



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGIA PROFESIONAL**

**RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR
SISTÉMICA**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A :

YAZMÍN ALEJANDRA QUINTERO HERNÁNDEZ

DIRECTOR DEL REPORTE: MTRO. JORGE MOLINA AVILÉS

COMITÉ TUTORAL:

**MTRA. CARÓLINA DÍAZ WALLS
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKI
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
MTRA. MARIA ELENA RIVERA HEREDIA**

MÉXICO, D.F.

ENERO, 2007



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria:

No fue incidental llegar a la Terapia Familiar, sino la expresión consciente de mi reconocimiento sincero y total del valor e importancia de la familia.

La mía, representa la estructura que ha dado forma a mi vida y mis padres han sido la columna principal, la fuerza vital de mi mundo y el motor que me mueve día con día.

Lo que soy tiene que ver con ellos, se ha formado a través de sus valores y enseñanzas, se ha mantenido gracias a su amor y apoyo constantes, y de igual manera lo que he logrado es resultado de ambos.

Lo que hoy se ha construido es por ellos.

¡Nuevamente esto es gracias a ustedes y va por ustedes!

Agradecimientos:

Gracias papá por tu inigualable ejemplo de fortaleza, dedicación, fuerza de voluntad, energía, nobleza, e inteligencia insuperable. Gracias por tu apoyo, protección y cuidados, por preocuparte y estar conmigo siempre y por seguir siendo mi ejemplo a seguir.

Gracias mamá nuevamente por tu confianza, apoyo, escucha, por tus astutas reflexiones y valiosos consejos, gracias por ser mi terapeuta personal, por los valores que me has inculcado, y gracias por tu optimismo y percepción de la vida que de verdad he intentado aprender.

A los dos los admiro mucho y me siento muy orgullosa y afortunada de ser su hija.

Carlos gracias por ser tu mi hermano, por cuidarme y protegerme desde que éramos pequeños, por jugar conmigo y divertirme tanto, por enojarte cuando me enoja, entristecerte cuando me entristezco y alegrarte por mí. Gracias por defenderme, consentirme y ayudarme. Te adoro!

Bis aunque pocas veces coincidamos y casi siempre parezcamos de equipos contrarios, sabes que te quiero mucho y reconozco que tu tienes el carácter tranquilo que a mí me hace falta y que sin querer se ha convertido en una buena imagen que me ayuda a controlar el mío.

Mari, Estre, Vero, David, Jorge, Pancho, Roberto, Chris, Gaby, Brenda, Erick, Miros y Vladi, gracias por ser parte de mi familia, por darme su cariño y por ayudarme incondicionalmente siempre que lo he necesitado.

A mi familia terapéutica: Marino, Blanca, Ivette, Claudia, Alma, Joaquín y Erika, formamos un gran equipo, me divertí mucho, gracias por sus acertados comentarios y por coincidir conmigo en la maestría.

A mi Tutor y a todos los Profesores y Supervisores que ayudaron con su experiencia en mi formación y a la UNAM por permitirme el privilegio de seguir formando parte y continuar ahí mi desarrollo profesional con la educación de calidad que siempre me ha hecho sentir orgullosa a donde quiera que voy.

Gracias Dios por todo lo que me has dado y gracias también a mis Abuelitas que siguen siendo mis ángeles que me protegen y abren camino.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Análisis del campo psicosocial en el que incide el terapeuta familiar

- ° Origen y desarrollo de la familia
- ° Estructura de la familia actual mexicana
- ° Principales problemáticas que enfrentan las familias en México
- ° La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada
- ° Inicios y desarrollo de la terapia familiar: contexto histórico
Inicios y desarrollo de la terapia familiar en México
- ° Sobre el programa de maestría y doctorado en la UNAM

1.2 Características de la sede donde se realiza el trabajo clínico

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Análisis de los fundamentos teóricos de la terapia familiar sistémica y posmoderna

1. Fundamentos de las terapias sistémicas

- ° Ideas y conceptos que enmarcan el trabajo del terapeuta familiar sistémico
- ° Teoría General de Sistemas
- ° Teoría Cibernética
- ° Teoría de la Comunicación Humana

2. Fundamentos de las terapias posmodernas

- ° Constructivismo
- ° Construccinismo Social

2.2 Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar sistémica y posmoderna

- ° Características de los modelos sistémicos

Terapia Estructural

Terapia Estratégica

Modelo de Milán

Terapia Breve Centrada en el Problema

Terapia Breve Centrada en la Solución

Similitudes y distinciones entre estos modelos

- ° Características de los modelos posmodernos

Terapia Narrativa

Terapia de Lenguaje Colaborativo

Equipos de Reflexión

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

- Características de las familias atendidas
- Integración de expedientes clínicos y análisis teórico metodológico de las familias en las que estuve como terapeuta responsable

Caso 1

Caso 2

Caso 3

Caso 4

2. Habilidades de Investigación

3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento

- Atención y Prevención Comunitaria

4. Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

- Otras Actividades

IV. CONSIDERACIONES FINALES

- Reflexión y análisis de la propia experiencia
- Conclusión sobre las habilidades y competencias profesionales adquiridas
- Incidencia en el campo psicosocial
- Análisis del sistema terapéutico total
- Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

1.-Tablas de características de las familias atendidas

2.-Anteproyecto de Investigación: Satisfacción marital y etapas del ciclo de convivencia familiar en parejas casadas que habitan en la ciudad de México

3.-Adaptación de la Escala de Medición de la Comunicación aprehensiva en la pareja

4.-Trabajo de presentación en Congreso: Proceso de separación. Intervención aplicada a un caso bajo los modelos de terapia breve y soluciones

5.-Trabajo de presentación en Congreso: La construcción social del abuso sexual
Una propuesta de Intervención con familias que han vivido abuso sexual

6.-Taller: Comunicación y Expresión Afectiva y Efectiva

I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El campo en el que incide el terapeuta familiar abarca una serie de problemáticas, no sólo derivadas de situaciones concernientes al propio ciclo de vida por el que atraviesa la familia, sino también, derivadas de fenómenos sociales, culturales, demográficos y económicos, que se suman a problemáticas en las relaciones interpersonales.

Así, resulta necesaria no sólo la comprensión de estos fenómenos sino también la posibilidad de incidir en ellos, para esto, es importante tener un campo de acción limitado y factible para intervenir, es aquí donde entra el terapeuta familiar, ya que es en la familia donde se reproducen distintas normas y comportamientos sociales.

Es en la familia donde se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos. La familia tiene la función básica de proveer las herramientas necesarias (protección y cuidado) para un adecuado desarrollo y funcionamiento de sus miembros y más ampliamente de la sociedad en general.

Debido a la acelerada serie de transformaciones sociales, políticas y económicas que vivimos día con día, se van presentando situaciones nuevas que afectan a las familias. Nuestro país enfrenta tres grandes problemas sociales relacionados con la pobreza, la salud y la educación; específicamente las familias se han visto afectadas por el acelerado incremento de la población, el desempleo y las crisis económicas.

En el mejor de los casos, las crisis que enfrentan las familias obligan a que éstas ajusten y establezcan nuevos roles en un intento por adoptar estrategias tendientes a reducir el impacto del desempleo y los bajos salarios. Estas estrategias de adaptación involucran una reorganización interna del grupo familiar, así como una necesaria búsqueda de una red social de apoyo más amplia.

Las crisis pueden ser punto inicial de cambio, que por un lado, permiten apreciar la flexibilidad de las familias para reajustarse a las transformaciones sociales a las que se va enfrentando; sin embargo las crisis también pueden ser fuente de tensión y desintegración familiar y en este caso favorecer situaciones que conducen a dinámicas familiares inadecuadas, que obligan a centenares de personas y familias a buscar ayuda psicológica.

En estos casos las familias llegan a consulta con problemas que se manifiestan en forma de violencia intrafamiliar, abandono, migración, adicciones, baja en el desempeño académico y enfermedades físicas, entre otros.

Lo expuesto anteriormente no pretende dejar de lado el hecho de que muchas de estas problemáticas también tienen que ver con la educación, valores y creencias con las que se crece y de las que se forma parte.

La primera parte de este trabajo está conformado por un análisis detallado del campo psicosocial en el que incide el terapeuta familiar, éste contiene primeramente una breve semblanza del origen y desarrollo de la familia en México, con la finalidad de analizar la evolución y estructura de la familia actual mexicana, sin pretender ignorar el hecho de que

existen diversidad de familias y estructuras familiares, posteriormente se realiza una descripción de las principales problemáticas a las que nos enfrentamos como terapeutas familiares, finalizando con el desarrollo histórico y explicación de la terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

En el segundo punto de este trabajo se realiza una descripción y análisis sistémico de las sedes y escenario dónde se realizó el trabajo clínico durante el periodo de residencia de la maestría, así cómo una explicación y secuencia de participación en éste.

1.1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL EN EL QUE INCIDE EL TERAPEUTA FAMILIAR

Origen y desarrollo de la familia

Desde los orígenes de la humanidad existió una necesidad del hombre de agruparse para protegerse, distribuir funciones y de esta manera poder sobrevivir ante los peligros que existían, esto fue el antecedente de lo que hoy conocemos como familia; actualmente debido a la diversidad de estructuras familiares, resulta difícil definir el concepto familia; así son varios los autores que sostienen que no existe una definición única y correcta de la familia. El término familia es utilizado por algunos para englobar los vínculos que comprenden relaciones íntimas duraderas (Cheal, 1991). Gracia y Musitu (2000) señalan que el concepto de familia da la forma de negociar tareas básicas a las que se enfrentan las personas que viven en cualquier agrupación.

Sánchez (1980) divide el desarrollo histórico de la familia en 4 etapas:

Promiscuidad inicial, caracterizada por la nula existencia de vínculos permanentes entre el padre y la madre, donde no existía una reglamentación de sus relaciones, así como una responsabilidad del padre hacia sus hijos, por lo tanto, éste no aparecía como una figura importante, siendo la madre la que mantenía un vínculo constante de cuidado y protección del hijo; ante el desconocimiento de quien era el padre el parentesco sólo podría comprobarse por la línea materna, lo que dio cómo resultado la superioridad absoluta de las mujeres dentro de la administración familiar (matriarcado).

La cenogamia se caracterizaba por el mantenimiento de relaciones sexuales entre un grupo específico de mujeres con un grupo determinado de hombres, a diferencia de la etapa anterior existía una reglamentación de la relación de los diferentes esposos y del cuidado y crianza de los hijos.

La poligamia tenía dos aspectos: la poligenia caracterizada por un hombre que tenía varias mujeres y la poliandria en la que una mujer tenía varios maridos, esta última lleva al matriarcado ya que es la mujer la que se convierte en el centro de la familia, ejerce la autoridad y fija los derechos y obligaciones de la descendencia. Aquí el parentesco se determina por la línea femenina.

La familia patriarcal monogámica es el antecedente de la familia occidental actual, donde la influencia que la religión cristiana ejerció en el desarrollo político fue decisiva. Esta familia

se caracterizaba por la figura preponderante del padre, quien representaba el centro de las actividades económicas, religiosas y políticas. El padre tenía el derecho de reconocer a sus hijos o rechazarlos a su nacimiento, repudiar a la mujer, casar a los hijos, emancipar, designar al morir el tutor de la esposa y los hijos, ser el único propietario del patrimonio y el representante religioso en el culto doméstico. Toda la estructura social de este tipo de familias gira en torno a la voluntad del padre quien además era el único con derecho a la participación en la vida pública de la sociedad en que vivía.

Engels (1984) propone las siguientes etapas en el desarrollo de la familia: 1) Promiscuidad sexual. 2) Familia consanguínea, primera etapa de la familia, en la que los grupos matrimoniales son separados de acuerdo a las generaciones, aquí la única unión prohibida es ascendientes con descendientes. 3) Familia punalúa, segunda etapa donde la prohibición se extiende a los hermanos y hermanas, así como a los primos y primas. 4) Familia sindiásmica, donde el hombre vive con una sola mujer, pero la infidelidad y poligamia son un derecho para el hombre. 5) Familia monogámica, la cual se basa en el poder absoluto del hombre, un poder de origen económico subyacente en el control masculino de la propiedad privada, el objetivo es procrear hijos de una paternidad con fines hereditarios. La evolución de la familia sindiásmica a la monogámica tuvo que ver con el paso de la pertenencia de las riquezas del clan, hacia la propiedad privada -posesión de la familia-.

En el México prehispánico existían diversas formas de organización familiar permitidas según la cultura de la que se tratara y aún dentro de éstas mismas las estructuras variaban según el periodo, lugar y clase social.

Por ejemplo, se habla de que en el pueblo Maya el núcleo de la sociedad era la familia cuya característica principal era la monogamia y la vida diaria de ésta estaba íntimamente vinculada a lo sagrado; en estos pueblos lo más generalmente aceptado es que los clanes fueran patrilineales y exogámicos (aunque existen indicadores de la existencia de un sistema matrilineal paralelo). Su carácter patrilineal se desprende de las normas de descendencia y de herencia; de igual manera se sugiere que el lugar de residencia de los recién casados podría ser matrilocal o patrilocal, lo que indica una ambivalencia del sistema; sin embargo, como el mayor número de prohibiciones y tabúes de matrimonio eran con respecto a la línea paterna se piensa que los clanes eran fundamentalmente patrilineales. La exogamia se manifestaba en el tabú que prohibía el matrimonio entre individuos que llevaban el mismo apellido aún sin la existencia de lazos de consanguinidad, suponiéndose que el apellido indicaba la pertenencia a un mismo clan con antepasado común, por lo que un matrimonio endogámico se veía como una forma de incesto (Ruz 1993).

El concepto Nahuatl de familia implicaba un grupo de producción y consumo dotado de residencia común. La familia Azteca como otras comunidades experimentó la transición del matriarcado al patriarcado. En la organización familiar Mexicana se observa una combinación de poligamia y monogamia, la estructura familiar no era la nuclear que hoy se conoce ya que se le otorgaba un papel de primera instancia no sólo a los abuelos y abuelas, sino también a los tíos y tías.

Las características de la familia Azteca dependían de la clase social a la que se pertenecía, así se veía que el grupo privilegiado de jefes, guerreros y comerciantes tenían autorizada la práctica de la poligamia, siempre y cuando pudieran darles sustento a todas sus mujeres, en estos grupos sólo una mujer era considerada esposa legítima y las otras eran aceptadas con respeto como concubinas oficiales; por otro lado la clase agricultora se hallaba sometida bajo el mandato de un matrimonio monógamo. La sociedad mexicana era patriarcal y la mujer estaba sometida al mandato del marido. Las niñas eran educadas por sus madres en las labores del hogar y la religión. Se prohibía el matrimonio entre padres e hijos, padrastros y hermanos

El calpulli era un grupo de familias cuyos miembros estaban vinculados por parentesco o amistad y que reconocían la ascendencia mítica de un antepasado común (tótem). Algunos valores de estas familias expresan el interés de cohesión y autonomía del calpulli; así se observa como estimaban desgraciado el matrimonio de una joven con un extraño. Desde los tres años el padre se hacía cargo del niño en cuanto a la iniciación en las técnicas y obligaciones de la vida adulta masculina y en la vocación guerrera. La relación del padre con el hijo varón era muy estrecha. Así mismo la madre se encargaba de preparar a las hijas en su función de madre y esposa, en las labores del hogar y en la religión.

Algunas características de la familia Inca eran similares a las del pueblo Azteca, la monogamia era obligatoria en las clases inferiores, mientras que las clases superiores gozaban de privilegios para practicar la poligamia, a la realeza masculina le era permitido tener varias concubinas fueran éstas de sangre real o no. El pueblo Inca se encontraba sometido a un proceso de explotación donde las clases inferiores no gozaban del derecho de propiedad privada, los varones eran enviados a realizar trabajos fuera del núcleo familiar y a las mujeres se les encomendaba servir a la clase superior, de esta manera algunos funcionarios elegían periódicamente y separaban de la tutela familiar a las más jóvenes y agraciadas para instruir las a convertirse, ya sea en sacerdotisas, o en concubinas destinadas a hombres pertenecientes a estratos sociales más altos. La organización social Inca era una agrupación económica cuyo objetivo era el control colectivo de porciones de tierra por un grupo de parentesco común que se encontraba bajo la descendencia mítica de un antepasado masculino. La sucesión de la propiedad era hereditaria por lo que para no perder la sangre en la realeza se acostumbraba el casamiento entre hermanos y el heredero sólo podría ser engendrado por la esposa principal.

Al darse la conquista la familia Mexica es destruida desde sus cimientos y tanto la mujer como el hombre pierden completamente sus posiciones dentro de la familia Nahuatl, son separados como pareja, los pocos sobrevivientes varones son convertidos en esclavos y las mujeres en concubinas. El hombre pierde sus posesiones, su mujer y los hijos, la mujer es violada y maltratada, usada como objeto de satisfacción, por lo que no tiene siquiera la seguridad de la paternidad de sus hijos (Sandoval, 1984).

Con el mestizaje una nueva forma de familia aparece en la Nueva España, la unión de los conquistadores con las mujeres indígenas fue utilizada como un sistema de dominio y ejercicio de poder sobre la población autóctona. Los mestizos resultantes de estas uniones se integran en el ámbito social del padre.

La conquista española trajo consigo un sistema social jerarquizado de acuerdo con el color de la piel que junto con el nombre y rango de un individuo determinaban su posición social y el papel que debía desempeñar cada grupo, entre los que se encontraban, los españoles peninsulares, los criollos, los mestizos y los indígenas.

El carácter de las familias era eminentemente patriarcal, la sociedad Novo hispánica se caracterizaba por niveles jerárquicos a los cuales se podía ascender por medio de matrimonios o la entrega al trabajo.

Posteriormente se observa un sinnúmero de familias (española, criolla, mestiza, negra, e indígena,), donde la característica común en todas es una tendencia a la endogamia (es decir, a formar una familia con sus iguales en linaje, posición social y grupo étnico). Los elementos culturales del español son impuestos dando como resultado un nuevo tipo de estructura familiar. Los españoles dictaron leyes para proteger a la familia monógama, tales como condenar a la poligamia, proteger a la mujer embarazada y a los hijos, ya en el siglo XIX con las leyes de reforma se establece el registro civil y se determina que el matrimonio se conformará como un contrato privado (Sabau, 1994).

La familia actual latinoamericana es resultado de un proceso histórico, étnico, cultural, político y económico que se inicia en la conquista y continúa en la época colonial hasta nuestros días.

Estructura de la familia actual mexicana

México es un país pluricultural, lo que hace difícil referirnos a “la familia mexicana”, ya que dejaríamos de lado a un sinnúmero y diversidad de familias existentes; por lo cual nos referiremos a “las familias mexicanas” con la finalidad de considerar las diferencias y complejidades entre éstas.

Así tenemos, además de la familia nuclear (conformada por madre, padre e hijos), la reconstituida (en la que los miembros de la pareja tienen hijos de su anterior relación y los llevan a vivir con el nuevo cónyuge), la mixta (en la que hay integrantes agregados), la extensa (compuesta por miembros de diferentes generaciones), la informal (parejas en unión libre o de distintas orientaciones sexuales) y la uniparental (integrada por personas viudas, separadas o divorciadas), entre otras.

En nuestro país el INEGI define hogar como la unidad formada por una o más personas, unidas o no por lazos de parentesco, que residen habitualmente en la misma vivienda y se sostienen de un gasto común para la alimentación; hacen una clasificación de los tipos de hogares en familiares y no familiares, los familiares los dividen a su vez en nucleares (padres e hijos) y extensos (un hogar nuclear con otros parientes y/o con personas sin lazos de parentesco), y los no familiares los dividen en unipersonales (formado por una sola persona) y de corresidentes (formado por dos o más personas sin relaciones de parentesco). Los datos del INEGI en el 2000 señalan un índice de hogares familiares nucleares de 68.68%, de hogares familiares extensos de 24.50%; de hogares no familiares unipersonales de 6.30% y de hogares no familiares corresidentes de 0.42%. También se puede observar que el índice de hogares con jefatura femenina en el 2000 era de 20.64%; lo cual hace una

diferencia con respecto a datos del INEGI en 1960, donde se registra un índice de 13.65% de hogares con jefatura femenina, cifra que va en aumento.

Es importante considerar también los cambios en la estructura de la familia mexicana a raíz de la acelerada serie de transformaciones sociales que se han venido presentando en el país; así tenemos que se observa una reducción del tamaño promedio de la familia (número de hijos), fenómeno que puede ser explicado por la disminución de la tasa de fecundidad y el cada vez mayor número de personas que emigran; se observa también un incremento en el número de separaciones y divorcios; así como una mayor inserción en el ámbito laboral por parte de las mujeres, de igual manera las clases de hogar señalan una disminución moderada de los hogares nucleares y un ligero aumento en el porcentaje de hogares unipersonales (INEGI, 2000).

