Mental Health
 MRI: Mental Research Institute
 AFTA: American Family Therapy Association
 FIC: Family Institute of Chicago
 AMTF: Asociación Mexicana de Terapia Familiar
 ILEF: Instituto Latinoamericano de Estudios en la Familia

Referencia:
 Sánchez y Gutierrez, D. (2000) *Terapia Familiar, modelos y técnica*. México: Manual Moderno



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



ESCALA DE CLIMA EMOCIONAL

El siguiente cuestionario es parte de un proyecto de investigación enfocado a identificar la forma en que se expresan los sentimientos en la familia. No hay respuestas correctas o incorrectas, así que por favor, le pedimos conteste con honestidad, lo que más se apegue a la forma de ser de su familia, con la confianza de que toda la información que usted entregue será de carácter confidencial.

DATOS PERSONALES

Sexo: M F **Edad:** _____ **Ocupación:** _____

Estado Civil: Soltera(o) () Casada(o) () Divorciada(o) () Otro (especifique) _____

Escolaridad Primaria () Secundaria () Preparatoria () Universidad () Posgrado ()

No. de hijas(os): _____ **No. de personas que viven con usted:** _____

Religión: _____

INSTRUCCIONES:

Lea cuidadosamente cada una de las afirmaciones que se muestran a continuación y marque con una X, la opción que mejor represente la forma de pensar o actuar de su familia respecto a la expresión de los sentimientos. Considere como familia al grupo de personas con las que vive, actualmente. Si en su familia existen opiniones contradictorias, elija la opción que represente a la mayoría de sus miembros.

Ejemplo:

Decimos “te quiero” a los demás.

Contesta:

Nunca: Si jamás se dicen “te quiero” en tu familia.

Casi Nunca: Si en raras ocasiones se dicen “te quiero” en tu familia.

Algunas veces: Si se dicen “te quiero” con poca frecuencia en tu familia.

Casi Siempre: Si se dicen “te quiero” con moderada frecuencia en tu familia.

Siempre: Si decir “te quiero” es algo que ocurre con demasiada frecuencia en tu familia.

EN MI FAMILIA...		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi Siempre	Siempre
1	Nos aguantamos las ganas de llorar					
2	Decimos frases cariñosas					
3	Se cree que quienes expresan cariño son “empalagosos”					
4	Evitamos contar nuestras cosas personales para cuidarnos de los demás					
5	Expresamos nuestros temores					
6	Escuchamos al que está deprimido					
7	No se habla de temor al fracaso					
8	Se piensa que es inadecuado molestarse					
9	Hablamos con los demás cuando algo nos molesta					
10	No hablamos de lo que nos duele					
11	Nos saludamos de beso y abrazo					
12	No nos enojamos					
13	Tenemos actividades para divertirnos juntos					
14	Nos abrazamos sin motivo					
15	Evitamos cualquier conflicto o discusión					
16	No decimos nuestras opiniones por temor a los demás					
17	Evitamos molestarnos a costa de lo que sea					
18	Decimos “Te quiero” a los demás					
19	Se cree que el sexo es una expresión de amor					

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LAS RELACIONES INTRAFAMILIARES (E.R.I.) (Adaptación)

Ayúdanos a conocer cómo funcionan las familias en México, con base en la experiencia y opinión que tienes sobre tu propia familia.

La información que tú proporcionas será estrictamente confidencial. Recuerda que lo que importa es conocer TU punto de vista. Trata de ser lo más sincero y espontáneo posible.

Gracias por tu colaboración.

A continuación se presentan una serie de frases que se refieren a aspectos relacionados con TU FAMILIA. Indica cruzando con una X (equis) el número que mejor se adecua a la forma de actuar de tu familia, basándote en la siguiente escala:

TA = 5 = TOTALMENTE DE ACUERDO

A = 4 = DE ACUERDO

N = 3 = NEUTRAL (NI DE ACUERDO, NI EN DESACUERDO)

D = 2 = EN DESACUERDO

TD = 1 = TOTALMENTE EN DESACUERDO

		TA	A	N	D	TD
1	En mi familia hablamos con franqueza	5	4	3	2	1
2	Mis padres me animan a expresar abiertamente mis puntos de vista	5	4	3	2	1
3	En casa acostumbramos expresar nuestras ideas	5	4	3	2	1
4	En nuestra familia es importante para todos expresar nuestras opiniones	5	4	3	2	1
5	Mi familia me escucha	5	4	3	2	1
6	En mi familia expresamos abiertamente nuestro cariño	5	4	3	2	1
7	En mi familia, yo me siento libre de expresar mis opiniones	5	4	3	2	1
8	Los miembros de la familia nos sentimos libres de decir lo que traemos en mente	5	4	3	2	1
9	Cada miembro de la familia aporta algo en las decisiones familiares importantes	5	4	3	2	1
10	En nuestra familia a cada quien le es fácil expresar su opinión	5	4	3	2	1
11	Nosotros somos francos unos con otros	5	4	3	2	1
12	En mi familia acostumbramos discutir nuestros problemas	5	4	3	2	1
13	En mi familia, yo puedo expresar cualquier sentimiento que tenga	5	4	3	2	1
14	En mi familia expresamos abiertamente nuestras emociones	5	4	3	2	1
15	En mi familia nos decimos las cosas abiertamente	5	4	3	2	1
16	Nos contamos nuestros problemas unos a otros	5	4	3	2	1
17	En mi familia, yo siento que puedo hablar las cosas y solucionar los problemas	5	4	3	2	1
18	Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlos	5	4	3	2	1
19	En mi casa respetamos nuestras propias reglas de conducta	5	4	3	2	1
20	Si hay algún desacuerdo en la familia, tratamos de suavizar las cosas y mantener la paz	5	4	3	2	1
21	La disciplina es razonable y justa en nuestra familia	5	4	3	2	1
22	Todo funciona en nuestra familia	5	4	3	2	1

ANEXO 4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE MAESTRIA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR



ENFERMEDADES EN LA ADOLESCENCIA

El presente cuestionario tiene el propósito de evaluar en forma general, cuales son las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los adolescentes. Este cuestionario es anónimo, por lo que puedes contestarlo con toda libertad, los datos sólo serán utilizados con fines estadísticos. A continuación encontrarás algunas preguntas sobre si has padecido o no ciertas enfermedades o malestares en los últimos 2 años. Marca con una " X " la respuesta adecuada, de acuerdo a tu experiencia.