Salles y Tuirán (Tuirán, 2001) señalan algunas transformaciones que han sufrido las familias y que han contribuido a modificar de manera significativa el entorno en el que se desenvuelven sus miembros y por lo tanto sus relaciones:

- 1 Se destaca la persistencia de familias extensas, así como el aumento de hogares monoparentales jefaturados por mujeres.
- 2 Disminución de la tasa global de la fecundidad lo que se manifiesta en una reducción en el tamaño promedio de la familia (número de hijos), fenómeno que ha cobrado importancia en las últimas dos o tres décadas.
- 3 El gradual desplazamiento de la figura del hombre como proveedor único y la consecuente ampliación del número de hogares con mujeres que realizan trabajo extra doméstico, hecho que no sólo tiene relación con las necesidades económicas sino con un cambio en la ideología y los roles de género.
- 4 Incremento de las separaciones y divorcios, ligados a transformaciones en los derechos y deberes involucrados en el ejercicio de la vida en pareja y con los hijos. El incremento paulatino de la esperanza de vida ha provocado que la viudez ceda su lugar a la separación y el divorcio como formas predominantes de disolución conyugal.
- 5 Aumento en la esperanza de vida lo cual trae consigo un incremento en la superposición entre miembros de tres o más generaciones sucesivas por largos periodos, provocando la ampliación del tiempo potencial de convivencia familiar de padres, hijos, nietos y otros parientes.
- 6 Incremento de la edad media promedio de las mujeres al momento del matrimonio.

Principales problemáticas que enfrentan las familias en México

Las problemáticas predominantes que enfrentan las familias están relacionadas precisamente con esta serie de transformaciones sociales que conllevan en el mejor de los casos a un cambio de actitud con la finalidad de reajustarse a las nuevas condiciones imperantes o en el peor de los casos desembocar en actitudes desadaptativas y poco funcionales para sus miembros, llevándolos incluso a la desintegración familiar. Además de situaciones a las que se van enfrentando relacionadas con el propio ciclo de vida de la familia que las obligan a reajustar roles entre sus miembros con el fin de hacer frente a las crisis y situaciones nuevas que se van presentando. Sin contar también con los cambios que

se están dando en la perspectiva de género que conducen muchas veces a desacuerdos y desavenencias entre las familias.

Con el intento de adaptarse a todos los cambios sociales y económicos la familia se ha tenido que transformar, por lo que resultaría importante aceptar la existencia de diversos tipos de familias mexicanas sin pretender encasillar a todas en un modelo “funcional” de familia típica; hoy día se observa más frecuentemente la incorporación de la mujer al trabajo productivo, las tendencias a la baja en la fecundidad, el mayor acceso a la educación y la mayor esperanza de vida; factores que entre otros han contribuido a replantear los niveles de relación y los esquemas de poder entre los integrantes de la familia. Las estadísticas del DIF señalan que sólo seis de cada diez hogares tienen como base el núcleo conyugal y que en una de cada cuatro familias la jefatura de la familia está a cargo de una mujer, además se observa cómo la viudez está cediendo el paso en las generaciones más recientes a la separación y al divorcio.

Los problemas de desintegración familiar se presentan cada vez con mayor frecuencia en las familias mexicanas, el INEGI reporta una tasa de divorcios de 40%, sin contar las separaciones no legales y la disolución de parejas que viven en unión libre y por lo tanto no están registradas entre estos datos. La familia se encuentra sometida a un proceso de desintegración o de intensa debilidad; el grave problema del deterioro en las condiciones de vida de algunas familias, aunado al desempleo y al empobrecimiento material de las familias conlleva muchas veces a que las relaciones entre los miembros se encuentren fuertemente afectadas por la necesidad de lograr ingresos, implicando una disminución en la cantidad y calidad del tiempo compartido y desembocando en casos extremos en la desintegración definitiva de las familias, ya sea por incapacidad para mantenerse unidas ante este problema o por migración de algunos de sus miembros fuera del país. Todo esto puede explicar el elevado número de mujeres solas que tiene que enfrentar la jefatura del hogar, quedando cada vez menos representada la figura del padre en la familia.

Además de los problemas económicos, la desintegración familiar puede ser explicada por los valores tradicionales y culturales con los que se educa a los miembros de la familia, el machismo que permite de manera natural a un hombre tener relaciones con varias mujeres además de su pareja porque lo considera un privilegio de su sexo y la cada vez más buscada equidad de género en la que la mujer ya no coincide con estas ideas tradicionales y anteriormente más permitidas o toleradas, llevando entonces a un fuerte choque dentro de las parejas y familias lo cual en muchos casos trae como culminación la separación o el divorcio.

Las tensiones, junto con los esquemas tradicionales de relaciones de poder y control, van de la mano muchas veces con situaciones de violencia intrafamiliar, una de las grandes problemáticas que enfrentan las familias mexicanas. En la mayoría de los casos la violencia dentro de los hogares se ejerce sobre mujeres y niños; la violencia que se ejerce sobre las mujeres proviene principalmente de la pareja conyugal, quien emplea con frecuencia golpes, amenazas, insultos y prohibiciones; mientras que el maltrato infantil lo ejercen en mayor medida las madres, seguido de los padres, padrastros, madrastras y abuelos. Todo es un proceso recursivo y así como la violencia intrafamiliar está relacionada con las tensiones generadas por las condiciones imperantes de la sociedad actual, afecta a su vez a esta

misma sociedad; los niños que viven inmersos en hogares donde impera la violencia, en muchos casos aprenden a resolver sus conflictos a golpes, en lugar de negociar, convencer e incluso ceder, lo que sólo desemboca en una sociedad conflictiva y menos armónica.

También existen otros factores que producen tensiones en la familia y que pueden colaborar a la desintegración familiar, tales como adicciones y enfermedades graves, incapacitantes, degenerativas o incurables que pueden llevar a quienes la padecen al aislamiento voluntario o al distanciamiento de sus familiares; de igual manera la muerte de un integrante de la familia puede llevar a una dificultad para reestructurar roles y funcionar nuevamente.

Así se puede observar que las familias se presentan a terapia con problemáticas relacionadas con separaciones y divorcios, tensiones relacionadas con una mayor y excesiva carga de trabajo por parte de las mujeres quienes tienen que ingresar a las filas laborales sin dejar de cumplir con las labores del hogar, tensiones relacionadas con la inequidad de género, violencia intrafamiliar, problemas de infidelidad, abandono, choques generacionales entre padres e hijos, problemas de conducta y académicos en los hijos, adicciones, tensiones y desadaptaciones generadas a raíz de la presencia de un miembro enfermo, o la pérdida de un integrante en la familia.

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

El enfoque sistémico y específicamente la terapia familiar surgen como una alternativa favorable para explicar e incidir en las problemáticas y relaciones del grupo familiar y de los seres humanos.

Inicios y desarrollo de la Terapia Familiar: contexto histórico

El movimiento de Terapia Familiar inicia a finales de los 40's y principios de los 50's, surge a partir de la segunda guerra mundial principalmente en Estados Unidos, con la intención de encontrar métodos de terapia más eficaces para tratar los casos de trastornos emocionales graves observados específicamente en excombatientes e integrantes de sus familias, y a raíz de que la psiquiatría y el psicoanálisis no daban la respuesta esperada ante estos desordenes que iban en aumento (Andolfi, 1993).

En ese momento el éxito proclamado por el ambiente psicoanalítico y psiquiátrico no encontraba un eco equivalente entre los pacientes. El balance de los resultados de la actividad psicoterapéutica individual generaba una grave crisis de desconfianza porque puso al descubierto los límites de las posibilidades terapéuticas. Aunque se fuese una "autoridad" en la materia sólo era posible hacerse cargo de algunos pacientes, además la terapia era muy costosa, estaba al alcance de muy pocos y los resultados no siempre eran alentadores (Selvini, 1990).

Aunque ya desde tiempo atrás se consideraba la importancia de la familia en la etiología y manejo de diversos problemas psicológicos, antes de que surgiera el movimiento de terapia familiar todas las modalidades de tratamiento existentes incluían espacios terapéuticos conformados únicamente por la díada terapeuta-paciente, no se incluía la participación de la

familia dentro de las sesiones terapéuticas incluso el encuadre establecido excluía la participación de terceros dentro de esta diada, esto basado en la creencia de que excluir a la familia era una condición necesaria para contrarrestar su influencia destructiva, además sustentados en que conducir la psicoterapia en privado daba seguridad y confidencialidad en la relación; a pesar de ello muchos clínicos de distintas disciplinas empiezan a considerar seriamente la influencia de las relaciones interpersonales y en especial las interacciones con la familia, no sólo dentro de sus explicaciones de los procesos patológicos, sino también como recursos de los que se pueden valer para tratarlos.

Un impulso importante para el desarrollo de la terapia familiar fue la observación que se hizo en psiquiátricos con esquizofrénicos, en los que se empezó a encontrar que pacientes aparentemente reestablecidos, después de reincorporarse a su núcleo familiar regresaban presentando la sintomatología nuevamente, también se empezó a observar que una vez que un síntoma desaparecía en un miembro de la familia surgía otro distinto en otro miembro diferente, lo que llevó a considerar la influencia que tenía la familia en la incidencia del paciente sintomático. Parte importante fueron las investigaciones de Theodore Lidz en 1941 sobre la dinámica familiar en la esquizofrenia.

Otro movimiento que tuvo gran influencia para el desarrollo de la terapia familiar fue el establecimiento de clínicas de guía infantil, las cuales se crearon sustentadas en la creencia de que los desordenes emocionales inician en la infancia, por lo tanto si se tratan en este periodo se puede prevenir enfermedades mentales en los adultos. Las observaciones realizadas por investigadores en estas clínicas arrojaban la existencia de psicopatología parental y tensiones en la familia.

Una vez que algunos clínicos empiezan a incluir en su explicación de los procesos patológicos a las relaciones interpersonales y en especial a las familias, éstas empezaron a adquirir mayor importancia, entonces el marco de observación se amplía y la mirada del clínico empieza a incluir al individuo en relación con los otros significativos. Esta nueva mirada plantea una ruptura epistemológica y la necesidad de buscar respuestas dentro de nuevos planteamientos.

La orientación hacia las relaciones interpersonales va haciendo más evidente la certeza de que el comportamiento sintomático no constituye la única respuesta factible así como también que la patología no puede explicarse en términos estrictamente individuales, lo que sienta las bases para el ulterior desarrollo de la terapia familiar.

La expansión en la comprensión de la conducta humana que lleva a este cambio epistemológico, se va dando por etapas. Esta transformación es explicada por Watzlawick, Beavin y Jackson (1997) de la siguiente manera:

La primer gran expansión surge cuando para el estudio de la conducta humana se desplaza el énfasis de las *intenciones* a los *efectos* de los actos, con lo que se pasa de una perspectiva fundamentalmente retrospectiva-introspectiva basada en una lógica causal lineal, a una predominantemente predictiva centrada en observaciones consensuales.

Con el desplazamiento del acento desde los procesos intrapsíquicos hacia los fenómenos interaccionales, se opera una modificación cualitativa que afecta la visión del mundo y que expande drásticamente la comprensión de la conducta humana, ya que hasta antes de que esto ocurriera la psicología y psicopatología tradicionales sólo tenían el carácter de anatomía descriptiva que podía dar cuenta de ciertos elementos pero que no servía para describir y explicar los complejos procesos interpersonales que inscriben y dan sentido a la conducta del individuo en su contexto.

Aunque es innegable que el primer aporte en el camino de esta expansión debe ser adjudicado al psicoanálisis (gracias a su enfoque dinámico genético-evolutivo), también es cierto que esta óptica intra-psíquica mostraba algunas deficiencias insalvables que impedían la aplicación del modelo psicoanalítico a otros campos como el de los fenómenos grupales y las conductas sociales.

La segunda gran expansión de las ciencias del comportamiento fue generada por lo que acabó llamándose el enfoque comunicacional, interaccional o sistémico. Su origen se fundamenta en campos como la ingeniería de comunicaciones y la cibernética, además de la antropología y la teoría de los sistemas. Es posible que la cualidad expansiva de este enfoque haya sido precisamente porque no estuvo fundamentado ni enraizado en un sólo campo específico, sino que pudo ser aplicado tanto a las ciencias psicológicas como a las ciencias sociales.

A partir de 1945, con los primeros trabajos de Wiener y Rosenblueth, de Shannon y Weaver, y de Bon Bertalanffy, se desarrolló la teoría de la información (de base notoriamente tecnológica), centrada en el estudio de las condiciones ideales para la transmisión de la información. Más adelante con las contribuciones del antropólogo Bateson y de diversos investigadores del MRI se fue perfilando la base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado ya no en el estudio de las condiciones ideales de la comunicación sino en el estudio de la interacción tal cual se da entre los seres humanos (Watzlawick, Beavin y Jackson 1997).

Centrando sus fundamentos en esta nueva epistemología, el movimiento de terapia familiar tomó impulso y se fue desarrollando gracias a las observaciones y aportes realizados por algunos de sus iniciadores y pioneros en este campo.

Sin embargo, antes de que pudiera concretarse una teoría y fundamentos propios para la terapia familiar, muchos de los primeros terapeutas que empezaron a trabajar con familias retomaron algunas ideas de campos alternos como la consejería matrimonial, el trabajo social y la terapia grupal. Así se valieron de los conceptos y técnicas utilizadas en psicoterapia grupal dinámica durante los años 20's, los terapeutas realizaban terapia del grupo familiar aplicando los modelos de tratamiento grupal para trabajar con familias debido a que ambos campos tenían aspectos en común, tanto en los grupos como en las familias los pacientes debían reaccionar a un mayor número de personas no sólo a los terapeutas y un mecanismo definitivo de cambio en ambos es el uso de la interacción terapéutica.

En ese entonces las terapias grupales estaban fundamentadas en teorías como las de Lewin quien describió las interacciones entre individuos y sus ambientes. Lewin desarrolló la idea de que el grupo es un todo, más que sólo la suma de sus partes (ideas basadas en la escuela de la Gestalt). Esta trascendente propiedad de los grupos tuvo obvia relevancia para los terapeutas familiares que debían trabajar no sólo con los individuos sino también con el sistema familiar. Otro importante descubrimiento de Lewis fue que la discusión grupal resultaba más efectiva que las instrucciones individuales para cambiar las ideas y comportamientos, este hallazgo sugirió que el encuentro con la familia es frecuentemente más efectivo que el encuentro con individuos separados. Lewis también puntualizó la idea de que el cambio en los grupos requería “unfreezing” (descongelamiento) y “refreezing” (recongelamiento), refiriéndose a la necesidad de que “algo” los mueva de sus creencias y comportamientos acostumbrados, sólo entonces los miembros del grupo estarán preparados para aceptar el cambio ya que, a diferencia de la psicoterapia individual donde llegan aceptando su papel de pacientes, en terapia familiar la familia llega con un miembro sintomático y los demás pueden no estar preparados para reconocer y cambiar sus propios comportamientos; además los miembros familiares traen con ellos a su grupo de primera referencia en el que basan sus ideas, tradiciones y hábitos, por lo tanto se requiere de mucho más esfuerzo para moverlos (un ejemplo de “descongelamiento” es el realizado por Minuchin al provocar crisis en las sesiones con familias). La idea de “descongelamiento” concuerda con la idea de homeostasis familiar que dominó a los terapeutas familiares por décadas.

Otra figura importante en el estudio de los grupos dinámicos fue Wilfred Bion, quien enfatizó que el grupo es un todo con su propia dinámica y estructura, de igual manera mencionó la existencia de patrones básicos en los grupos, esta idea fue tempranamente extrapolada a la terapia familiar.

Algunos conceptos y técnicas para la terapia de grupo son similares a los aplicados en el campo de la terapia familiar, así el concepto de Bennis sobre dependencia e interdependencia como problemas centrales en el grupo, resulta similar a las nociones de los terapeutas familiares, entre ellos Minuchin quien elabora una descripción de familias enredadas y familias desligadas, así como el concepto de Bowen de fusión y diferenciación.

La distinción que se hizo en grupos dinámicos entre proceso y contenido, tuvo un gran impacto en el tratamiento con familias, muchos terapeutas familiares han aprendido a atender más el *cómo* las familias hablan que el contenido de sus discusiones. De igual manera la teoría del rol tuvo en un principio una particular aplicación al estudio con familias y posteriormente en 1972 Virginia Satir realiza una descripción de los roles familiares.

Únicamente la distinción entre proceso y contenido, y la teoría del rol han tenido un último impacto sobre la terapia familiar, esto debido a que las familias son diferentes a los grupos, los miembros familiares tienen una larga historia y aun más importante, tienen un futuro juntos, por lo tanto revelar a extraños es más fácil y seguro que exponerse a los miembros de la propia familia; además los grupos están designados para proveer una atmósfera de calidez y apoyo donde todos los integrantes pueden tener igual poder y estatus.

Así, aunque la terapia de grupo tuvo una influencia formativa sobre las primeras prácticas de la terapia familiar, no resultaba del todo adecuada para ser adaptada completamente a ésta, afortunadamente conforme se fue desarrollando un marco conceptual sistémico la terapia familiar fue adquiriendo una aplicación propia más efectiva.

Resulta difícil asegurar quien fue el que dio inicio a la terapia familiar sistémica, ya que independientemente y en distintos lugares se fueron realizando observaciones que llevaron a profesionales de diversos campos de estudio a las primeras prácticas de terapia familiar, tomó tiempo para que estos pudieran encontrarse e intercambiaran información, lo que fue dando inicio a una teoría y técnica propias y consecuentemente al establecimiento formal del movimiento de terapia familiar.

Dentro de los terapeutas iniciadores y pioneros se han mencionado nombres como John Bell, Don Jackson, Nathan Ackerman y Murray Bowen; adicional a estos también se considera pioneros a Jay Haley, Virginia Satir, Carl Whitaker, Lyman Wynne, Ivan Boszormenyi-Nagy, James Framo, Gerald Zuk, Christian Midelfort y Salvador Minuchin. A continuación se hace una mención de sus principales contribuciones al campo (Guerin, 1976; Nichols y Schwartz, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

John Bell psicólogo de la Universidad Clark en Massachussets inició el tratamiento con familias en 1951 y a pesar de que pudo ser el primer terapeuta familiar sólo ha sido mencionado tangencialmente dentro del movimiento, debido a que, si bien comenzó a tratar familias en los 50's no publicó sus ideas hasta una década después, además no estableció ningún centro clínico ni desarrolló programas para entrenar estudiantes. Las aproximaciones de Bell para el tratamiento con familias estuvieron basadas en la terapia de grupo donde estimulaba una abierta discusión entre los miembros de la familia para ayudarlos a resolver sus problemas. En 1953 Bell hace su primer reporte a un grupo de colegas exponiéndoles el uso de nuevas técnicas de terapia con todo el grupo familiar, estas primeras experiencias no tuvieron divulgación científica hasta 1961 en el libro *Family Group Therapy*.

John Bowlby fue un pionero en la transición de la aproximación individual a la familiar al usar entrevistas familiares. En 1949 empleó el psicoanálisis con niños y observó muy pequeños progresos, sintiéndose frustrado decidió ver conjuntamente a los niños y a sus padres en una misma sesión. Durante la primera mitad de las dos horas de esta sesión, niños y padres se turnaban para recriminarle al otro, durante la segunda mitad Bowlby interpretaba a cada uno de ellos y les señalaba las contribuciones que hacían al problema; eventualmente los miembros de la familia desarrollaban simpatía por el punto de vista del otro. En ese entonces el encuentro con la familia fue utilizado por Bowlby únicamente como apoyo al tratamiento real de terapia psicoanalítica individual.

Lo que Bowlby inició como experimento, lo retomó Nathan Ackerman como psiquiatra en las clínicas de orientación infantil. Ackerman afirmó que la terapia familiar era la mejor forma de tratamiento a raíz de que creía que los problemas emocionales se generaban en la interacción familiar. Así en 1950 recomienda estudiar a la familia para entender al niño y sugiere la utilidad de verla como entidad para tratar los disturbios manifestados por alguno de sus miembros. Una vez que reconoció la necesidad de ver a la familia para diagnosticar

problemas, dio el siguiente paso, el tratamiento con familias y con esto rompió con la rigidez de la consulta al permitir que los psiquiatras vieran a toda la familia como una nueva modalidad de tratamiento. Su principal contribución no sólo fue el legado pragmático, también ofreció conferencias, pláticas y publicaciones sobre la relación de las enfermedades psiquiátricas infantiles con la dinámica familiar. Entre sus principales aportaciones están dos artículos: “The Unity of the family” (1938) y “Family Diagnosis and Approach to the Preschool Child” publicado en 1950 junto con Sobel, éste artículo se convirtió en un documento fundamental de la teoría familiar y algunos lo consideran como el inicio del movimiento de terapia familiar. En 1955 organizó y dirigió las primeras sesiones de diagnóstico familiar durante un encuentro de la “American Orthopsychiatric Association”. En 1957 fundó e inauguró en Nueva York la “Family Mental Health Clinic of Jewish Family Services”. En 1960 publicó su libro “The Psychodynamics of Family Life”, referente al diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. En 1960 fundó en Nueva York el “Family Institute” que después de su muerte recibió el nombre de “Ackerman Institute”. En 1962 fundó con Don Jackson el “Family Process” la primera revista del campo. Ackerman tenía un estilo carismático, provocador, creativo y espontáneo; creía que era muy importante establecer un contacto emocional significativo con los miembros de la familia para crear un clima en el cual ellos se sientan tocados, consideraba que una vez que el contacto estaba hecho se daba una abierta y honesta expresión de sentimientos; como terapeuta era un agente provocador de revelaciones y confrontaciones, usaba la confrontación para transformar conflictos en abiertas discusiones; se mostró interesado en el contenido de los conflictos secretos y se mantuvo alerta a las coaliciones reveladas en las entrevistas familiares; también puso atención a las señales no verbales ya que creía que el lenguaje del cuerpo era más elocuente que las palabras. Ackerman no consideraba que fuera necesario o posible ser neutral u objetivo, en lugar de eso más bien creía en la importancia de un balance imparcial para mover a los miembros, así daba apoyo a uno y luego a otro miembro de la familia. La flexibilidad creativa de su tratamiento hace difícil describir su aproximación, algunas de sus recomendaciones son vagas, rara vez fue concreto o explícito, él es considerado un artista clínico más que un sistematizador. Su influencia se refleja en profesionales de la terapia familiar que fueron capacitados en su instituto, como Israel Zwerlin y Salvador Minuchin.

Murray Bowen como muchos de los fundadores de la terapia familiar fue un psiquiatra especializado en esquizofrenia con experiencia en psiquiatría infantil. Inicia su trabajo clínico en la clínica Menninger (1946-1954) donde estudia a madres y a sus hijos esquizofrénicos, su mayor interés fue la simbiosis madre-hijo, la cual permite la formación de su concepto de “diferenciación”, observó que las familias con un miembro psicótico mostraban una interdependencia intensa a la que llamó “la indiferenciada masa del ego familiar”. Bowen se traslada al Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) en 1954 donde desarrolla un proyecto para hospitalizar a familias enteras con un miembro esquizofrénico, este proyecto expandió el concepto de simbiosis madre e hijo para incluir a los padres y permitir el desarrollo del concepto de “triangulación” que describe un sistema emocional de dos personas que bajo presión forma un sistema de tres, es decir, al surgir una tensión entre dos personas, el que se sienta más incomodo aliviará la tensión triangulándola a un tercero; éste una vez atraído puede responder a la tensión aceptando una alianza con alguno de los otros dos. Bowen asocia la patología a la rigidez e indica que aunque en todas las familias se crean pautas triádicas, éstas se harán más rígidas cuando la familia se enfrente a un

cambio o sufra una tensión y serán más flexibles en periodos de calma (Hoffman, 1998). Durante el primer año de este proyecto Bowen separa a los miembros de la familia asignándoles un terapeuta a cada uno, sin embargo observó que esto tendía a fraccionar a la familia en lugar de trabajar sus problemas mutuos, por lo que después de un año concluye que la familia era la unidad de desorden y empieza a tratar a la familia entera. Así en 1955 inicia uno de los primeros trabajos en terapia familiar. En un principio creyó que sería terapéutico simplemente juntar a los miembros de la familia para abrir la comunicación entre ellos. Posteriormente rechazó esta idea al observar que la participación no directiva tenía muy poca utilidad, por lo que desarrolló una aproximación más directiva y estructurada, la cual fue paralela a la evolución de su teoría. Cuando juntaba a los miembros de la familia para definir problemas y discutir soluciones se encontró con una intensa reactividad emocional; sentimientos que tendían a envolver al grupo entero en caos y conflicto, por lo que uno de sus métodos fue el análisis de las reacciones emocionales en el otro. En 1959 Bowen deja el NIMH para ir a la Escuela Médica de Georgetown donde fue profesor de psiquiatría y director de su propio programa de entrenamiento para formar terapeutas familiares y de pareja, distinguiéndose de los demás terapeutas por establecer en 1964 su propio método y modelo terapéutico. Bowen consideraba que la mejor forma para llegar a ser un terapeuta familiar era resolver los propios problemas emocionales dentro de la familia de origen, por lo que en 1971 realiza un viaje a casa de su familia de origen para llevar a cabo lo que él llamó “una reunión de asuntos pendientes con ellos”, este viaje fue el prototipo de muchos que recomendó a sus pacientes.

Carl Whitaker fue reconocido como el más irreverente de los precursores de la terapia familiar al desarrollar su psicoterapia del absurdo en 1975. Esta terapia era una mezcla de calido apoyo e impredecibles pinchazos emocionales destinados a desatar y ayudar a los miembros de la familia a tocar con su experiencia inmediata, frente a la familia él podía representar una actitud de mayor enojo que ellos con lo cual realizaba cambios más violentos, siempre fue radical y provocativo. En 1943 él y John Warkentin trabajaban como co-terapeutas en Oakridge Tennessee, ahí iniciaron la práctica de incluir en la terapia al cónyuge y en algunas ocasiones a los hijos. Whitaker fue pionero en el uso de co-terapia, creía que el apoyo del co-terapeuta era esencial para hacer posible que los terapeutas familiares reaccionen espontáneamente sin miedo de la contra transferencia. En 1946 se trasladó como jefe de psiquiatría a la clínica Emory en Atlanta, donde trabajó con pacientes esquizofrénicos y encontró que involucrar a la familia en el tratamiento daba resultados positivos, ahí se unió a Warkentin y Thomas Malone con quienes continuó experimentando en el tratamiento con familias. Whitaker inicia una serie de conferencias que lo llevaron a convocar a la primera reunión del movimiento de terapia familiar en 1946, junto con Warkentin y Malone promovió cada dos años conferencias durante las cuales ellos observaban y discutían el trabajo de los otros con familias, en 1953 invita a Rosen, Schefflen, Bateson y Don Jackson a participar en la conferencia semi anual sobre familias, de la cual fue ese año sede en Sea Island, Georgia. Whitaker siempre tomó parte central de todos los acontecimientos del movimiento de terapia familiar desde su comienzo, siendo uno de los primeros editores del Family Process y uno de los primeros clínicos en incorporar la figura de los abuelos a la terapia familiar. Whitaker fue menos conocido por los estudiantes que otros terapeutas de la primera generación, ya que mientras Jackson, Haley y Bowen desarrollaban conceptos que fueron fácilmente introducidos a los estudiantes, la teoría de Whitaker siempre se mostró a favor de la creatividad espontánea,

deliberadamente creaba tensión y confrontaba familias en la creencia de que el estrés era necesario para el cambio, su proceso no tenía una estrategia obvia, no usó una técnica estructurada y prefirió, como él lo dijo, permitir que su inconsciente corriera la terapia; no obstante en su trabajo había un tema constante: todas sus intervenciones tenían el efecto de promover flexibilidad y cambio.

A Lyman Wynne se le considera uno de los líderes de la terapia familiar más distinguido y con más larga carrera en el estudio de las familias. Examinó los efectos de la comunicación y los roles familiares. Wynne vio a su primera familia en 1947 cuando trabajó con Erich Lindemann en el Hospital General de Massachusetts, la comprensión de Lindemann sobre la importancia de trabajar con la familia entera fue la perfecta práctica complementaria a lo que Wynne había aprendido académicamente. En 1952 toma un puesto de psiquiatra en el laboratorio de estudios socio-ambientales en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) donde trabaja intensivamente con las familias de pacientes mentales. En 1954 cuando Murray Bowen ingresa al NIMH encabezando un proyecto de investigación sobre esquizofrénicos y sus familias, Wynne encuentra en él a un colega que compartía su creencia de que la familia debería ser la unidad de tratamiento. Cuando Bowen deja el NIMH en 1959, Wynne toma la sección de investigación familiar, donde permanece hasta 1972. De 1950 a 1970 Wynne publicó muchos reportes de investigación y entrenó a varios investigadores clínicos talentosos, como Shapiro, Beels y Reiss. Sus estudios sobre familias de esquizofrénicos iniciaron en 1954 cuando empezó a tratar a los padres de sus pacientes hospitalizados en psicoterapia, se fascinó por el caos observado en esas familias y extendió los conceptos psicoanalíticos y la teoría del rol al nivel de sistemas; apoyó las observaciones de Bateson sobre las coaliciones cambiantes y las de Haley sobre las díadas inestables con lo cual nombró los conceptos de “pseudomutualidad” (alineaciones que no parecían una verdadera intimidad) y “pseudohostilidad” (escisiones que no parecían una verdadera hostilidad o distancia), ambos utilizados para referirse a la calidad extrañamente irreal de las emociones positivas o negativas (Hoffman, 1998); encontró los límites en torno a la familia como una barrera al parecer flexible pero en realidad rígida contra los de afuera, especialmente contra los terapeutas, la llamó “cerca de caucho” (Hoffman, 1998); también vinculó el nuevo concepto de comunicación desviada con el viejo concepto de desordenes del pensamiento y observó la comunicación como un vehículo para transmitir desordenes del pensamiento.

No obstante que Christian Midelfort fue un pionero en el trabajo en terapia familiar su reconocimiento sólo se da recientemente; empezó a principios de los 50's el tratamiento de familias de pacientes hospitalizados, comunicó sus ideas en un encuentro profesional en 1952 en la convención de la Asociación Psiquiátrica Americana y publicó uno de los primeros libros de terapia familiar en 1957 “The Family in Psychotherapy”. Su técnica consiste en alentar a los miembros familiares a dar unos a otros el amor y apoyo que fueron inicialmente proporcionados por el terapeuta.

Ivan Boszormenyi-Nagy se acercó a la terapia familiar desde el psicoanálisis. En 1957 fundó la Eastern Pennsylvania Psychiatric Institute (EEPI) en Filadelfia, un centro de investigación y tratamiento de familias con miembros esquizofrénicos, en él reunió a un gran número de talentosos colegas y estudiantes que contribuyeron enormemente al estudio de las familias; entre estos, James Framo (uno de los pocos psicólogos del movimiento,

quien realizó junto con Nagy uno de los textos más importantes “Intensive Family Therapy” en 1965, esta publicación fue de las primeras aportaciones a lo que más tarde se llamó terapia contextual o terapia integral), David Rubenstein (un psiquiatra que posteriormente condujo un programa de entrenamiento en terapia familiar) y Geraldine Spark (un trabajador social quien trabajó con Nagy como co-terapeuta y co-director de la unidad y como co-autor de “Invisible Royalties”). A este grupo se unió Gerald Zuk, un psicólogo interesado en las familias de pacientes con retraso mental. Zuk desarrolló en 1971 una aproximación a la terapia familiar llamada “base-triadica”, esta aproximación conceptualiza al terapeuta como miembro del sistema en el tratamiento, sosteniendo que el terapeuta inicia como mediador pero después toma partido para cambiar el poder y las alineaciones en la familia, señala que el terapeuta puede inclinar el balance en favor de una relación más productiva o al menos interrumpir un patrón crónico de relación patógena. En 1960 Albert Scheflen llegó al EEPI y se unió a Ray Birdwhistell para estudiar el lenguaje corporal en el proceso de psicoterapia. A principios de los 60’s, Ross Speck juntó con Carolyn Attneave desarrollaron “network therapy” en la cual el contexto de tratamiento iba más allá de la familia nuclear, así se invitaba a sesión a tantas personas como fuera posible siempre y cuando estuvieran conectadas de alguna manera con el paciente (incluyendo familia extensa, amigos, vecinos y profesores), las sesiones duraban de 3 a 4 horas y eran conducidas por un mínimo de 3 terapeutas que discutían formas de apoyo y ayuda para el cambio del paciente. En 1980, después del entrenamiento de cientos de profesionales, el EEPI cierra abruptamente, desde entonces Nagy continuó refinando su propia aproximación: “la terapia contextual”, considerada por muchos como una de las aportaciones más valiosas a la terapia familiar.

Aunque Salvador Minuchin no fue de los primeros dentro del movimiento, si ha sido de los que más lo influenciaron. Minuchin fue entrenado como psiquiatra en su natal Argentina, desarrolló una aproximación familiar al tratamiento de delincuentes en la escuela para niños Wiltwyck en Nueva York. Su publicación acerca del uso de terapia familiar con familias urbanas le permitió ser invitado a participar como director de la Clínica de Orientación Infantil en Filadelfia en 1965. Minuchin trajo con él a Braulio Montalvo y Bernice Rosean, en 1967 se reunieron con Haley y juntos transformaron la clínica en uno de los más grandes centros del movimiento de terapia familiar. Minuchin fue notable dentro de la clínica por su programa de entrenamiento como terapeutas profesionales a miembros norteamericanos blancos y de la comunidad negra; el argumento dado fue que las diferencias culturales hacen difícil a los terapeutas entender a la clase media de negros y latinos, por lo cual en 1969 Minuchin y Haley desarrollan una aproximación con el menor número de conceptos teóricos posibles dando inicio a la terapia familiar estructural. La terapia estructural inicia con la observación de las transacciones de la familia, cuando éstas son repetidas se desarrollan patrones regulares o estructura. Según Minuchin los problemas inician cuando la familia falla en modificar su estructura de acuerdo a las circunstancias. En 1970 bajo la guía de Minuchin la Clínica de Guía Infantil se convierte en el principal centro de entrenamiento en terapia familiar, provista con el mejor equipo para supervisión, trabajo y conferencias. Las cualidades de este entrenamiento incluían la supervisión directa y el uso de grabaciones en video, así como un adiestramiento que iba de la práctica a la teoría ya que Minuchin creía que los mejores terapeutas se formaban con la experiencia, así consideraba que una vez que los terapeutas entrenados veían algunas familias estaban listos para apreciar y utilizar la teoría de sistemas. Minuchin y Haley supervisaban de manera

directa observando las sesiones e interrumpiéndolas cuando era necesario para re dirigirlas, después el grupo estudiaba los videos para un análisis más profundo, en contraste a la supervisión tradicional, en la cual después de la sesión se les decía a los terapeutas lo que debieron haber hecho. En 1975 Minuchin deja la dirección del centro y enfoca su principal interés al tratamiento de familias psicósomáticas, especialmente con anorexia. En 1981 se traslada a Nueva York donde echa a andar el Instituto de Estudios de la Familia y pone su dedicación a enseñar a terapeutas familiares. También ha escrito algunos de los libros más populares del campo, entre ellos, “Families and Family Therapy” en 1974 y “Healing Family” en 1993.

Un importante impulso para el desarrollo y evolución de la terapia familiar lo tuvo el grupo de Bateson en Palo Alto y el surgimiento del Mental Research Institute (MRI), sus premisas y forma de trabajo estuvieron sustentados en la teoría de la comunicación humana y el papel del doble vínculo en los procesos de esquizofrenia.

En 1952, Gregory Bateson recibió un financiamiento para estudiar la comunicación humana dentro de un hospital; Bateson era etnólogo y en un inicio éste no fue un proyecto clínico. Las primeras personas que trabajaron con él fueron Jay Haley y John Weakland en 1953. En 1954 ingresó al proyecto Don Jackson como psiquiatra consultante y supervisor clínico dentro del programa de residencia del mismo hospital. Del trabajo de Bateson, Jackson, Haley y Weakland surge la más importante publicación sobre el doble vínculo: “Hacia una teoría de la esquizofrenia” en 1956, en este texto asumen que el comportamiento psicótico podría no ser resultado de un quiebre o incapacidad para tratar con la realidad; en cambio lo ven como resultado de un aprendizaje sobre como enfrentarse a una realidad de comunicación difusa, es decir, como una respuesta ante dos mensajes contradictorios en diferentes niveles donde el escape no es posible y la respuesta es importante. En su libro “Pasos hacia una ecología de la mente”, Bastón divide los créditos para el concepto del doble vínculo, entre los siguientes:

A Jay Haley por reconocer que los síntomas de la esquizofrenia sugieren una inhabilidad para discriminar los tipos lógicos, esta idea fue ampliada por Bateson al considerar que los síntomas y su etiología podrían ser formalmente descritos en términos de una hipótesis de doble vínculo. Esta hipótesis fue comunicada a Don Jackson lo que lo llevó a acercarse a sus ideas de homeostasis familiar. El estudio formal de las analogías entre hipnosis y esquizofrenia fue trabajado por Weakland y Haley.

Así, el trabajo de Bateson el antropólogo y Jackson el clínico, fue central en el desarrollo del pensamiento sistémico en relación al comportamiento humano, junto con las contribuciones tomadas del modelo cibernético y con la asistencia y colaboración de Haley y Weakland.

En 1954 Don Jackson documentó el dramático efecto que tenía la psicoterapia sobre otros miembros de la familia del paciente. Centró su atención en la dinámica de intercambio entre las personas, por lo que el análisis de la comunicación fue su herramienta para la comprensión y el tratamiento; al igual que Bateson, consideraba que el comportamiento y la comunicación son sinónimos. Los conceptos de Jackson tuvieron gran influencia en la

forma de mirar a las familias; así con el de homeostasis familiar se empezó a considerar a los síntomas como mecanismos homeostáticos que servían a las familias para mantenerse sin cambios; también fue significativa su idea básica de que toda la gente que mantiene una relación constante con otros desarrolla patrones de interacción entre sí, estos patrones fueron llamados redundancia comportamental o comunicacional. Muchos de sus conceptos (mecanismos homeostáticos, *quid pro quo*, doble vínculo, simetría y complementariedad) informan de sus estrategias y tácticas de terapia y contribuyen al inicio de un lenguaje temprano entre los terapeutas familiares de orientación sistémica.

En 1959, tras el impulso ganado por el proyecto de Bateson y el comienzo del conocimiento de la terapia familiar a nivel nacional, Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI), manteniendo un lazo no formal con el proyecto de Bateson hasta que éste oficialmente concluye en 1962, durante estos tres años Jackson y Bateson intercambiaron ideas y al final de éste, Haley se une a Jackson en el MRI.

También en 1959 Virginia Satir, quien trabajaba en el Instituto psiquiátrico de Chicago, motivada por su interés en el trabajo con familias fue a California a conocer el proyecto de Bowen en NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental) y más tarde busca a Jackson por lo cual se incorpora al MRI en 1959. Su habilidad de sintetizar ideas, su creatividad para el desarrollo de técnicas de enseñanza y su carisma personal le dieron una posición central dentro del instituto. Satir y Haley dejaron el MRI por el mismo tiempo hacia mediados de los 60's, posteriormente Satir publica "Terapia de unión" en 1967 e inicia la primera dirección del ESALEN.

Haley, por otro lado, fue a Filadelfia para desarrollar sus ideas sobre la familia como sistema. Manifestó énfasis en que las connotaciones negativas contribuían al antidesarrollo. En sus primeros años en Filadelfia colaboró con Minuchin en el desarrollo de la terapia estructural, posteriormente cambió su interés por la terapia estratégica e inició su trabajo con Milton Erickson. En 1963 Haley define su propia terapia como una forma directiva de tratamiento y la llamó "terapia breve estratégica", reconociendo que muchos de sus métodos fueron desarrollados por Erickson.

En 1967 el grupo del MRI edita el libro "Pragmatics of Human Communication" (Watzlawick, Beavin y Jackson), el cual sintetiza el trabajo del grupo hasta ese momento.

El MRI sufre un golpe severo tras la muerte de Jackson en 1968 y la pérdida de Haley y Satir al dejar el instituto por esas mismas fechas. Hacia los años siguientes el MRI vuelve a surgir bajo la guía conjunta de Watzlawick, Weakland y Fisch, su nuevo éxito retoma algunas ideas de Bateson, Jackson y Haley, aunado a las producciones matemáticas de Watzlawick, a las estrategias en terapia familiar breve y a la generación de un excelente concepto llamado "cambio".

El establecimiento de algunos otros importantes Centros de Terapia Familiar también contribuyó de forma significativa al crecimiento del movimiento. Así, en Nueva York, Israel Zwerling (quien fue analizado por Ackerman) y Marilyn Mendelson (quien fue analizada por Jackson) organizaron la sección de estudios de la familia en el Colegio de Medicina Albert Einstein y en su filial del Hospital de Bronx, donde Andrew Ferber fue

nombrado director en 1964 y después Philip Guerin (discipulo de Bowen) en 1970, Ackerman también participó como consultante del grupo, juntos formaron un impresionante grupo de terapeutas familiares con diversas orientaciones incluyendo a Chris Beels, Betty Carter, Monica McGoldrick, Peggy Papp y Thomas Fogarty (Guerin, 1976). Durante la labor de Guerin como director de 1970 a 1972, estableció un programa de entrenamiento extramuros en Westchester, inmediatamente después en 1973 fundó el Centro para el Aprendizaje de la Familia en Nueva York, aquí desarrolló uno de los más sólidos programas de entrenamiento en terapia familiar de la nación. Por otro lado, en Galveston Texas Robert MacGregor y sus colegas desarrollaron “terapia de múltiple impacto” (Mac Gregor 1967), en donde se trató de crear el máximo impacto posible en un corto tiempo, ya que muchas familias con las que trabajaban tenían que viajar largas distancias para ser tratadas, así se trabajaba en sesiones maratónicas de dos días de duración con un grupo diverso de terapeutas familiares. En Boston, Norman Paul desarrolló “duelo operacional” designado a revelar y expresar duelos no resueltos, consideraba a esta aproximación catártica útil con casi todas las familias, no sólo en aquellas que han sufrido una pérdida reciente. También en Boston, Frederick y Bunny Duhl establecieron el Instituto Familiar de Boston en 1969, donde desarrollaron “Terapia Familiar Integrativa”, junto con David Kantor y Sandy Watanabe combinaron ideas de diversas teorías familiares y sumaron un número de técnicas expresivas incluyendo la escultura familiar. En Chicago surge el Instituto Familiar de Chicago y el Instituto para las Investigaciones Juveniles. En el departamento de psiquiatría de la Universidad McMaster en Hamilton Ontario, gracias al trabajo de Nathan Epstein y sus colegas surge una aproximación centrada en los problemas: el “Modelo de McMaster de funcionamiento familiar” (Epstein, 1981), este modelo lleva paso a paso desde esclarecer el problema reuniendo datos, hasta considerar alternativas para su solución, a fin de ayudar a las familias a entender sus propias interacciones y construir mecanismos para evaluar su propio funcionamiento y adquirir nuevas habilidades; posteriormente Epstein fue reubicado a la Universidad Brown en Rhode Island.