		SI	NO
1.	En los últimos 2 años, ¿has padecido problemas de acné, de tal manera que hayas tenido que acudir al dermatólogo o al menos tuviste la intención de hacerlo?		
2.	¿Aparecieron en tu piel ronchas en todo tu cuerpo o en alguna parte específica, sin razón aparente, desapareciendo más tarde?		
3.	¿Experimentaste la caída parcial o total del cabello? (de tal forma que se notara a simple vista)		
4.	¿Tuviste ronchas acompañadas de enrojecimiento de la piel e hinchazón (urticaria)?		
5.	¿Te diagnosticaron o tuviste herpes en alguna parte del cuerpo (infección en la piel y/o mucosas)?		
6.	¿Tienes Asma?		
7.	¿Eres alérgico o has padecido algún tipo de alergia?		
8.	¿Tienes o has tenido dificultades por tu forma de comer (comes en exceso, casi no comes, comes y luego vomitas)?		
9.	¿Padeces gastritis o colitis?		
10.	¿Tienes problemas de estreñimiento?		
11.	O por el contrario, ¿Obras cuatro o más veces al día?		

ANEXO 5





Pero además la investigación en la práctica clínica implica un esfuerzo extra, mucho de lo que innovamos, aprendemos y construimos los terapeutas con las personas y las familias, no lo escribimos y mucho menos hacemos investigación que valide la eficiencia de nuestros tratamientos. Quizá por tiempo, quizá por falta de una plataforma académica que nos apoye, quizá por falta de interés, pero no hemos logrado conciliar la parte académica y la parte clínica, las cuales seguramente traerían una serie de interesantes aportaciones.

En fin, mucho camino queda por recorrer en esta disciplina, la terapia familiar ofrece un abanico amplio de alternativas para el tratamiento en la diversidad de familias que existimos hoy en día. Por ello, dejo aquí este documento y dejo también a mi querida Universidad, esperando que sea una aportación más que permita enriquecer el proceso de evolución de la terapia familiar en México, y esperando volver pronto.

ANEXO 6

PROGRAMA

Martes 28 de Noviembre de 2006.

- 8:00 Recepción e inscripción de participantes.
- 8:30 **Instalación del presidium. Autoridades de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica, Titular del Área 4 Sur de Operación y Gestión, Director de la Escuela Secundaria Técnica No. 84, e invitados.**
- 9:00 **Discurso inaugural.**
- 9:30 Inauguración solemne (Autoridad de la Dirección General de Educación Secundaria Técnica).
- 10:00 Conferencia Magistral:
“VIOLENCIA VS DERECHOS HUMANOS; entre el sometimiento y la libertad”
Maestra. Lucila Parga Romero
Universidad Pedagógica Nacional
Preguntas y respuestas.
- 11:00 Receso
- 11:30 Conferencia Magistral:
“ACOSO ESCOLAR ENTRE ESTUDIANTES”
Lic. Linda Olimpia López Aragón
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México
Preguntas y respuestas.
- 13:00 Conferencia Magistral:
“LOS CONFLICTOS EN LA ESCUELA SECUNDARIA”
Maestra. Elvia Zúñiga Lázaro
Centro de Investigación sobre la Excelencia y Calidad Educativa
Preguntas y respuestas.

Miércoles 29 de Noviembre de 2006

- 9:00 Mesa redonda:
“VIOLENCIA Y ACOSO DESDE LA GESTIÓN ESCOLAR”
Directores de las Escuelas Secundarias Técnicas del Área 4 Sur
- 10:00 Conclusiones
- 11:00 Receso

11:30 Mesa Redonda.
“LA VIOLENCIA ESCOLAR DESDE LA SUPERVISIÓN EN LA ESCUELA SECUNDARIA”
Participantes:
Profra. María de los Angeles Román Bahena
Lic. Hilda Guadalupe López Esquivel
Lic. Sergio Fernández Hernández
Supervisores del Área 4 Sur de Operación y Gestión.
Preguntas y respuestas.

13:00 **Presentación de casos.**
Lic. Hortensia Chávez Reyna
Escuela Secundaria Técnica No. 18
Análisis y propuestas de mediación.
Cierre.

Jueves 30 de Noviembre de 2006

9:00 Conferencia Magistral
“EDUCACIÓN PARA LA PAZ: “EL JUEGO DEL OPTIMISMO”
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz
Universidad Nacional Autónoma de México
Preguntas y respuestas.

10:00 Conferencia Magistral
“LA VIOLENCIA EN LA ESCUELA: ANÁLISIS DESDE EL MODELO ECOLOGICO”
Lic. Liliana Moreno Lucero
Maestría en Terapia Familiar
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

11:00 Receso

11:30 Conferencia Magistral
“LA DISCRIMINACIÓN ES UNA FORMA DE VIOLENCIA”
Lic. Susana Araceli López Espinoza
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

13:00 Conferencia Magistral
Mtra. Carolina Diaz Walls
Catedrática del Posgrado en Terapia Familiar UNAM

13:00 Conclusiones
13:30 Cierre

14:00 Entrega de constancias y reconocimientos.