Algunos de las más importantes contribuciones al desarrollo de la terapia familiar fuera de Estados Unidos incluyen, a Robin Skynner quien en 1976 usó la terapia familiar psicodinámica en el Instituto de Terapia Familiar de Londres; al también británico John Howells quien en 1975 establece un sistema de diagnóstico familiar como paso necesario para planear las intervenciones terapéuticas; al Alemán Helm Stierlin quien en 1972 junta ideas sistémicas y psicodinámicas para entender y tratar problemas de adolescentes; a Mauricio Andolfi quien empezó a trabajar con familias en Roma hacia inicios de los 70’s, fundando en 1974 la Sociedad Italiana para la Terapia Familiar; a Mara Selvini Palazzoli y sus colegas (Luigi Boscolo, Guliana Prata y Gianfranco Cecchin) quienes fundaron el Instituto para el Estudio de la Familia en Milán en 1967; las contribuciones de Selvini fueron de gran importancia dentro de este nuevo campo de investigación, “La prima seduta di una terapia familiare congiunta” es el primer artículo que escribió en 1967 como terapeuta familiar, motivada porque los enormes esfuerzos y cantidad de tiempo que había dedicado a pacientes anoréxicas en terapia individual no daban los resultados esperados; el grupo de Milán atendía familias que venían desde distancias muy lejanas por lo que se intervenía en aproximadamente 10 sesiones mensuales que duraban todo el día (Guerin, 1976; Nichols y Schwartz, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De esta manera, gracias a las contribuciones de todos estos terapeutas e investigadores se fue fortaleciendo el movimiento de terapia familiar iniciado en la década de los 50's, durante la cual se intercambiaban ideas respecto a la terapia familiar, todas éstas convergieron más adelante en el "Family Process" que apareció por primera vez en 1962 co-fundada por Ackerman y Don Jackson bajo la guía editorial de Jay Haley (1962-1969), revista que ha sido por muchos años el mayor vehículo científico para la comunicación de ideas; del mismo modo, también ha sido gran importancia el surgimiento en 1967 en Estados Unidos de la "American Family Therapy Association" (AFTA), fundada por la unión de varios institutos establecidos y reconocidos; por último, ha sido de gran valor para la consolidación del movimiento la publicación de libros con diferentes enfoques dentro del campo, los cuales esparcieron rápidamente el interés por la terapia familiar obligando al establecimiento de más institutos para la preparación de profesionales y a la cada vez mayor expansión de éste enfoque en diversos lugares del mundo.

Inicios y desarrollo de la Terapia Familiar en México

La aplicación de la terapia familiar en México comienza cuando en 1963 egresa de su entrenamiento con Epstein y Segal en Montreal el Dr. Raymundo Macias, quien al llegar a México imparte los primeros seminarios y cursos sobre terapia familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dentro del posgrado de psicología y el departamento de psiquiatría. Posteriormente en 1969 en colaboración con el Dr. Roberto Derbez y el Dr. Lauro Estrada establece el primer posgrado con duración de un año para la formación de terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana (UIA), para este proyecto el Dr. Macías tuvo como impulso el interés que mostraron los asistentes al curso que impartió la Dra. Teodora Abel en el Hospital Psiquiátrico Infantil. Para los años 1970-1972 se planteó un segundo curso en la UIA. En 1972 el Dr. Macias forma su propia institución "Instituto de la Familia A.C. (IFAC)" incorporado en un inicio a la UIA, en ese entonces los terapeutas en formación brindaban atención dentro del Hospital de Pediatría, Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil, Instituto Mexicano de Atención a la Niñez (IMAN), Programa Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Hospital General del Centro Médico Nacional, Servicio Psicológico de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Hospital de la raza, Hospital Psiquiátrico Infantil, Instituto Nacional de Nutrición, Clínica San Rafael y el Instituto Nacional de Cardiología. En 1977 el IFAC se separa de la UIA. En el año de 1989 el Dr. Macias abre su propia clínica de atención a familias. El marco teórico que se aplica en el IFAC parte de los enfoques estructural, estratégico, de Milán, de Boston, de Palo Alto (MRI), narrativo y construccionista social; con una visión dinámica sistémica e integrativa y una formación con duración de 3 años (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La expansión del interés por la terapia familiar en México conllevó al establecimiento de otros centros de formación y atención terapéutica familiar, de los cuales se hace mención reconociendo la importancia que estos primeros centros tuvieron en el desarrollo de la terapia familiar en el país; así tenemos a la Universidad de las Américas (UDLA), la cual empieza a impartir la maestría en Psicología de Género y Terapia Familiar con duración de dos años y con prácticas dentro de su misma clínica de atención (OIRA), en el Instituto Nacional de Pediatría y en el Hospital Infantil de México. En 1980 se modifica el programa original y se convierte en la maestría de Orientación Familiar.

En 1980 surge el Instituto de Investigación y Entrenamiento PERSONAS fundado por el Dr. Freidberg, el Dr. Lichtein y la Dra. Dolores Villa; originalmente este instituto ofrecía la formación en terapia Gestalt, fue en 1984 cuando dio un giro hacia la formación en terapia familiar y de pareja; dentro de su modelo conceptual está la terapia existencial, la estructural sistémica, de Milán, de Andolfi, del MRI y de Ackerman.

En 1984 el Dr. Ignacio Maldonado, médico psiquiatra y psicoanalista de grupos, fundó el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF). El Dr. Maldonado llega a México en 1974 invitado por el Dr. Macias como docente del IFAC, al separarse de éste forma en compañía de Horacio Skorkick y Estela Troya el ILEF con un marco teórico analítico, sistémico y social; posteriormente invita a trabajar con ellos a Margarita Díaz y Javier Vicencio.

En 1986 es fundado el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S. C. (IMTB) por la Dra. Maria Blanca Moctezuma, con el objetivo de formar profesionales de alto nivel en la aplicación de terapia breve y ofrecer la atención terapéutica a familias e individuos. Este instituto contó en sus inicios con la colaboración del Dr. Jorge Molina y la Mtra. Elena Fernández.

En 1987 la Dra. Maria Luisa Velasco, iniciadora y catedrática de la maestría de Terapia Familiar en la UDLA de 1981 a 1987, forma el Instituto de Terapia Familiar CENCALLI, con el objetivo de capacitar terapeutas familiares en la investigación de las problemáticas de las familias mexicanas y el desarrollo de métodos y técnicas de tratamiento, así como en el desarrollo de habilidades clínicas y su aplicación con énfasis en problemáticas tales como enfermedad crónica, adicciones y fracaso escolar; el grado de maestría y especialidad se otorga tras 2 años de formación y su enfoque teórico es estratégico estructural, de Milán y de la comunicación.

En 1992 surge el Instituto Superior de Estudios para la Familia, fundado por el Dr. Alberto Castellanos, con sede en la Universidad Anáhuac. Este Instituto ofrece la licenciatura en ciencias de la familia con una duración de cuatro años y la especialidad o maestría en ciencias de la familia con una duración de dos años y con el objetivo de formar profesionales dentro de las disciplinas sociales y los valores fundamentales de la familia, a fin de que puedan influir positivamente en las sociedad.

Un importante impulso para el desarrollo de la Terapia Familiar en México lo tuvo el origen y establecimiento de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), fundada en 1981 por la Dra. Maria Luisa Velasco. La AMTF tiene entre sus objetivos el difundir la terapia familiar, unificar y revisar los programas de los diferentes institutos de formación, tener un órgano de difusión y fundar su propia publicación; de esta manera la AMTF organiza congresos nacionales desde 1987 con la finalidad de proporcionar intercambio profesional y científico entre sus asociados y entre las organizaciones nacionales e internacionales afines. La AMTF publica en 1986 la revista multidisciplinaria “Psicoterapia y Familia” bajo la guía editorial de Rosemary Eustace Jenkins y la asesoría de Donald Block, editor entonces del “Family Systems Medicine” y de Carlos Sluzki editor del “Family Process”.

La Terapia Familiar en México ha seguido creciendo; actualmente la AMTF tiene de presidenta a la T.F. Alicia Olavarria y organiza cada dos años el Congreso Nacional de Terapia Familiar; la revista “Psicoterapia y Familia” se publica semestralmente teniendo como editora actual a la Dra. Jacqueline Fortes y hasta el momento se han establecido un sinnúmero de centros de formación y atención en Terapia Familiar, hecho que nos permite comprender la demanda que ha tenido y reconocer su cada vez más sólida consolidación en nuestro país.

Sobre el programa de Maestría en la UNAM.

Hemos visto como los terapeutas familiares han buscado desde sus inicios el estudio y comprensión del sistema familiar y han desarrollado modalidades de trabajo terapéutico con la finalidad de enfrentar las distintas problemáticas por las que atraviesan las familias, las cuales pueden afectar el ajuste óptimo de sus miembros a las exigencias que les plantea el medio ambiente. De esta manera han desarrollado estrategias de intervención fundamentadas en principios teóricos que derivan de la teoría general de los sistemas, la cibernética, la teoría de la comunicación humana, el constructivismo y el construccionismo social.

La Terapia Familiar surge como alternativa efectiva a las limitaciones que han tenido los tratamientos individuales; esta disciplina relativamente reciente nos ha demostrado la importancia de no tratar a la persona de manera aislada, sino enfocarla en su contexto natural y social de interacción; como proceso terapéutico nos permite la posibilidad de atender problemáticas diversas en un corto periodo de tiempo, lo que la hace viable para su aplicación en instituciones. De ahí la importancia de la existencia de programas de formación en terapia familiar, que desarrollen habilidades y competencias clínicas para intervenir tomando en consideración a la persona en interacción con su medio social del que forma parte.

La UNAM, en su afán de formar profesionales competentes que contribuyan a satisfacer las necesidades sociales, crea el programa de Maestría y Doctorado en Psicología Profesional con reconocimiento de alta excelencia académica y con énfasis en la formación docente, en investigación y atención comunitaria, el cual contiene la residencia en Terapia Familiar Sistémica impartida en dos entidades académicas: Facultad de Psicología y Facultad de Estudios Superiores Iztacala, con duración de dos años y un mínimo de 1600 horas de práctica supervisada.

La residencia en Terapia Familiar Sistémica tiene como finalidad formar profesionales con competencias y habilidades clínicas para el tratamiento e intervención adecuada con familias que presentan diversas problemáticas. Así se forma terapeutas familiares capaces de aplicar las estrategias de intervención de diversos modelos sistémicos como: estructural, estratégico, breve enfocado en el problema, de soluciones, Milán; así como modelos posmodernos basados en el constructivismo y el construccionismo social, como: narrativo, colaborativo y equipos de reflexión.

Para esto resulta necesaria la formación teórica de estudiantes dentro de estos modelos conjuntada con la práctica clínica.

El trabajo y práctica clínica se desarrolla en la Facultad de Psicología de la UNAM, en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Las actividades son coordinadas por la responsable de la residencia y la práctica clínica es supervisada por los profesores asignados (ésta puede ser en vivo o mediante supervisión narrada). Se trabaja en cámaras de Gesell y con sistema de intercomunicación y se utiliza video grabación en las sesiones. Se trabaja ya sea con un sólo terapeuta responsable y/o en co terapia, pero siempre con la participación y apoyo de un supervisor y un equipo terapéutico formado por estudiantes de la residencia, los cuales no siempre interactúan directamente con las familias, sino que se encuentran observando del otro lado del espejo.

1.2 CARACTERISTICAS DE LA SEDE DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO: Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

La Facultad de Psicología de la UNAM con el objetivo de formar estudiantes en psicología, integrando aspectos teóricos y prácticos dentro de la docencia, la investigación y la prestación de servicios de atención comunitaria, crea la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, dentro del cual se encuentra inmerso el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Este proyecto surge en 1980 por el Dr. José Lichtszajn, jefe entonces del departamento de psicología clínica y la Lic. Josette Benavides, siendo inaugurado en el año de 1982 bajo la coordinación de la Lic. Josette Benavides. Originalmente el proyecto estuvo dirigido a estudiantes de la facultad y a su familia nuclear, más adelante se amplió a toda la población estudiantil y a la comunidad en general. Dentro de sus objetivos se encuentran: 1.-Apoyar y fortalecer la formación teórico-práctica de los alumnos con la ayuda del trabajo de supervisión realizado por los especialistas, 2.-Fortalecer la producción científica y la investigación en escenarios reales, 3.-Difundir el trabajo que realiza el psicólogo como profesional en foros científicos y en la comunidad y 4.-Proporcionar servicios psicológicos de alta calidad. El Centro se encuentra ubicado dentro de las instalaciones de la Facultad de Psicología en el sótano del edificio “D” en Av. Universidad 3004, Delegación Coyoacán, Col. Copilco Universidad y actualmente es coordinado por la Lic. Noemí Barragán Torres.

El Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” está conformado por 26 cubículos, de los cuales, 12 están destinados a atención en terapia individual y 8 más amplios a atención grupal; de estos ocho, cuatro cuentan con cámaras de Gesell y tres de estos cuatro, cuentan además con cámara de video y sistema de sonido. El horario de atención del centro es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas.

Los servicios con los que cuenta incluyen tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas, retroalimentación biológica, modificación de hábitos alimenticios, atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual, atención a bebedores problema, terapia individual, terapia infantil, terapia racional emotiva, evaluación y peritajes psicológicos, atención a personas con enfermedades crónico degenerativas, terapia familiar y de pareja e impartición de diversos talleres a estudiantes y público en general.

El personal que presta servicio dentro del centro está conformado por los coordinadores de las residencias de las diversas maestrías, así como supervisores adscritos al programa, los cuales se encargan de observar los procesos terapéuticos e intervenir en la dirección de estos organizando las actividades necesarias para cada proceso terapéutico de los estudiantes que realizan servicio social y/o prácticas profesionales como terapeutas dentro del centro; a su vez, el servicio cuenta con personal administrativo encargado de distribuir las solicitudes entre las personas interesadas en el servicio, recogerlas una vez que son llenadas por éstas, revisar y canalizar las solicitudes al programa y tipo de intervención más adecuado según las demandas y necesidades de los usuarios, recibir a las personas que demandan el servicio, darles información y recoger los recibos de pago por las consultas.

La organización del servicio lleva una secuencia que inicia cuando los usuarios acuden al centro en busca de ayuda terapéutica, en este momento se les pide que llenen una solicitud en la cual expresan desde datos generales, hasta una breve explicación del motivo de consulta; posteriormente las solicitudes se agrupan en función del motivo de consulta, terapeutas y programas, así, conforme los terapeutas lo van requiriendo piden las solicitudes para su asignación de los casos.

El terapeuta se pone en contacto vía telefónica con la persona que demanda el servicio y concerta una cita para iniciar el proceso terapéutico; el terapeuta abre un expediente para llevar el seguimiento del caso, dicho expediente contiene registros que informan del desarrollo y evolución del proceso, motivos de altas y bajas y fechas de las sesiones terapéuticas.

El centro también cuenta con el servicio de canalización a otras instituciones extendiendo oficios o cartas de presentación; así mismo, recibe pacientes canalizados por otras instituciones, los cuales tienen que pasar por la misma secuencia anteriormente descrita, para poder ser atendidos.

La solicitud, también informa a los usuarios del sistema de trabajo dentro del centro, así se les pide su consentimiento para ser grabados u observados por un equipo terapéutico, este aspecto se les explica con mayor detalle dentro del encuadre en la primera sesión, donde también se les informa acerca de la cuota de recuperación que tienen que pagar por el servicio, la cual deciden ellos en función de sus posibilidades económicas entre un margen de \$50 y \$200 pesos por sesión.

El terapeuta decide la periodicidad de las sesiones subsecuentes y el horario y número de las mismas, esto en función de su modalidad de trabajo y las necesidades de cada caso. Una vez que se concluyen los objetivos del proceso terapéutico se da de alta al paciente; en caso de que falten a tres sesiones consecutivas sin razón y sin previo aviso, se les da de baja, este aspecto también está en función de la modalidad de trabajo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANÁLISIS DE LOS FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

Los postulados de las terapias sistémicas se derivan de principios tomados de la teoría general de sistemas, la teoría de la comunicación humana y la cibernética; las terapias posmodernas, aunque retoman algunos de estos principios, se desarrollan más con la cibernética de segundo orden, así como con el constructivismo y el construccionismo social; además los terapeutas familiares retoman las contribuciones hechas por investigadores en distintos campos.

1.- Fundamentos de las Terapias Sistémicas

Los modelos de terapia familiar sistémica parten de una nueva epistemología que deja atrás el interés exclusivo por el individuo en la terapia para pasar a un enfoque del contexto de interacción, donde cada elemento está influido por su totalidad e influye a su vez en ésta. La concepción interaccional considera una causalidad circular y no lineal. En este modelo cada elemento es a la vez causa y efecto de otro con el que se relaciona.

El planteamiento sistémico, además de contraponerse con la visión positivista lineal y unidireccional de algunos científicos, se opone a la teoría monista que postula que la verdad es única, completa y total; así parte de la premisa de que la realidad es relativa respecto de cada observador dependiendo de una infinidad de factores.

Esta nueva epistemología propone que: 1) la interacción entre los miembros de un sistema se considera determinante para la formación de un comportamiento actual, 2) una modificación del comportamiento de cualquier miembro de ese sistema conduce a una modificación del comportamiento de los demás miembros, 3) la persistencia de un problema o síntoma, y no su origen, es el punto crucial para la terapia; donde se busca el comportamiento más significativo en la persistencia del problema o síntoma y se enfoca en los elementos que pueden producir un cambio (modificar el comportamiento de las partes más directamente implicadas en el proceso y/o buscar un cambio en las interpretaciones de los acontecimientos) (Watzlawick y Nardone 2000).

Ideas y conceptos que enmarcan el trabajo del terapeuta familiar sistémico:

El surgimiento de una nueva revolución epistemológica, es decir, de otra forma de conocer el mundo o de pensar acerca de éste, desafía muchos de los conceptos más tradicionalmente arraigados y podría decir que marca una evolución de estos.

Hoffman (1998) realiza una interesante revisión de las contribuciones que investigadores y pensadores de distintos campos hicieron y que fueron formando las bases conceptuales de la terapia familiar. A continuación se menciona de manera secuencial y progresiva el desarrollo de cada idea y concepto, así como su explicación.

En un principio se empezó a considerar un modelo bicameral de observación, que abrió las posibilidades al reunir dos miradas distintas, es decir, dos puntos de vista sobre lo observado y la ventaja de que cualquier posición pueda ser evaluada por el otro.

Posteriormente el marco de observación fue ampliado. Para crecer y evolucionar fue necesario encontrar una altura desde la que fuera posible observar las pautas o secuencias que permitieran explicar lo que estaba ocurriendo. Este cambio es expresado por Hoffman (1998) comparándolo al desarrollo de la meteorología, donde los sistemas del clima no pueden comprenderse localmente: “Mientras estuvimos de pie en la tierra, por decirlo así, y experimentamos lluvia un día y sol al día siguiente, hubo que inventar una demonología que controlara estas diversas manifestaciones. Lo mismo ocurre con los comportamientos insólitos. Una demonología que explicara los comportamientos irracionales fue inventada una y otra vez por los grupos humanos para explicar la variable clima del alma. En algunos periodos se creyó que poderosos espíritus actuaban sobre una persona desde fuera; en otras ocasiones, se vieron poderosos instintos que dominaban a la persona desde dentro”.

Más adelante surge la idea de “circularidad”, concepto fundamental de esta nueva epistemología (opuesta al viejo pensamiento lineal), la cual lleva a replantear las explicaciones de la enfermedad mental en términos históricos y causales. El cambio hacia una nueva manera de pensar acerca de la enfermedad tuvo que ver con observaciones hechas en psiquiátricos con esquizofrénicos, en los que empezó a llamar la atención los curiosos comportamientos y comunicaciones entre el paciente y su familia.

Para explicarla, Bateson establece una distinción entre el mundo de los objetos físicos y el mundo de las formas vivas; el mundo físico de Newton supone un modelo de bola de billar en el que la causalidad es lineal y las fuerzas actúan unidireccionalmente sobre las cosas, por lo tanto se puede predecir la reacción de éstas; en el mundo de las formas vivas, no sólo la información, sino también la relación son importantes (Hoffman, 1998), en el caso de los sistemas vivos no es posible establecer una causalidad lineal, ya que éstos reaccionan a una infinidad de factores. En terapia ya no es aceptable pensar en el terapeuta como un agente provocador de cambios, ambos forman parte de un campo más extenso en que terapeuta, familia y otros elementos actúan y reaccionan unos sobre otros de maneras impredecibles (Hoffman, 1998).

Otra importante revolución ideológica fue cuando se empezó a considerar la desviación, vista tradicionalmente como negativa, como una oportunidad de cambio y adaptación de los organismos y sistemas a su entorno.

El hecho de que cuando un paciente mejoraba otro de los miembros de la familia empeoraba llevó a considerar la obstinación con que la familia se oponía al cambio y llevó a Jackson a desarrollar su concepto de “homeóstasis familiar”; posteriormente se empezó a atender la importancia de la desviación y Jackson llamó “escapada” a cualquier proceso amplificador de retroalimentación que se intensifica rápidamente, conduciendo a una descomposición, a una amplificación o a un resultado violento.

También se empezó a considerar la función del síntoma y el papel que el desviado (chivo expiatorio) tenía en la familia para mantener a ésta sin cambios, así se han criticado los sistemas de control dirigidos a cambiar al individuo desviado y no al proceso que lo crea.

El proyecto de investigación encabezado por Bateson en el grupo de Palo Alto, trajo a la luz muchas ideas y conceptos comunicacionales que son actualmente aplicados en los modelos sistémicos.

Se empezó a considerar que la comunicación podría darse en distintos niveles, así se habló de niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje; se observó que la esquizofrenia mostraba una incapacidad de discriminar entre niveles de tipo lógico y se encontraron confusiones en estos pacientes entre lo literal y lo metafórico.

La hipótesis de la “doble atadura” de Bateson resultó importante para explicar el entorno comunicacional al que está sometido el comportamiento esquizofrénico. Una doble atadura describe un contexto de habituales callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación; la doble atadura es una comunicación a muchos niveles, en que una demanda manifiesta en un nivel es solapadamente anulada o contradicha en otro nivel, por ejemplo, la petición: “dominame” sólo se puede cumplir obedeciendo, por lo tanto, resulta imposible responder a semejante petición (Hoffman, 1998). La petición paradójica se tiene que dividir en dos niveles, (uno se refiere al mensaje de “mando” que es de tipo lógico superior al mensaje de “informe” porque determina quien fija las reglas para la subclase de comportamiento permisible) y para resolverla la única manera es meta-comunicar, es decir, señalar cuan imposible es cumplir la orden, burlarse de ella o abandonar el campo; sin embargo, en la esquizofrenia ninguna de estas soluciones es posible, por lo cual se observa una “doble atadura patológica”, ya que existen, además de dos órdenes que se contradicen entre si, una tercera orden que prohíbe todo comentario (generalmente claves no verbales) o que imposibilita abandonar el campo (como cuando la persona que recibe la orden es un niño) y una situación que le parece a la persona a quien va dirigida dicha orden de vital importancia para sobrevivir.

Bateson también observó que la “descalificación de significados” era un elemento comúnmente encontrado en la comunicación en las familias con un miembro esquizofrénico. Un mensaje descalificado es una afirmación planteada a un nivel y refutada en otro (Hoffman, 1998), un ejemplo es decir que se está triste con un gesto de alegría en el rostro. La descalificación de significados es una táctica para controlar o impedir ser controlados. La teoría de los tipos lógicos de Russell establece una jerarquía de tipos lógicos, propone que todos los mensajes consisten en una declaración y una declaración acerca de tal declaración, es decir, todo mensaje es condicionado por otro mensaje en un nivel superior; Russell prohíbe que se unan un nivel superior y un nivel inferior, ya que cuando los dos niveles de mensaje son tratados como uno se llega a una situación auto contradictoria o paradójica.

Un paso importante hacia una mayor comprensión de la dinámica de las estructuras sociales fueron las investigaciones antropológicas realizadas por Bateson al estudiar la cultura

itumul en Nueva Guinea, las cuales se aplicaron posteriormente a organizaciones familiares.

Bateson descubrió que en algún nivel de la estructura hay una congruencia entre las leyes que gobiernan los distintos tipos de acontecimientos, la llamó: “la pauta que conecta”. El término “esquismogénesis” (ejemplificado por los círculos viciosos y también llamado por otros autores procesos de reacción mutua), lo empleó para describir el tipo de intensificación encontrada en los sistemas naturales y lo definió como “un proceso de diferenciación en las normas de comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos” (Hoffman, 1998), Bateson observa la presencia de ciclos autorreforzantes, en que las acciones de A desencadenarían las respuestas de B, que entonces desencadenarían una reacción aún más intensa de A, y así sucesivamente. Bateson encuentra dos tipos de ciclos autorreforzantes: el “simétrico” donde los comportamientos de A y B son similares, como en casos de competencia o rivalidad y el “complementario” donde las acciones generadoras serían distintas, como en ciclos de sumisión-dominio. En una intensificación simétrica ambos participantes intensifican las hostilidades hasta un “punto de equilibrio”, en el cual cesa la actividad, de lo contrario se llega a un límite que no se puede rebasar sin que el sistema se desplome o cambie a una nueva forma (los pleitos maritales intensificados a un punto pueden llevar al divorcio) (Richardson menciona que lo que puede marcar el límite de éstos sería el cansancio o la fatiga); un ciclo complementario aunque es distinto, suele tener una pauta de circularidad en torno a un punto de equilibrio; los ciclos autoreforzantes se repiten en forma de espiral y vuelven a empezar (un aumento en la población de lobos, reducirá la población de conejos, esto a su vez reduce la población de lobos hasta que se reconstruya la población de conejos). Bateson abordó la cuestión de que es lo que pone un alto a tales procesos de intensificación y evalúa las secuencias contrarrestantes de la desviación, contra las secuencias amplificadoras de la desviación (contrarrestar la simetría con la complementariedad y viceversa, un ligero comportamiento simétrico en una relación complementaria podría contener la tendencia a la diferenciación progresiva); posteriormente investiga otro tipo de barreras a la esquismogénesis y habla de frenos sociales externos; finalmente señala que el único factor que impide una “escapada” puede encontrarse en la naturaleza de la relación entre ambos bandos; así lo que detendría las tendencias esquismogénicas en bandos complementarios sería por si misma la dependencia mutua entre ambos bandos; de manera similar, una escalación simétrica puede ser contenida por acuerdos mutuos que beneficien a ambos. Bateson también habla de que un cambio hacia un proceso complementario positivo podría contrarrestar a otro proceso complementario dañino (Hoffman, 1998).

Teoría General de Sistemas

Esta teoría fue desarrollada en 1968 por Ludwing Von Bertalanffi (Sánchez 2000) y surge como un nuevo paradigma científico que da un giro de 180° respecto al modelo reduccionista o mecanicista, el cual partía de la premisa de aislar los elementos de un universo observado para estudiarlo y analizarlo con el fin de predecir su comportamiento individual. Este nuevo paradigma vislumbra a los organismos biológicos como un todo y enfatiza el no separar elementos, sino relacionarlos entre sí con el fin de comprenderlos en su interacción contextual (Bertalanffy, 1993). Retoma el principio de “el todo es más que la

suma de sus partes”, lo que implica que ver en amplitud da más información que ver de manera separada elemento por elemento.

Los principios básicos de la teoría general de sistemas aplicados a los sistemas familiares son: Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias. La estructura familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades. Los patrones que rigen al sistema son circulares y no lineales, la familia se ve como un sistema de interacción donde el comportamiento de A es consecuencia e influye en el comportamiento de B, C y D. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeóstasis, la tendencia central principal de un sistema es mantener el equilibrio; sin embargo la familia es un sistema abierto y en los sistemas abiertos la evolución y cambio es inherente (Bertalanffy, 1993).

El impacto que la teoría general de sistemas ha tenido en la aplicación de la terapia familiar se puede sintetizar de la siguiente manera:

El comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema. No se puede determinar la patología y diagnóstico de pacientes cuando no se conoce su mundo contextual de interacción, su familia, sus orígenes, sus antecedentes culturales y su entorno social y político; así una conducta aislada será siempre de dudoso diagnóstico y reducirá las posibilidades de tratamiento.

Es más, para el modelo sistémico no existe el concepto de “patológico” o “anormal” como tal, ya que hay una forma infinita de comportamientos, los cuales serán resultado de múltiples causas y dependerán de múltiples factores; así no existe una verdad única y absoluta y no se debe esperar que una familia o persona sean de determinada manera, encasillándolas en cierto patrón esperado o correcto; los pacientes son únicamente personas con problemas, donde los problemas surgirán al interrelacionarse en su contexto familiar, social, laboral, político o económico y serán establecidos o determinados como tal, sólo si representan incomodidades o dificultades en sus interrelaciones cotidianas. Por sí misma, la redefinición del síntoma (Watzlawick, Weakland, Fish, 1999), modifica la forma de mirar al problema, lo hace solucionable cuando no tiene un nombre aterrador.

Teoría Cibernética

La epistemología cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización. La visión de la cibernética está enfocada en una organización circular. Esta teoría establece que para poder conocer el mundo es necesario trazar distinciones, trazar distinciones implica hacer diferencias a manera de una navaja que corta y selecciona que poner y que no, esto crea la realidad e influye en las acciones a seguir, al mismo tiempo sabemos que estas construcciones son ilusorias, ya que el mundo puede percibirse de diferentes maneras según las distinciones que uno establezca; el observador primero distingue, luego percibe y luego describe; para comprender cualquier fenómeno debemos empezar por entender cómo fue construido, de esta manera la comprensión del universo no es el resultado de describirlo, sino de recordar lo que hicimos originalmente para engendrarlo (Keeney, 1991).

Las implicaciones que la cibernética ha tenido dentro de la terapia familiar brindan una manera diferente de percibir distinciones, estableciendo el síntoma en torno a la familia y no al individuo.

Toda pregunta al proponer una distinción construye su propia respuesta, los datos son seleccionados arbitrariamente por las hipótesis ya formadas. En la terapia las hipótesis y preguntas del terapeuta contribuyen a crear la “realidad” del problema que trata y no sólo prescriben como comprender la terapia, sino también como ejecutarla. Para el terapeuta familiar el método mediante el cual los datos son captados, es una forma de construir y mantener el contexto terapéutico.

Lo importante es tener visiones alternativas más amplias (no tratar que la familia se adapte a nosotros o a nuestro diagnóstico, sino nosotros adaptarnos a la familia). Finalmente lo que queremos ver es lo que vemos. El conocimiento es auto referencial, por lo tanto, se mira lo que es relevante para quien mira y sólo para él (Keeney, 1991). El sujeto que describe está dentro de la descripción, el observador en lo observado; así el describir te describe y el observar modifica lo observado; de aquí la influencia o predisposición, las categorías generan su propio cumplimiento (todo empeño por descubrir una patología, genera esa patología).

La teoría cibernética, también llamada ciencia de los sistemas autocorrectores o ciencia del control y la comunicación, se dividió en cibernética de primer orden y cibernética de segundo orden.

En la cibernética de primer orden el sistema observado se considera fuera del observador. Muchos encuadres terapéuticos caen dentro de esta perspectiva de terapeuta-paciente como observador-observado, sano-enfermo, donde el terapeuta se considera fuera del sistema, es decir, como vigilante del fenómeno a observar o modificar (Sánchez 2000).

Los primeros trabajos de cibernética fueron realizados por Norberth Wiener en 1948 y se centraron en los procesos de corrección de la desviación, es decir, en la retroalimentación negativa, postulando como los sistemas operan para lograr la homeóstasis (cambios de primer orden o morfostasis: mantener constancia ante los cambios ambientales).

Los postulados teóricos que establece la cibernética se refieren a la circularidad (repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo), estructura (totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto), sistemas abiertos (cuando existe un intercambio de estímulos con el ambiente, sistemas vivos), sistemas cerrados (sistemas no biológicos) y retroalimentación (recurso propio de los sistemas para vigilar su autorregulación a los estímulos externos) (Keeney, 1991).

Las primeras etapas de terapia familiar con origen sistémico deben sus orígenes a la cibernética, el grupo del MRI describe a la familia como un sistema cibernético que se gobierna a si mismo por medio de la retroalimentación. Se empezó a considerar la función del síntoma, el cuál ayudaba a equilibrar al sistema.

La segunda etapa de la cibernética se basa en el modo en que los sistemas cambian su organización por medio de la retroalimentación positiva con énfasis en los procesos de amplificación hacia la desviación, es decir, al desequilibrio para la posterior reestructuración del sistema (cambios de segundo orden o morfogénesis: modificación de la estructura básica del sistema). Whitaker y Minuchin aplican estos conceptos en sus sesiones, en las que introducen crisis, movimientos desequilibrantes, coaliciones, y ataques a subsistemas (Keeney, 1991).

Existe un cambio del modelo homeostático, aplicado por los primeros terapeutas familiares, hacia el modelo evolutivo, el cual implica procesos que amplifican las desviaciones y llevan a cambios de segundo orden o morfogénesis, en contraposición del modelo homeostático que veía a la familia cómo un sistema en busca del equilibrio, es decir, que cambiaba para mantenerse igual, involucrando sólo cambios de primer orden o morfostásis. Desde este punto de vista la desviación por si misma no es negativa como creían los que intentaban corregirla, sino incluso en algunos casos es necesaria para poder evolucionar y adaptarse a los cambios contextuales e inevitables a los que la familia se va enfrentando; sin contar además con el hecho de que una crisis o una tragedia puede llevar a un cambio positivo del sistema.

Schroedinger (Hoffman, 1998) usa el término “negentropía” como sinónimo de orden, pauta, estructura y regularidad; así comenta que ningún ser vivo puede sobrevivir sin pauta, o estructura; sin embargo, demasiada estructura o negentropía lo mataría.

En la cibernética de segundo orden se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta, en contraste con la cibernética de primer orden en donde el observador es una cámara que registra lo que ocurre fuera de él sin rendir cuentas de su propia participación al observar (Foerster, 1996). En este modelo el terapeuta familiar no es un agente que opera cambios en la familia, sino que es un receptor de la realidad de ésta; así durante el proceso terapéutico únicamente introduce diferencias significativas donde puedan surgir nuevas perspectivas compartidas para lograr el objetivo terapéutico.

El terapeuta tratará de insertarse al mundo de la familia sin jerarquías, la sesión de terapia se convierte en una amena conversación donde se intercambian diálogos respecto del problema presentado para que se obtengan más perspectivas y puntos de vista alternativos, con el fin de que la propia familia solucione sus propios problemas. Los descubrimientos o cambios que resulten del proceso terapéutico son logros de la familia y fruto de sus propios esfuerzos.

Teoría de la Comunicación Humana

Watzlawick, Bavelas y Jackson (1997) establecen 5 axiomas de la comunicación humana:

1.- Es imposible no comunicarse, ya que toda conducta es comunicación (verbal, tonal, postural, contextual, etc.) y no hay nada que sea lo contrario a conducta (actividad o inactividad, palabras o silencio), de esta manera no podemos decir que la comunicación sólo tiene lugar cuando es intencional, conciente o eficaz (que se logre el entendimiento).

Cualquier comunicación implica un compromiso porque define el modo en que el emisor concibe su relación con el receptor.

2.- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y uno de relación, tal es que, el segundo clasifica al primero y es, por ende, una meta-comunicación. Una comunicación no sólo transmite información (aspecto referencial) sino que al mismo tiempo impone conductas (aspecto conativo). Es importante la conexión entre los aspectos de contenido (referencial) y de relación (lo conativo). Las instrucciones (aspecto relacional) son de tipo lógico superior al de los datos (aspecto de contenido) porque indican el cómo debe entenderse esa información (es una comunicación acerca de la comunicación, es decir, una meta-comunicación). Las confusiones o contaminaciones entre estos niveles (comunicación y meta-comunicación), pueden llevar a paradojas, donde se da un doble vínculo patológico (pierdes si lo haces y pierdes si no lo haces).

3.- La naturaleza de la relación depende de la puntuación de la secuencia de los hechos entre los comunicantes. En las secuencias de intercambio de mensajes, cada ítem en la secuencia es al mismo tiempo, estímulo, respuesta y refuerzo (cadena de vínculos triádicos superpuestos). La falta de acuerdos con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones donde la solución es meta-comunicarse, un ejemplo muy utilizado es cuando en una relación una persona dice: “me enoja porque te retraes” y la otra responde: “me retraigo porque te enojas”.

4.- La comunicación se puede entender en términos tanto digitales como analógicos. La comunicación analógica se establece mediante una semejanza auto-explicativa (un ejemplo serían los dibujos). La comunicación digital se establece mediante una palabra, ésta se utiliza para nombrar algo arbitrariamente puesto que, la relación entre el nombre (palabra) y la cosa nombrada está arbitrariamente establecida, las palabras son signos arbitrarios. La comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal (postura, gestos, expresión facial, tono de voz, secuencia y ritmo). Las computadoras que utilizan el principio de todo o nada se les llama digitales, mientras que hay aparatos que manejan magnitudes positivas discretas (análogas a los datos) por lo tanto se les llama analógicos (un ejemplo es la maquina de mareas y el homeostato). El aspecto relativo al contenido se transmite en forma digital, mientras que el aspecto relativo a la relación en forma analógica. El material del mensaje digital es de mayor complejidad, versatilidad y abstracción que el analógico. La comunicación analógica no tiene la sintaxis lógica (no hay equivalencias para elementos del discurso “como si”, “o”, “luego”, etc.), no tiene equivalencias para ningún concepto abstracto, tampoco indicadores que permitan establecer distinción entre pasado, presente o futuro. El hombre debe traducir constantemente mensajes. La traducción del modo digital al analógico implica una gran pérdida de la información, mientras que lo opuesto resulta sumamente difícil.

5.- Las interacciones entre los comunicantes pueden ser simétricas o complementarias según se basen en la igualdad o en la diferencia. La interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia.

2.- Fundamentos de las Terapias Posmodernas

Friedman (2001) menciona que la modernidad tuvo sus comienzos a principios del siglo XVI, se consolidó en el siglo XVIII, dominó en el siglo XIX y se agotó en el siglo XX. La modernidad se caracterizó por un proceso acelerado de liberación del individuo de las restricciones tradicionales (religión, clase social, riesgo de enfermedades mortales, movilidad geográfica, oportunidades económicas), existía una admiración y sobrevaloración de la capacidad aparentemente ilimitada de la ciencia y la tecnología, que hacían posible que la vida cotidiana fuera más cómoda, así la ciencia prometía ser la respuesta y solución a casi todos los problemas.

Las observaciones y conclusiones realizadas por los científicos eran altamente acreditadas y poco cuestionadas, ya que se pensaba que sus observaciones eran más sistemáticas, rigurosas y racionales que las de cualquier otro que no tenía la habilidad de ellos para mantenerse independiente de los objetos de observación y dejar fuera sus propias emociones, valores y motivaciones personales a fin de evitar que sus conclusiones se contaminen con éstas.

En psicología, como en cualquier otra área que pretendiera llegar a considerarse ciencia, se realizaba un esfuerzo por llegar a ser una disciplina objetiva, para lo cual tenía que existir un control absoluto de variables, así como un énfasis en la meticulosidad aplicada por el sujeto experto sobre su objeto de estudio. Los supuestos de las teorías terapéuticas hacían referencia a una causa subyacente que era la base de la patología, la localización de esta causa dentro de los clientes o de sus relaciones, y en medios para diagnosticar problemas y medios para eliminar la patología, incluso surge un sistema de clasificación de las patologías.

Con la llegada de las ideas posmodernas brota una nueva perspectiva que influye en los terapeutas, creando una revolución en la manera de concebir y hacer terapia.

La posmodernidad crítica esta invulnerabilidad que se le atribuye a la ciencia, surge la idea de que en las teorías de los terapeutas también existe un fuerte sesgo ideológico. Con apoyo de diversos campos como la fenomenología, la hermenéutica y el constructivismo florecen nuevas aportaciones que brindan un enfoque completamente diferente; así, los fenomenologistas llevan a considerar la importancia de entender la situación del cliente y sus actos en los propios términos de éste y dejar fuera el prejuicio del terapeuta como experto de la disfunción individual; por su parte los constructivistas empiezan a cuestionar la tradicional separación entre el conocedor y lo conocido, afirmando que el científico nunca es independiente del mundo que observa; y los hermeneuticistas exponen lo equívoco de la concepción del terapeuta como analista objetivo de los estados mentales al sostener que la interpretación terapéutica está fuertemente influida por los presupuestos del propio terapeuta (Mc. Namee, 1992).

De igual manera el construccionismo social acepta que los problemas y sus soluciones no surgen de la simple observación. Mc. Namee (1992) menciona que localizar un problema para el que se requiere una solución no depende tanto de lo que tenemos ante nosotros como de lo que tenemos detrás; nos enfrentamos a las situaciones de la vida provistos de

ciertos códigos y estructuras previas de comprensión, así llegamos al campo de la observación con toda una vida de experiencia cultural y con un lenguaje que nos proporciona la lógica para describir y explicar lo que observamos; así mismo, nuestras construcciones del mundo estarán limitadas por nuestra lengua.

El término posestructural se ha usado como sinónimo de posmoderno; una visión posestructural cuestiona todo marco de trabajo que plantee algún tipo de estructura interna para el ente en cuestión, con esto se ataca la concepción cibernética de ver a la familia como un sistema homeostático, así algunos terapeutas familiares desertaron de las filas de la cibernética y se pasaron a las de la hermenéutica, reemplazando la curva de la retroalimentación de los sistemas cibernéticos por la curva intersubjetiva del diálogo (Hoffman, 1992).

Constructivismo

El movimiento constructivista tuvo un gran impacto entre los terapeutas familiares, este movimiento planteó la idea de que los individuos tienen un papel activo en relación con el conocimiento del mundo; las ideas constructivistas cuestionan el sentido de “objetividad” (dado que es el individuo el que construye su mundo, existe pues un rol determinante de la persona sobre lo que se construye), a raíz de esta idea los terapeutas familiares empezaron a aceptar la posibilidad de múltiples versiones acerca de la realidad (Mastache y Limón, 1996).

Al aceptar que el mapa no es el territorio se acepta la idea de que todo es interpretación, estamos constantemente interpretando lo que creo que el otro está diciendo, por lo tanto lo que interpreto del otro tiene que ver más con lo que yo soy que con lo que es el otro. De esta manera lo más importante al conocer es el proceso de auto-reflexión, más que la observación del otro, ya que el otro es una construcción del que lo ve.

Construccionismo Social

Esta perspectiva pone mayor énfasis en la interpretación social y en la influencia intersubjetiva del lenguaje, de la familia y de la cultura. Se plantea que las ideas, conceptos y recuerdos surgen de un intercambio social y están mediados por el lenguaje, al movernos en el mundo construimos ideas acerca de éste a través de las conversaciones con otras personas, durante este diálogo se presenta una constante generación de significados. Desde esta visión la acción humana es producto de sus relaciones sociales y no de la forma en que mira el mundo (Gergen, 1989).

Se distingue del enfoque constructivista ya que, aunque ambos se oponen a la idea moderna de que existe un mundo real que puede conocerse con certeza objetiva, el constructivismo promueve una imagen del sistema nervioso como maquina cerrada (Hoffman, 1992), mientras que para los construccionistas las percepciones y construcciones surgen dentro del contexto de interacciones sociales y del lenguaje que de éstas surja.

Según Hoffman (Mc. Namee, 1992), la terapia con enfoque construccionista social está representada por el grupo de terapeutas de Galvestón: Anderson y Goolishan (1988), el grupo Tromso: Andersen (1987) y el grupo Brattleboro: Lax y Lussardi (1989).

El Construccionismo social marca una diferencia respecto a la forma tradicional y moderna de hacer terapia y propone nuevas ideas fundamentadas en los postulados básicos del posmodernismo, los cuales establecen que todo conocimiento es una construcción que está inmersa en una cultura; por lo tanto no existe una verdad objetiva, sino verdades en contexto que llevan a una pluralidad de realidades. Suponer que existen verdades absolutas implica establecer una relación de poder con los otros, es decir, el que conoce la verdad sobre el que la desconoce.

Por lo tanto, esta perspectiva cuestiona la relación jerárquica de poder que mantienen los terapeutas, así propone cambiar la imagen del terapeuta como observador objetivo y verlo en cambio como un colaborador; donde nadie tiene la última palabra y no se busca una verdad o causa, sino la co-participación en la generación de significados alternativos más funcionales para el paciente.

Gergen (2002) al mencionar la influencia que ha tenido el construccionismo social en el trabajo terapéutico, expresa que; mientras la terapia tradicional se centra en los estados mentales del individuo y la meta terapéutica es transformar la mente individual; en la terapia basada en la construcción social lo que a cada persona le pasa es, más bien, lo que ocurre entre personas, por lo tanto, se le da un lugar central a la relación entre éstas.

Al ser el lenguaje un fenómeno relacional, la terapia se convierte en un proceso de transformación del discurso y debido a que los significados surgen continuamente dentro del proceso relacional, se ve la relación cliente-terapeuta como una oportunidad para co-construir significados alternativos.

Gergen también establece la diferencia entre las terapias tradicionales que buscaban la verdad y las posmodernas en especial el construccionismo social, donde se aceptan diferentes construcciones de lo real –cada una válida dentro de su propia comunidad- , por lo tanto a la terapia con marco posmoderno le va a interesar más encontrar alternativas que conocer las “causas” de un problema. De igual manera muchos terapeutas se encuentran influenciados por la tradición del modelo médico que define a los problemas de los pacientes como enfermedades y les pone un nombre, el construccionista en cambio piensa que el “problema” es tan sólo un símbolo lingüístico y cree que cuando el terapeuta nombra y explora los problemas del cliente los magnifica haciéndolos una realidad palpable Gergen (2002).

Finalmente, según Hoffman (Mc. Namee, 1992), este nuevo enfoque es más participativo que otros y está menos orientado hacia los objetivos, incluso algunos afirman que no tiene objetivos en absoluto.

2.2 ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICO-METODOLÓGICO DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN DE TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS SISTÉMICOS:

TERAPIA ESTRUCTURAL:

Fue desarrollada por Salvador Minuchin y Jay Haley en 1969, consiste en una aproximación teórica y técnica con la cual se intenta modificar la estructura del grupo familiar y en consecuencia, al cambiar las posiciones de los miembros del grupo cambian también las experiencias de cada individuo (Minuchin, 1990).

Dentro de los conceptos teóricos que maneja el modelo estructural (Minuchin y Fishman, 1991), se encuentran el de estructura familiar que es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en los que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas regulan la conducta de los miembros de la familia (Minuchin, 1990). El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas u holones, los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan y de qué manera, la función de los límites es proteger la diferenciación del sistema, todo subsistema familiar posee funciones específicas planteando también demandas específicas a sus miembros, por ello, es importante que los límites sean claros para evitar interferencias pero permitiendo el contacto entre subsistemas. La jerarquía hace referencia a la distribución del poder dentro del seno familiar, la alianza se refiere a la unión de dos o más miembros de la familia, mientras que la coalición se refiere a la unión de dos o más contra un tercero, la geografía es el espacio físico que ocupan los miembros de una familia en un momento dado y el territorio hace referencia al espacio emocional que ocupa cada uno de los miembros de la familia, lo cual implica centralidad (ligas emocionales centradas o dirigidas a un miembro específico) y periferia (miembro más desligado y con menos vínculos emocionales).

La fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas le exigen una reestructuración. Los límites de los subsistemas deben ser firmes, pero suficientemente flexibles como para permitir una modificación cuando las circunstancias cambien (Umbarger, 1983). El modelo estructural considera que una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que pueda seguir funcionando, sin embargo, es posible que una familia que ha funcionado eficazmente responda con estrés al desarrollo, apegándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos con el fin de mantener su estructura; si una familia responde al estrés con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales que los pueden llevar a terapia.

Focos de interés:

El modelo estructural enfoca su interés en la estructura del sistema familiar, donde la estructura está conformada por las pautas de interacción que una familia realiza a través del

tiempo; así el término estructura denota pautas de interacción relativamente duraderas que conllevan a relaciones entre los miembros más o menos constantes, la estructura familiar está conformada pues por límites, jerarquía, alianzas, coaliciones, geografía y territorio pautados entre miembros de la familia que regulan su cotidiano flujo de información y de energía.

Objetivos terapéuticos:

En terapia estructural se busca alterar el contexto inmediato de las personas de tal modo que sus posiciones cambien. Al cambiar la relación entre una persona y el contexto familiar en que se mueve, se modifica consecuentemente su experiencia subjetiva.

El objetivo terapéutico es modificar la estructura de la familia, es decir, su dinámica y organización, el terapeuta quebranta la homeóstasis existente produciendo crisis y de esta manera empuja al sistema a elaborar una mejor organización para su funcionamiento.

Técnicas y Estrategias terapéuticas:

Minuchin (Minuchin y Fishman, 1991) menciona dentro de su modelo la existencia de tres estrategias básicas: I Reencuadre (cuestionamiento del síntoma), II Reestructuración (cuestionamiento de la estructura) y III Realidades (cuestionamiento de la realidad), cada una de las cuales dispone de un grupo de técnicas.

- I.- La estrategia de reencuadre emplea 3 técnicas: a.- escenificación, b.- enfoque y c.- logro de intensidad; su finalidad es cuestionar el síntoma y la realidad de la familia, para lo cual será importante identificar mitos, ideología, valores, etc., de manera tal que el terapeuta pueda proveer a la familia de otra realidad diferente.

a.- En la técnica de escenificación el terapeuta le pide a la familia que se comporte como lo hace normalmente, el terapeuta puede mantenerse observando o intervenir dando indicaciones. Las interacciones pueden surgir espontáneamente, el terapeuta puede provocar que sucedan o puede proponer una respuesta alternativa de interacción.

b.- La técnica de enfoque pretende centrar la importancia en un campo en particular y destacar ciertos elementos, el terapeuta selecciona y organiza datos en torno a un tema para dar un sentido nuevo y generar cambios.

c.- La técnica de intensidad pretende asegurar que el mensaje sea recibido. El mensaje terapéutico debe cubrir tres condiciones: que sea reconocido por la familia, alentar a experimentar cosas nuevas en conductas y avanzar en su eficacia. El terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico destacando las interacciones funcionales, para lograr esto se puede utilizar la repetición del mensaje, no sólo usando la misma frase, sino también a través de metáforas o usando otras frases parecidas; también se puede utilizar la repetición de interacciones isomorfas, es decir, situaciones aparentemente diferentes pero en el fondo iguales, donde se atiende no al contenido sino a la forma, por ejemplo, una vez que se determina que hay un problema de comunicación, se hace ver éste en diferentes situaciones dentro de la misma sesión; también se puede utilizar la modificación del tiempo

para dar una nueva vivencia y mostrar que con conductas diferentes se pueden obtener respuestas diferentes; se puede utilizar cambios en la distancia a través de movimientos de sillas para diferenciar los subsistemas, para señalar jerarquías y poner de relieve las distancias o los lugares que ocupan los miembros de la familia o para bloquear interferencias entre miembros y fomentar la comunicación; así como resistencia a la presión de la familia.

- II.- Dentro de la estrategia de reestructuración, resulta importante primeramente observar el mapa de la familia e identificar subsistemas, esta estrategia emplea 3 técnicas: a.- fijación de fronteras, b.- desequilibramiento y c.- complementareidad; cuyo objetivo es cuestionar la estructura de la familia.

a.- Las técnicas de fijación de fronteras sirven para regular la permeabilidad entre subsistemas y modificar la participación de los miembros en los distintos subsistemas. Esta técnica está basada en la idea de que participar en un contexto específico requiere respuestas específicas para ese contexto (las personas funcionan siempre con una parte solamente de su repertorio), es posible actualizar alternativas si el individuo empieza a interactuar en otro subsistema.

Las técnicas de fijación de fronteras se componen de distancia psicológica y duración de la interacción. Primeramente el terapeuta observa la distribución de los miembros de la familia (observa dónde se sientan, quién habla, quién interrumpe, quién completa la información, quién apoya, quién ayuda, quién confirma, etc.; estos pueden ser indicadores débiles pero proporcionan un mapa tentativo de alianzas, coaliciones, díadas funcionales y de pautas que expresan la estructura); y posteriormente el terapeuta puede utilizar constructos cognitivos, como frases y metáforas o maniobras concretas como movimientos de sillas, cuyo propósito es poner de manifiesto la intromisión, separar díadas demasiado unidas y crear fronteras entre subsistemas. Con la duración de la interacción se extiende o alarga un proceso a modo de incrementar su intensidad, lo cual puede ser un recurso para demarcar subsistemas o separarlos.

b.- Las técnicas de desequilibramiento tienen como objetivo modificar la jerarquía de las personas dentro de un subsistema, es decir, cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema, el terapeuta se utiliza a sí mismo aliándose con miembros (confirmando o destacando tendencias positivas), ignorando miembros o colisionándose con miembros, alternadamente.

c.- Las técnicas de complementareidad tienen como objetivo cuestionar la idea de jerarquía lineal, incluyen cuestionamiento del problema, cuestionamiento del control lineal y cuestionamiento del modo de recortar sucesos.

- III.- Para la estrategia de realidades, se emplean 3 técnicas: a.-empleo de constructos cognitivos, b.-uso de paradojas y c.-búsqueda de los lados fuertes, su objetivo es cuestionar la realidad de la familia y la manera en que la familia legitima su estructura; parte del supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal y como es vivida por la familia, entonces para modificar la visión de la

realidad familiar por la que se rigen los miembros de la familia, es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos.

a.- El empleo de constructos cognitivos incluye construcciones mentales, utilización de símbolos universales, verdades familiares y consejo profesional especializado.

b.- El uso de paradojas se refiere a intervenciones paradójicas basadas en el desafío, incluyen coro griego y fidelidad a la paradoja sistémica.

c.- La búsqueda de lados fuertes incluye la respuesta al paciente individualizado y las alternativas de interacción.

Postura del terapeuta:

El terapeuta es directivo, generador de cambios, el terapeuta provee a la familia de realidades diferentes y mantiene una mayor jerarquía dentro del sistema.

TERAPIA ESTRATÉGICA:

La principal influencia del modelo estratégico se deriva de los aportes de Milton Erikson, de quien Jay Haley aprendió la técnica terapéutica basada en las directivas así como en una visión práctica de la vida y de los problemas humanos, en 1963 Haley define su terapia como breve estratégica. Una terapia puede considerarse estratégica, si el clínico inicia con lo que ocurre durante este proceso terapéutico y diseña una estrategia específica para resolver cada problema de acuerdo con la situación particular del cliente (Haley, 1999).

La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asuma la responsabilidad de influir directamente en la gente (Haley, 1999). El interés de esta terapia está más enfocado a las técnicas que a la construcción de una teoría.

Los problemas familiares son vistos cómo la expresión de esquemas organizativos disfuncionales (fronteras generacionales difusas, formación patológica de triángulos, confusiones en la jerarquía familiar), así como perturbaciones de adaptación en el ciclo de vida familiar (Simon, Stierlin y Wynne, 1988). Parte de la idea de que las personas sintomáticas se organizan en jerarquías incorrectas y la intervención apunta hacia el cambio de esa jerarquía problemática. Madanes (1984) sugiere que la organización relacional de las personas con problemas presenta una jerarquía dual donde se observa un conflicto en la comunicación, o sea una conducta sintomática.

Focos de interés:

Presta atención a dilemas en la comunicación y a la existencia de jerarquías y niveles de mensajes duales e incongruentes.

Objetivos terapéuticos:

En la terapia estratégica la iniciativa corresponde en gran medida al terapeuta, éste debe identificar problemas solubles, fijar metas muy claras y específicas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por último, evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz (Haley, 1999).

Su interés se va a centrar en cambiar una organización con un funcionamiento defectuoso, ya que considera que la manifestación de síntomas es señal de un ordenamiento jerárquico confuso, lo que produce una lucha por el poder. La organización peligra cuando se establecen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos. La secuencia rígida y repetitiva es la que determina el caso patológico, por lo tanto, se debe impedir la repetición de secuencias en la cual surgen problemas.

El objetivo de la terapia es cambiar la secuencia de hechos; para lo cual se programan varias etapas abarcando a más de una persona con el fin de modificar la organización familiar, substituyendo el sistema que presenta la familia por otro diferente “anormal” antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional.

Estrategias e intervenciones terapéuticas:

Erickson se basó en técnicas hipnóticas de las cuales surgen las siguientes estrategias terapéuticas (Haley, 1999):

- Aliento de la resistencia

Cuando un paciente resiste directivas, el terapeuta acepta su respuesta e incluso la alienta, entonces ocurre que queda atrapado en una situación donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa; una vez que está cooperando se le puede desviar hacia una nueva conducta.

- Ofrecimiento de una alternativa peor

Un problema en terapia es cómo lograr que el paciente siga directivas y al mismo tiempo alcance autonomía para tomar sus propias decisiones y establecer sus propios caminos. El procedimiento es dirigir al paciente en un sentido pero en realidad incitarlo a ir en otro, se le puede ofrecer a la persona algo que no le gusta para que elija alguna otra cosa y evite la alternativa peor. Se pueden utilizar varios procedimientos a fin de lograr que a una persona le resulte más difícil conservar el problema que renunciar a él.

- Metáforas: determinación de un cambio mediante comunicaciones metafóricas

Cuando un paciente resiste las directivas, es posible comunicarse con él en términos de una analogía o una metáfora. Si se resiste a A, el terapeuta puede hablar de B, y si A y B son relacionados en forma metafórica, el paciente hará “espontáneamente” la conexión y responderá en forma adecuada.

Erickson observaba agudamente la comunicación no verbal y metafórica de los pacientes para obtener la información que necesitaba y para planear sus intervenciones. Si bien se

comunicaba metafóricamente no les interpretaba el significado de sus metáforas (no traducía la comunicación “inconsciente” a términos concientes), basado en la opinión de que la profundidad del cambio puede verse perjudicada si la persona es expuesta a una traducción de lo comunicado.

- Aliento de una recaída

Erickson acostumbraba prescribir una recaída cuando los pacientes estaban mejorando, sobretodo cuando esta mejoría se daba con demasiada rapidez.

- Frustración de una respuesta para alentarla

Se indica al paciente una cierta manera de comportarse y cuando comience a cumplir con la indicación, se cortará la respuesta y se pasará a otra área. Cuando se retome la directiva original responderá mejor porque anteriormente fue frustrado cuando ya había surgido en él la disposición a responder. Esto funciona especialmente con pacientes que cuanto más se les alientan a responder menos responden.

- El empleo del espacio y la posición

Se fundamenta en la creencia de que se puede modificar la conducta de cada miembro con respecto a los otros si se cambia su orientación espacial.

- Énfasis en lo positivo

Se destaca lo que hay de positivo en la conducta de cada persona. Esto se basa en el supuesto de que cada persona tiene un deseo natural de crecimiento y en la opinión de que el paciente coopera más si uno destaca lo positivo. No se minimizan las dificultades pero siempre se encuentran en ellas algún aspecto que puede aprovecharse para mejorar el funcionamiento de una persona o de su familia.

- Siembra de ideas

Erickson “sembraba” o establecía ciertas ideas para después construir algo sobre ellas. Al comienzo de la terapia destacaba ciertas ideas y así si más tarde quería lograr una determinada respuesta ya había establecido su infraestructura. Se introducía algo nuevo siempre dentro de un marco referencial que lo conecta con algo que ya se ha hecho previamente.

- Ampliación de una desviación

Se trata primero de alcanzar una pequeña respuesta y luego construir sobre ella, ampliándola hasta lograr la meta. Existen dos enfoques generales adecuados, el primero es inducir una crisis que rompa el equilibrio del sistema de modo que éste deba reformarse con pautas diferentes, el otro es elegir un aspecto del sistema y provocar en él una desviación que después es alentada y ampliada hasta que el sistema se descontrola y tiene que reorganizarse según una nueva serie de pautas.

- Control de la información

A veces se permite que los miembros se intercambien cierta información pero no otra, controlando paso a paso el proceso hasta que se alcanza la meta perseguida, en ocasiones se puede ver a los miembros en entrevistas separadas y al reunirlos a todos se puede organizar

lo que se va a decir y cómo se va a decir, de modo que los sucesos se orienten hacia objetivos particulares.

- Evitación de la exploración de si mismo

Está basado en la idea de que el cambio se produce por el modo en que el terapeuta interviene en la familia con total independencia de la conciencia de los participantes, por lo cual se evita la explicación de las causas de la conducta.

- Uso de la comunicación tanto digital como analógica y de paráfrases

El terapeuta estratégico es muy directivo, ya que el grado de responsabilidad mayor recae en él. Al impartir una directiva o tarea el terapeuta debe ser claro, directo, concreto y específico; no debe dejar al paciente algo que no pueda realizar (considerar tiempo, posibilidades y oportunidades); debe explicar el por qué de la tarea, que sea justificable para el paciente y que sepa que va a obtener algún provecho de ésta; en caso de incumplimiento de la tarea se le debe dar la importancia al hecho porque de lo contrario estará descalificando su propio trabajo. Haley (1988, 1989) hablaba de la existencia de dos tipos de directivas:

1.- Decirles que hagan algo con el propósito de que lo cumplan; así se les puede decir que dejen de hacer algo o que hagan algo diferente, o se puede usar analogías en personas más dispuesta a cumplirlas si no tiene conciencia de haberlas recibido.

2.- Decirles que hagan algo con el propósito que no lo cumplan (que cambien por la vía de la rebelión y el desafío), tareas paradójicas.

Haley (1988, 1989) establece las siguientes etapas de una intervención: Establecer una relación cómo tendiente a provocar el cambio: relación terapéutica. Definir claramente el problema. Fijar los objetivos. Ofrecer un plan y una explicación que haga razonable la directiva terapéutica. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por autoridad en la materia. Impartir la directiva. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual. Por último a medida que continúa un cambio el terapeuta deberá evitar que se acredite como un logro de él.

En ocasiones el dirigir directamente produce resistencias, enciende procesos auto-correctores y provoca mayor rigidez en el sistema. Se debe estimular la conducta típica de tal modo que la haga cambiar, para lo cual se utilizan tres tácticas (Haley 1988, 1989):

- Instrucciones cuya ambigüedad haga difícil el resistirse (haga lo que haga estará siguiendo nuestras instrucciones).
- Énfasis en lo positivo (rompe el círculo vicioso al redefinir la conducta cómo algo positivo).
- Estimulación de la conducta habitual (para que la resistencia pueda manifestarse tan solo en forma de cambio).

En su trabajo terapéutico, Haley (1988, 1989) y Madanes (1984) acostumbraban utilizar intervenciones paradójicas. La paradoja radica en la contradicción de la que no se puede salir, de la que no se tiene opción porque se haga lo que se haga se llevará al mismo

camino; sin embargo aunque toda paradoja es una contradicción, no toda contradicción es una paradoja.

La paradoja debe impartirse en términos muy claros y concretos (incluso las instrucciones deben estar muy bien limitadas con hora y lugar), debe haber una relación subordinado-superior (paciente-terapeuta) entre la persona que la prescribe y la persona que la va a realizar. El objetivo es prescribir dos posturas incompatibles que se contrapongan y por lo tanto no se puedan cumplir.

- La prescripción del síntoma puede tener un efecto paradójico. Su función radica en prescribir más de lo mismo (síntoma) hasta lograr un efecto de saciedad y hastío (“tocar fondo”).
- Sustituir el sistema que presenta la familia por otro diferente “defectuoso” antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional.

Postura del terapeuta:

El terapeuta es directivo, tiene el control, mayor responsabilidad y jerarquía en el tratamiento. Sin embargo, ante la familia, el manejo que le da a esta responsabilidad, es que es tan responsable como la propia familia, con el fin de comprometerla a trabajar en el proceso terapéutico. Toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la familia haga algo.

El terapeuta identifica el problema con la finalidad de establecer objetivos claros.

No busca que la familia caiga en insight, no busca que comprenda el problema sino que haga algo para cambiarlo.

No formula interpretaciones.

No trata de persuadir a los integrantes de que el verdadero problema está en la familia y no en el individuo.

No se centra en el pasado, sino en el presente.

Puede cambiar de estrategia si no funciona la que había aplicado.

Puede tomar elementos de todos los modelos y técnicas estratégicas que podrían ser útiles.

Considera el ciclo vital de la familia.

MODELO DE MILÁN:

Fue desarrollado por el grupo de Milán formado por Palazzoli, Boscolo, Cechin y Prata al realizar su trabajo en 1971 con familias de transición esquizofrénica después de verse influidos por las ideas de Bateson. Posteriormente el equipo se dividió en dos en uno quedaron Palazzoli y Prata, y en el otro Boscolo y Cecchin, estos últimos desplazan la atención de la conducta de la familia a la del terapeuta, lo que dio lugar a la elaboración en 1977 del modelo de post-Milán y de lo que ellos denominaron “interrogatorio circular” (Boscolo y Bertrando, 1996).

Foco de interés:

Centra la atención en el juego familiar donde cada persona intenta obtener control de las reglas de la familia, mientras niega lo que está haciendo; donde a menos que todos se pongan de acuerdo o bien convengan las reglas del juego nadie podrá ganarlo, ni tendrá fin; como tales juegos no son manifiestos sólo se puede inferir en ellos a través de las comunicaciones que se efectúan en la familia.

Objetivo terapéutico:

Modificar el estilo del juego familiar, cambiar las reglas y creencias, buscando propiciar un cambio en todo el sistema familiar.

Técnicas y Estrategias terapéuticas:

I.- Guiar la entrevista basándose en tres principios (Cecchin, 1989):

1.- Hipótesis

El terapeuta formula una hipótesis basado en la información que tiene respecto a la familia y excluyendo explícitamente su verdad o falsedad; es decir una hipótesis no es verdadera ni falsa, sino más o menos útil y sólo se usa como posición central para investigar, cuya función es ser una guía para obtener información a través de la cual será confirmada, refutada o modificada.

Con la hipótesis se garantiza la actividad del terapeuta, que consiste en detectar patrones de relación y le ayuda a introducir el elemento de lo inesperado y lo improbable en el sistema familiar.

Las sesiones con la familia sin basarse en una hipótesis tenderán a incrementar el desorden y la confusión, por esta razón actúa para evitar el desorden.

La Hipótesis debe ser sistémica, es decir, debe incluir a todos los miembros de la familia y debe proveer de una suposición sobre la función relacional total.

2.-Neutralidad

La neutralidad del terapeuta es el efecto pragmático específico que su comportamiento total en la sesión produce sobre la familia.

Consiste en una especie de establecimiento de alianzas sucesivas donde el terapeuta está aliado a todos y a ninguno a la vez.

Es necesario tratar de observar y neutralizar tan pronto como sea posible cualquier intento de coalición, seducción o relaciones privilegiadas con el terapeuta por parte de cualquier miembro o grupo de la familia.

El terapeuta sólo puede ser efectivo en la medida que sea capaz de obtener y mantener un nivel diferente (meta nivel) del de la familia.

En tiempos más recientes, la neutralidad es concebida como un estado a través del cual el terapeuta conduce la entrevista desde una postura de curiosidad.

3.-Circularidad

La circularidad se refiere a la capacidad del terapeuta para conducir su investigación sobre la base de retroalimentación que la familia le proporciona en respuesta a la información que el terapeuta le solicita de sus relaciones.

Es útil para invitar a cada miembro a meta-comunicarse y actúa como dispositivo para ayudar al terapeuta a enfrentar las complejidades de la familia, por ejemplo, el preguntar a un miembro como ve la relación de otros dos miembros da luz sobre las relaciones triádicas; donde la información es una diferencia y la diferencia conlleva a un cambio en la relación.

II.- Dividir la sesión en cinco partes:

1. En la pre-sesión se toman en cuenta los eventos de la última sesión y se establece la hipótesis sobre el proceso como guía de las preguntas a realizar.
2. La sesión generalmente dura una hora, en la cual los terapeutas guían la conversación y solicitan información a la familia además de datos concretos, se observa el modo en que se suministra la información, es decir, su estilo interaccional, también se observan las secuencias de comportamiento verbales y no verbales y las redundancias que indican reglas secretas.
3. En la inter-sesión los terapeutas se reúnen con el equipo, discuten la sesión y deciden como concluirla, para lo cual se elabora una intervención o un mensaje que es enviado a la familia ya sea de forma verbal o por escrito.
4. En la conclusión de la sesión los terapeutas regresan con la familia y finalizan la sesión con un breve comentario o prescripción muchas veces de tipo paradójico; generalmente se hace uso del elemento sorpresa y se procura una mínima interacción o discusión en esta fase.
5. En la pos-sesión el equipo y los terapeutas se reúnen nuevamente para discutir las reacciones observadas en el cierre de la sesión, se formulan previsiones y se redacta un acta de la sesión.

III.- Usar métodos prácticos de obtener información:

1. En términos de conducta interactiva específica en circunstancias específicas (y no en términos de sentimientos o interpretaciones).
2. En términos de diferencias de conducta y no en términos de adjetivos supuestamente intrínsecos a la persona.
3. En términos de catalogar una conducta o interacción específica: invitación a la clasificación.
4. En términos de cambio en la relación (su conducta indicativa) antes y después de un evento preciso.
5. En términos de diferencias respecto a las circunstancias hipotéticas.

Intervenciones

Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata (1991) y Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1987), hacen mención de las siguientes intervenciones principales dentro del modelo de Milán.

- La connotación positiva

Es una meta-comunicación, se basa en atribuirle un significado positivo tanto al síntoma del paciente identificado como a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia, con el fin de poner a todos los miembros al mismo nivel, evitar las alianzas y preservar la cohesión de la familia, al respetar la necesidad que tiene la familia de proteger su equilibrio se reduce el riesgo de incrementar la resistencia al cambio.

- La prescripción de rituales familiares

Se trata de una acción o una serie de acciones precisadas por el terapeuta de preferencia por escrito, más próximas al código analógico que al digital combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales, donde deben participar todos los miembros de la familia; su finalidad es cambiar las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar.

- Intervenciones paradójicas, contra-paradoja o doble vínculo terapéutico

Con este tipo de intervención se busca anular el doble vínculo patológico, delegando en la familia la responsabilidad y la actividad del cambio, de un modo tal que, haga lo que haga siempre se logre un resultado terapéutico dirigido a alcanzarlo.

Postura del terapeuta:

El terapeuta mantiene un estado de curiosidad, respeto y aceptación.

Respeto la postura de cada uno de los miembros de la familia.

Facilita la intervención de puntos de vista alternativos.

No adopta una postura de instruir a la familia.

Pone de manifiesto las pautas de interacción en la familia.

Se conduce con responsabilidad, sin tomar en cuenta el rol de controlador social.

Se mantiene atento a su propio aburrimiento y experiencia psicósomática.

Utiliza metáforas y el verbo "mostrar", en lugar del verbo "ser".

Facilita la creación del contexto terapéutico.

Adopta una meta posición con relación a cada miembro como individuo, a sus patrones y a sus creencias.

Se mantiene neutral sin ser distante, frío, ni inactivo.

Acepta la versión de la familia mediante la escucha y la rechaza en otro nivel mediante las preguntas.

TERAPIA BREVE CENTRADA EN EL PROBLEMA:

Surge con el MRI en 1959, gracias a las contribuciones realizadas por integrantes del proyecto de Bateson sobre comunicación, especialmente D. Jackson y posteriormente por Satir, Haley, Weakland, Watzlawick y Fish en 1966.

Focos de interés:

Este modelo se centra en problemas. Le da importancia a una clara identificación de la conducta problemática (cuál es, en qué aspectos es considerada como problema y por quién). Considera que para que una conducta constituya un problema tiene que realizarse de

modo repetido, es decir, para que un problema persista y permanezca como tal, debe haber conductas problemáticas que se lleven a cabo de forma repetida dentro del sistema de interacción social del paciente.

Considera que la conducta específica debería convertirse en objetivo de los esfuerzos del cambio; a su vez, se considera que pequeños cambios en un área pueden invadir otras (efecto domino o bola de nieve).

El proceso terapéutico explora los intentos de solución de los pacientes. Se cree que los intentos de solución anteriores del paciente sólo contribuyen a mantener el problema (más de lo mismo) (Se cree que en las soluciones ensayadas por el paciente existe algo que ayuda al mantenimiento o a la exacerbación del problema). Los pacientes persisten en conductas inadecuadas no por obtener una ventaja, sino por su inadvertencia en actividades que mantienen vivos los problemas, siguen sendas que proceden de premisas incorrectas. Las bien intencionadas conductas de solución otorgan continuidad al problema, la alteración de tales conductas debe servir entonces para interrumpir el ciclo e iniciar la solución del problema.

Observa pautas repetitivas de interacción, donde considera la interacción de modo circular no en una sola dirección, le da gran importancia al contexto interactivo.

Énfasis en el presente, en el aquí y ahora. Da escasa importancia a los factores históricos y de personalidad, por lo tanto, no se realizan interpretaciones. El trabajo terapéutico se centra en las interacciones de la conducta observable en el presente (Weakland, Fish, Watzlawick y Bodin, 1974).

Objetivos terapéuticos:

Está centrado en objetivos específicos perfectamente delimitados y en cambios en conductas concretas (disminución o eliminación de la conducta problema o cambio de percepción de ésta).

Se pretende cumplir los objetivos en un periodo breve de tiempo y en un número delimitado de aproximadamente 10 a 12 sesiones.

Técnicas y Estrategias terapéuticas:

Un factor decisivo para actuar con eficiencia y rapidez es la planificación del caso (Fish, Weakland y Segal, 1994).

El terapeuta explora los patrones de comportamiento alrededor del problema, indaga dónde, cuándo, cómo, con quién y para quién se da el problema, explora la pauta repetitiva y los intentos de solución; identifica y utiliza la postura del paciente (lenguaje, valores, visión sobre la vida y si mismo, actitud ante el problema y los otros, posición ante la terapia y el terapeuta); identifica cuál miembro de la familia está motivado para el tratamiento, acepta los objetivos terapéuticos del cliente, sus valores y creencias, y con base en ellos establece y define objetivos claros y precisos en términos de conductas concretas; formula un plan para provocar un cambio de 180° del impulso básico que mantiene las soluciones intentadas, con lo cual intenta producir círculos virtuosos sin el problema, es decir, nuevas pautas que no necesiten el problema; evalúa la eficacia del tratamiento y lo finaliza.

Fish, Weakland y Segal (1994), desarrollaron la teoría y la práctica terapéutica para la creación de un cambio útil en psicoterapia y establecen las siguientes estrategias, tácticas e intervenciones principales:

Estrategias para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta, es decir, la capacidad para actuar en la forma que él considere más pertinente y poner en práctica lo que juzgue más apropiado, a pesar de los inconvenientes que puedan presentarse dentro de la terapia:

- Estar atento a la oportunidad y ritmo (no apresurarse, ir evaluando sus intervenciones paso a paso y cambiar de estrategia cuando sea conveniente)
- Tomarse el tiempo necesario (no presionarse)
- Usar un lenguaje condicional (asumir una postura no comprometida)
- Propiciar que el cliente asuma una postura comprometida y bien definida (el cliente debe concretizar).
- Asumir una actitud igualitaria cliente-terapeuta (esto propicia la colaboración del paciente)
- Decidir quien acude a las sesiones, dar sesiones individuales y conjuntas (se puede seguir un enfoque sistémico con una sola persona, ya que se parte de la premisa de que toda alteración en la conducta de uno influirá en los demás).

Tácticas con los pacientes difíciles:

- En pacientes que inician el tratamiento por coacción (comprador fingido), el terapeuta puede negociar un nuevo contrato, puede hacerle ver que sí tiene un problema aunque no sea por el que acude, puede trabajar con la persona más afectada por el problema, puede desaconsejar el tratamiento e incluso puede sugerir razones para evitar el tratamiento que resulten inaceptables para el paciente.
- En pacientes que tratan de imponer restricciones inaceptables para la terapia (el paciente se propone controlar el tratamiento), el terapeuta no debe acceder a sus imposiciones, el terapeuta tiene que mantener el control y evitar la intimidación.

Intervenciones:

a) Generales (son paradójicas)

- No apresurarse (indicar al cliente que no realice nada concreto)
- Los peligros de una mejoría (exponer algún posible inconveniente de la mejoría)
- Un cambio de dirección (declarar que se ha tomado un camino equivocado y que se requiere otro distinto)
- Cómo empeorar el problema (realizar sugerencias para que las cosas empeoren)

b) Particulares

- En una situación donde existe el intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente (como en problemas sexuales e insomnio), en la intervención se le manifiesta al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial a su control definitivo.

- En una situación donde existe el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo (problema de ansiedad), la intervención busca la manera de que el paciente pueda enfrentar el acontecimiento temido.
- En una situación donde existe el intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición (problemas vinculados con relaciones interpersonales), en la intervención el terapeuta debe preocuparse por la formulación o venta de la solicitud, el paciente necesita aprender a efectuar solicitudes o peticiones mediante un estilo no autoritario.
- En una situación donde existe el intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación (existe una aversión a pedirle al otro algo que le disguste o exija determinado esfuerzo o sacrificio), la intervención busca lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente.
- En una situación donde existe la confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa, la intervención consiste en la interferencia para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal (interferir en el juego del acusador-defensor), introducir un elemento imprevisible y de incertidumbre.

Las técnicas de intervención que utiliza el MRI (Watzlawick, Weakland y Fish, 1999) para promover el cambio, incluyen:

- Redefiniciones (técnicas cognitivas que evitan etiquetas que dificultan el cambio)
- Tareas directas (técnicas conductuales con el objetivo de cambiar la conducta)
- Tareas paradójicas (técnicas conductuales en las que se prescribe la conducta sintomática en un lugar o tiempo determinado, basadas en el supuesto de que cuando un paciente provoca el síntoma lo somete a un control voluntario incrementando su capacidad para hacerlo desaparecer)
- Técnicas de persuasión (tienen el objetivo de que el paciente compre la tarea)
- Metáforas (se emplean para transmitir un mensaje no relacionado directamente con el problema, es una manera indirecta de intervenir en la situación problemática)
- Ordalías (para trabajar con pacientes que no cambian y con los que se tiene una buena alianza terapéutica se usa “el pacto con el diablo”, el terapeuta le propone al paciente “revelarle” una manera de resolver el problema, sólo si se compromete a cumplir la prescripción, de lo contrario no podrá continuar la terapia)
- Técnicas hipnóticas (derivadas de Milton Erikson, son adecuadas para trabajar utilizando la “resistencia” del paciente)

Postura del terapeuta:

El terapeuta mantiene el control del proceso de tratamiento.

El terapeuta tiene una postura de autoridad en el proceso.

El terapeuta utiliza una interrogación directa, elemento por elemento, cuyo objetivo es encontrar la pauta del problema.

El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista, consiste en recoger la información adecuada (clara, explícita y manifiesta en términos de conducta, qué hacen y dicen las personas) sobre el problema.

El terapeuta no menosprecia la importancia de la historia pasada, pero la centra en el aquí y el ahora.

El terapeuta se muestra atento tanto a la comunicación verbal como a la comunicación no-verbal de los pacientes.

El terapeuta debe tener capacidad de maniobra, que consiste en saber cual será la mejor manera de actuar en un tratamiento, poniendo en práctica lo que juzgue mas apropiado; esto implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten.

El terapeuta es capaz de modificar y/o retirarse de la postura que haya asumido con un paciente en vez de aferrarse a ella (por ejemplo puede abandonar la estrategia que comenzó a poner en práctica).

El terapeuta ayuda al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas.

El terapeuta trabaja de manera directiva a través de tareas y ejercicios que deja a los pacientes.

El terapeuta busca estimular la colaboración considerando la postura del paciente, evitando comentarios que irriten o reduzcan la credibilidad en él o en el tratamiento, y corroborando sí lo que él formula y propone le checa al paciente.

Postura del paciente:

Se tiene la opinión de que los pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar, miedo al cambio.

Tipos de posturas del paciente:

- Las personas pueden definirse a sí mismas como pacientes o definir a otro como tal.
- El paciente puede ver su problema como manifiestamente doloroso, por lo que el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien, como indeseable pero no incomodo en exceso y no se necesita un cambio con urgencia.
- El paciente puede mantener una postura pesimista respecto a la solución del problema, o bien, manifestar que aunque difícil, puede ser afrontado.
- El paciente puede actuar como receptor pasivo de la sabiduría del terapeuta, tomar a cargo activamente el tratamiento, o asumir una actitud activa y una responsabilidad reciproca entre él y el terapeuta.

TERAPIA BREVE CENTRADA EN LA SOLUCIÓN:

Este modelo surge en el Mental Research Institute (MRI) y en el Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC), gracias a las contribuciones realizadas por De Shazer, Insoo Berg, O'Hanlon, Davis y Serekman, influidos por Milton H. Erickson quien creía que los pacientes poseían una reserva de sabiduría aprendida y olvidada, pero siempre disponible (O'Hanlon, 1990). Erickson era un genio en ayudar las personas a cambiar en un periodo de tiempo relativamente breve, convirtiendo en ventajas lo que parecían desventajas, lo que para otros era psicopatológico para Erickson eran habilidades que podían ser usadas para curar, podía centrarse en los errores de sus pacientes para pedirles que con detalle relataran el procedimiento para corregirlos y de esa forma reconstruir su confianza en si mismos; él

consideraba que los pacientes buscan soluciones y no la nomenclatura de sus problemas, creía que los pacientes tenían en su propia estructura psíquica y mental la capacidad de resolver sus problemas, por lo tanto el terapeuta debía utilizar los recursos y soluciones de sus pacientes, siendo más importante las soluciones que estos plantearan que las que él les pudiera proponer. Con sus técnicas de hipnosis, llevaba al paciente hacia el pasado y el futuro donde no existía el problema, lo que más tarde se convirtió en la pregunta de excepción y la pregunta del milagro.

Focos de interés:

Se enfoca en los recursos y fortalezas de los pacientes; basado en la idea de que los clientes tienen consigo recursos y fortalezas para resolver sus quejas.

Se centra en lo posible y en lo que se puede cambiar, no en lo imposible e intratable, por lo tanto, el cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio, ya que un cambio pequeño genera cambios mayores en el sistema, acepta el cambio como constante e inevitable y en consecuencia actúa en dirección al cambio, considera que éste puede ser rápido y se pretende que desde la primera sesión se cree una visión diferente de la queja que lleve al paciente a reportar cambios en la siguiente sesión; toma del constructivismo la idea de que no hay una única forma de ver las cosas, lo importante de las distintas formas de ver una situación es identificar que algunas son útiles para la solución y otras no lo son.

Se centra en excepciones, es decir, aquello que sucede cuando no está presente el problema; De Shazer (1992) asegura que en la vida de las personas hay siempre excepciones a las conductas, ideas y sentimientos que están o pueden estar asociadas con el problema. El hecho de que la conducta problemática no siempre esté presente le permite al paciente generar una expectativa de solución. Cuando el paciente relata su problema lo conveniente es preguntar las cosas que ha hecho que le ha dado buenos resultados; no es necesario saber mucho acerca de la queja, ni su causa.

Objetivos terapéuticos:

Utilizar lo que el paciente trae consigo, sus propios recursos, soluciones y fortalezas; buscando excepciones al problema, las cuales se consideran como soluciones cuando son repetidas y ampliadas en otros ámbitos.

Estrategias e intervenciones terapéuticas:

Lipchik y de Shazer (1986) y O'Hanlon (1990), describen varios tipos de preguntas diseñadas para construir soluciones y generar la expectativa de cambio, estas son preguntas constructivas o presuposicionales.

Las preguntas presuposicionales están diseñadas para funcionar como intervenciones, a través del uso cuidadoso del lenguaje se intenta influir sobre las percepciones de los clientes dirigiéndolos a las soluciones, reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas, los encaminan hacia respuestas que promueven sus recursos y los enriquecen; al contestar estas preguntas los

clientes no tienen más remedio que aceptar la premisa de que el cambio es inevitable; a veces son tan poderosas que no requieren esperar la respuesta para que sean efectivas; una regla básica para la construcción de preguntas presuposicionales es mantenerlas abiertas, evitando las que se puedan contestar con un “sí” o “no”.

- Con preguntas de avance rápido o “de regreso al futuro”, se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es; una vez que los clientes han descrito el futuro han descrito también la solución; un ejemplo de esto es la pregunta del milagro (“Supón que sucede un milagro, te despiertas en la mañana y tu problema está resuelto; ¿Qué *será* diferente?”), la cual da información de cómo sería la solución, el mero hecho de construir una visión de la solución actúa como catalizador para producirla, además el uso del verbo en futuro da a entender que la solución es inminente.
- Las preguntas enfocadas a explorar excepciones al problema se fundamentan en la creencia de que independientemente de la magnitud o cronicidad del problema, hay situaciones u ocasiones en las que por alguna razón el problema no ocurre; el objetivo entonces es explorar periodos libres de problemas, entenderlos mejor o ampliarlos (con la idea de que si las personas quieren experimentar más éxitos y felicidad, se debe evaluar lo que es diferente en aquellos momentos en que ya disfrutaban del éxito y son felices). Muchas veces los clientes desde la primera llamada hacen cambios, sí son capaces de reconocer que ya han empezado a resolver sus dificultades antes del tratamiento, ellos han empezado a rodar la pelota, los terapeutas sólo necesitan conseguir que siga rodando, una tarea considerablemente más fácil.

Cuando los clientes no son capaces de describir excepciones o de contestar preguntas orientadas al futuro se realiza un cambio de dirección preguntando sobre el problema. El terapeuta debe observar la respuesta de los clientes y sí es necesario, modificar sus propias acciones en consecuencia, ya que hay ocasiones en que adoptar una actitud positiva lleva a los clientes a ser negativos y a una sensación de que no se comprende su situación, lo que lleva a romper la relación y a la deserción.

Otras intervenciones descritas por O’Hanlon (1990) diseñadas para influir en la percepción que el cliente hace de su situación, son:

- Normalizar y despatologizar, es decir, considerar la situación del cliente como algo normal o cotidiano (en vez de algo patológico o irresoluble), como dificultades ordinarias de la vida; el terapeuta ofrece explicaciones de sentido común en cualquier oportunidad y muchas de las cosas que los clientes presentan como importantes las minimiza como “no dignas de mención”. El efecto tranquilizador que produce el que el “experto” parezca imperturbable ante su descripción del problema, influye sobre los clientes llevándoles a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían.

- Elogios, se usan cada vez que se pueda aprovechando cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas. La connotación positiva implica adscribir intenciones y motivaciones positivas a las conductas que hasta entonces se consideraban problemáticas.
- Tarea Sorpresa, en donde le pide a la persona (A) que realice algo para sorprender a otro, realizar algo que sabe que a otro le gustara o agrada. La otra persona (B) intentará adivinar que es lo que hizo (A) y no lo comentarán entre ellos hasta la otra sesión.
- Tarea de Fórmula, en donde se le pide al paciente que observe todo lo que pasa en su vida que le gustaría que siguiera sucediendo y lo describa en la próxima sesión.
- La Pregunta de Escala es una evaluación que hace el paciente acerca de su problemática en una escala que puede ir del 0 al 10, lo cual le permite visualizar su progreso.

Postura del terapeuta:

El terapeuta no se muestra directivo y considera más importante las soluciones que los pacientes plantean que las que él les puede proponer, ya que cree que las personas traen consigo soluciones, recursos y fortalezas para enfrentar sus propios problemas. El terapeuta cuida mucho el lenguaje y considera el proceso de la entrevista una intervención, durante la cual los clientes pueden experimentar cambios importantes; de igual manera considera que la particularidad de cada cliente, requiere la particularidad de cada intervención.

SIMILITUDES Y DISTINCIONES ENTRE ESTOS MODELOS

Todos estos modelos empleados en la terapia familiar pasaron por la transición de una concepción individualista a una contextual-interaccional; así observamos que **el objeto de estudio** de todos los modelos sistémicos es la **comunicación interpersonal y contextual**, sólo que cada uno de ellos se ha interesado por una peculiaridad de ésta:

El modelo estructural traza el mapa de la familia para observar su organización y determinar que direcciones se deben seguir para modificar las pautas de interacción en las relaciones familiares.

El modelo estratégico parte de una concepción organizacional y de un problema estructural y busca observar si existe un dilema en la comunicación y la existencia de jerarquías y niveles de mensajes duales e incongruentes.

El modelo de Milán centra la atención en el juego familiar donde cada persona intenta obtener control de las reglas de la familia, mientras niega lo que está haciendo; donde a menos que todos se pongan de acuerdo o bien convengan las reglas del juego nadie podrá

ganarlo, ni tendrá fin; como tales juegos no son manifiestos sólo se puede inferir en ellos a través de las comunicaciones que se efectúan en la familia.

El modelo de terapia breve centrado en el problema pone acento en el contenido y contexto de la comunicación observando elementos que no habían sido contemplados antes, su hipótesis se basa en los modelos de la cibernética y la pragmática de la comunicación humana, considerando a la familia como un sistema auto correctivo, autogobernado por reglas.

El modelo de terapia breve centrado en soluciones considera que la mayor parte de las dificultades se mantiene en el contexto de la interacción humana; en sus diferentes formas de interactuar las personas aprenden, desarrollan y adquieren sus propios recursos, límites, creencias, valores y experiencias.

Las **características distintivas entre estos modelos** pueden ser expresadas de la siguiente manera:

1.- Principales focos de interés:

Mientras para el Modelo Estructural y Estratégico la atención e interés se centra en la estructura que conforma a la familia; para el Modelo de Terapia Breve centrado en el problema y el Modelo de Terapia Breve centrado en la solución la estructura familiar patológica o no funcional tiene poco interés, siendo la interacción que existe entre los miembros de una familia y la actitud que toman frente el problema el foco de su atención; sin embargo, a diferencia del modelo de terapia breve centrado en el problema, el de soluciones se centra en el futuro, de igual manera no le interesa como surgieron los problemas, pero tampoco le interesa como son mantenidos, se enfoca en cambio en buscar soluciones, pasando del déficit hacia los lados fuertes.

2.-Concepciones acerca de la expresión del síntoma:

Para el Modelo Estructural hay una relación entre un tipo de estructura y el mantenimiento del síntoma. La suposición es que el síntoma es el producto de un sistema familiar disfuncional y que si la organización familiar se vuelve “normal” el síntoma automáticamente desaparecerá.

De manera similar en el Modelo Estratégico el síntoma se presenta en una organización anormal, es decir, en la secuencia de comportamiento que circula en torno de un problema y no sólo en el problema mismo. Para ello se rastrean las secuencias organizacionales al evaluar el problema para pasar por etapas en el proceso de cambiarlo (de un tipo de organización poco funcional a otro poco funcional), antes de lograr una organización funcional, en la que entonces el síntoma ya no será necesario.

Para el Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema el síntoma está siendo mantenido por el comportamiento mismo que trata de suprimirlo (por la solución intentada).

En el Modelo de Milán, el síntoma del paciente identificado se manifiesta dentro del juego familiar en los comportamientos sintomáticos de los demás, considerando que el síntoma está cumpliendo una función; aquí se emplea la connotación positiva, la cual se plantea diciendo que todos los comportamientos observados del grupo en general parecen apuntar a mantener la cohesión de la familia.

Tanto en el modelo estructural, estratégico y de Milán el síntoma está cumpliendo una función en la familia; por el contrario en el Modelo Centrado en Soluciones no se acepta la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas o “quejas” cumplen determinadas funciones; aquí los síntomas simplemente sugieren cómo las vidas de las personas se han vuelto estáticas y cómo se mantienen de esa forma.

3.-Objetivos terapéuticos:

En el Modelo Estructural se busca modificar la organización de la familia, ya que considera que al modificarse la estructura del grupo familiar se modifica las posiciones de los miembros y con ello las experiencias de cada individuo.

En el Modelo Estratégico también se busca modificar la organización de la familia pero primero se sustituye el sistema que presenta la familia por otro diferente, anormal, antes de pasar a reorganizarla dentro de una jerarquía más funcional, estableciendo directivas con el fin de modificar la manera en que las personas de la familia se relacionan entre sí y con el terapeuta y reunir información observando cómo responde cada cual a las instrucciones.

En el Modelo de Milán se busca establecer cuál es el juego de la familia con el terapeuta, aprobarlo y fomentarlo, pidiendo al miembro sintomático que continúe con el problema; es decir, se prescribe el síntoma (comportamiento problema o juego de comportamientos) y la configuración general de las relaciones que rodean al problema a través de la connotación positiva, señalando las consecuencias de que se continúe interactuando de ese modo.

En el Modelo de Terapia Breve Centrado en el Problema se busca identificar patrones de interacción en torno a la queja para interrumpir la secuencia del problema, ya que las dificultades mal manejadas representan un intento de solución y es éste el que mantiene el problema.

En el Modelo de Terapia Breve Centrado en Soluciones se deja de focalizar el problema para centrarse en identificar lo que si funciona, a fin de ampliar las secuencias de solución funcionales, ya que parte de la premisa de que es la manera en la que se etiqueta un problema humano lo que puede cristalizar un problema y hacerlo crónico. El objetivo es centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e inevitable. Al igual que en la Terapia Breve Centrada en el Problema se trazan objetivos bien definidos y alcanzables en un periodo de tiempo razonable.

CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS POS MODERNOS:

TERAPIA NARRATIVA

Uno de los autores más importantes dentro de la narrativa es Michael White (Pyne, 2002), quien parte del supuesto de que el lenguaje es muy poderoso, crea realidades y determina destinos. Los relatos son constitutivos y modelan las vidas y las relaciones. La fuerza más poderosa para modificar nuestras vidas son los relatos que nos contamos constantemente a nosotros y a los demás y que representan la visión que tenemos del mundo y de nuestras relaciones.

La estructuración de una narración requiere de un proceso de selección donde dejamos de lado los hechos de nuestra experiencia que no encajan con los relatos dominantes que nosotros y los demás desarrollamos; así el proceso de selección de datos está determinado por nosotros y por los demás. Aunque la experiencia es tan amplia, la vida es un texto con narrativas dominantes y en ocasiones las personas se centran en algo que puede convertirse en problemático.

Todos los acontecimientos que caen fuera del relato dominante son acontecimientos extraordinarios. En terapia se busca identificar los acontecimientos extraordinarios y dar un significado para ellos (White y Epston, 1993).

Focos de interés:

La terapia narrativa presta atención a la construcción que la familia hace del problema.

Objetivos terapéuticos:

Su objetivo es deconstruir esa realidad y construir una realidad diferente, basada en un dialogo conjunto paciente/terapeuta, donde juntos podrán descubrir potencialidades aun no aprovechadas.

La terapia busca relatos alternativos más útiles y más deseados. Parte de una analogía textual donde cada vez que se cuenta o se vuelve a contar un relato, surge uno nuevo que incluye al anterior y lo amplía; a su vez la relectura conlleva a la reescritura.

Estrategias e intervenciones terapéuticas:

Durante el proceso de interrogar en terapia las preguntas que se hacen generan experiencias diferentes.

- Externalización del problema

La terapia narrativa utiliza la externalización del problema para liberarlo y separarlo de la persona haciéndolo parte del consenso; ya que a medida que el problema se va incorporando en la identidad personal se hace más difícil escapar de él, a nadie le resulta fácil escapar de si mismo. Separar al problema de la persona implica que éste no sea

inherente o forme parte de la persona; así no es la persona el problema, es el problema lo que es el problema (White y Epston, 1993).

Con la externalización del problema se pretende unir a la familia en su lucha contra el problema y no buscar culpables, con lo cual se produce menor frustración por la falta de control.

Para externalizar el problema el terapeuta utiliza preguntas de influencia relativa, las cuales pretenden explorar la influencia del problema en la persona y en sus relaciones y a su vez la influencia de la persona en el problema, es decir, buscar logros aislados, lo que genera una sensación de control (cuando NO me pasa.... en eso si soy responsable). La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y relaciones.

- Doble descripción

La terapia narrativa utiliza el término de restricción para expresar como la familia aplica ciertas soluciones porque hay ciertas restricciones que le impiden ver otras. Así en terapia se pretende establecer un nuevo libro de códigos y crear nuevas descripciones, esto se logra a través de la doble descripción, es decir, a través de la indagación y comparación doble o múltiple, donde se plantean dos alternativas, se contrastan y comparan ventajas y desventajas de cada una, de lo cual surgen nuevas ideas, nuevas respuestas y nuevas soluciones (White, 1994).

Postura del terapeuta:

En terapia narrativa se cambia el término terapia al de conversación. Aquí la postura del terapeuta es no jerárquica y de no expertez, de igual manera se elimina el término de disfuncionalidad. La Terapia narrativa requiere una atmósfera de respeto, cordialidad y curiosidad.

TERAPIA DE LENGUAJE COLABORATIVO:

La terapia colaborativa fue desarrollada por Harlene Anderson, Harry Goolishian, Tom Andersen William Lax, Lynn Hoffman, Peggy Penn y Kathy Weingarten (Anderson y Goolishian, 1998; Hoffman, 1990,1991).

Establece que los problemas son desarrollados, mantenidos o disueltos sobre la base de conversaciones internas o externas. Las personas que tienen un problema intentan discutirlo con otros, el problema se desarrolla cuando esas conversaciones se vuelven rígidas o estereotipadas, con lo cual se evita que emerjan nuevas ideas o soluciones creativas (Anderson, 1999).

Focos de interés:

Centrado en la conversación y en hablar el lenguaje del consultante, más que enseñar al consultante el lenguaje del terapeuta. El terapeuta se enfoca en escuchar con atención a los

consultantes a fin de despertar la curiosidad y el interés por sus historias y por sus puntos de vista y sus dilemas. La terapia deja de ser una “hablar a” para convertirse en un “hablar con” y se transforma en una conversación de doble vía y en un proceso dialógico. (Anderson y Goolishian, 1998)

Objetivos terapéuticos:

Facilitar un ambiente de dialogo, donde se puedan desarrollar las propias habilidades y capacidades y se genere la novedad; donde cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente; donde todos juntos aporten una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a su experiencia un nuevo significado a fin de que emerja una narrativa más útil durante la conversación.

Estrategias e intervenciones terapéuticas:

No tiene estrategias como tal, ya que acepta la imposibilidad de predecir o predeterminar el resultado de las conversaciones terapéuticas, lo que lleva a una sensación de comodidad y libertad de no saber o no tener que saber por parte del terapeuta; la única sugerencia es escuchar con atención e interés a fin de encontrar conjuntamente (consultante y consultado) puntos de visita alternativos. Anderson (1999) hablaba de usar el lenguaje en forma retórica como una herramienta terapéutica estratégica y como una técnica para estimular la cooperación del paciente en la búsqueda del cambio.

Postura del terapeuta:

La terapia colaborativa se opone a la propuesta de una relación jerárquica y unidireccional, ya que la reflexión es un proceso influido mutuamente entre el consultante y el consultado, lo cual indica una relación de igualdad en la participación aún cuando las partes tengan diferentes posiciones o características; por lo tanto parte de una posición de “no expertez” y de una postura de “no-saber”; el terapeuta acepta la realidad de las personas y espera que emerja una narrativa más útil durante la conversación, ésta es espontánea y no planeada; para esto facilita un ambiente donde se puedan desarrollar las propias habilidades y capacidades y se genere la novedad; donde cada participante tenga una voz, contribuya, pregunte, explore, tenga incertidumbre y experimente; donde todos juntos aporten una nueva percepción de la realidad, así como las soluciones, dando a su experiencia un nuevo significado, de tal manera que la terapia es una “aventura colaborativa”, aquí el terapeuta se ve solamente como un autor más de las historias, donde las soluciones se descubren mutuamente en la conversación, en lugar de ser prescritas o dirigidas; el terapeuta colaborativo no es un editor de la narrativa del consultante, sino un facilitador en la nueva narración y re-narración que el consultante hace de su propia historia, por lo que renuncia al título de terapeuta para llamarse consultor (Anderson, 1999 y Anderson, H. y Goolishian, H, 1996).

EQUIPOS DE REFLEXIÓN:

Desarrollado por Tom Andersen en 1987 (Hoffman, 1992), quien retoma el concepto de multiverso de opiniones, de acuerdo a la posición constructivista un fenómeno puede describirse y comprenderse de diferentes maneras.

Está basado en la idea de que a través de la escucha de múltiples voces se pueden generar descripciones, explicaciones, definiciones y significados diferentes.

Focos de interés:

Se enfoca en prestar una escucha atenta y reflexiva a las historias de los consultantes.

Objetivos terapéuticos:

Posibilitar que durante el proceso de terapia se escuchen múltiples perspectivas acerca de una situación con el fin de crear nuevas descripciones de ésta.

Estrategias e intervenciones terapéuticas:

Los miembros del equipo reflexivo generalmente se encuentran detrás de un espejo unidireccional, escuchando en silencio la sesión y sin hablar entre ellos; de esta manera antes de terminar la sesión, el cliente junto con el terapeuta escucha las reflexiones realizadas por el equipo de terapeutas para después comentar sobre ellas.

Andersen (2002) explica que, los miembros del equipo reflexivo escuchan las historias frecuentemente dolorosas, tristes, confusas y/o provocadoras de miedo o enojo y si están suficientemente abiertos a oír, dejarse llevar y a conmoverse por las historias, entonces se dan cuenta de “algo”, les surgen pensamientos y emociones que regresan a quienes contaron sus historias; en ese momento se genera un fluir de solidaridad.

Estas reflexiones son regresadas de manera tentativa, sin intención de predicar verdades universales; las ideas son regresadas en voz alta y Andersen comenta que éstas pueden o no ser utilizadas por el consultante.

El uso de un lenguaje tentativo invita a los consultantes a compartir un espacio en el cuál ellos son los expertos en su propia vida; de tal manera que consultante y consultado mantienen una posición jerárquica horizontal.

Andersen comenta que es conveniente tener en el equipo a personas de diferente sexo y edad, lo cual genera experiencias más variadas y enriquecedoras.

Andersen (1994) plantea los siguientes lineamientos para los miembros del equipo reflexivo:

- Durante la entrevista escuchan en absoluto silencio y no intercambian opiniones entre ellos.

- Al momento de dar sus reflexiones, no establecen contacto visual con los clientes y ofrecen sus reflexiones de manera tentativa (no sé, tal vez, podría ser, etc.).
- Sus comentarios se basan exclusivamente en lo que se escuchó en la entrevista, no se comenta sobre cosas que pertenecen a otro contexto o a otro momento en alguna otra sesión.
- Deben evitar dar connotaciones negativas, interpretar o juzgar.

Postura del terapeuta:

Se ve a los consultantes como los expertos en su propia vida, de tal manera que el consultante mantiene una posición horizontal con el consultado.

III.-DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1.-HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS

Durante mi residencia en la maestría se atendieron 43 familias, de las cuales forme parte del equipo terapéutico en 37 y participe como terapeuta responsable al frente de 6 familias, 3 de ellas en coterapia.

El equipo terapéutico estuvo formado por 8 integrantes, incluyéndome, más el supervisor, el cual variaba dependiendo el semestre y modelo de intervención utilizado. En total durante mis dos años de estancia en la residencia pude contar con la formación y experiencia de 8 supervisores distintos y los puntos de vista y particularidades de mis 7 compañeros de la residencia.

El entrenamiento para la atención de familias fue progresivo, donde se nos iba involucrando paso a paso hacia una mayor responsabilidad en la atención a las familias, es decir, durante el primer semestre la mayoría de nosotros actuamos únicamente como observadores de las familias y de la actividad terapéutica del supervisor o de compañeros de semestres más avanzados en la residencia; ya en segundo semestre participamos en coterapia, algunos con el supervisor como co terapeuta y otros, como en mi caso, con algún otro compañero de la residencia; en tercer y cuarto semestre pudimos estar solos al frente de las familias.

La forma de trabajo casi siempre se llevo a cabo de la siguiente manera: Antes de las sesiones conjuntamente terapeuta y equipo (incluido el supervisor) elaborábamos hipótesis y planeábamos las intervenciones convenientes para la sesión, posteriormente el terapeuta responsable entraba con la familia a sesión, mientras del otro lado, la sesión era observada a través del espejo por el equipo; poco antes de que terminara la sesión el terapeuta salía a recoger las impresiones del equipo y se acordaba conjuntamente la conclusión para el cierre de la sesión, el cual normalmente consistía en un mensaje con la finalidad de mover a la familia; finalmente el terapeuta regresaba con el equipo y se comentaba sobre lo observado así como algunas indicaciones a considerar para las siguientes sesiones. Obviamente cada intervención tuvo pequeñas variaciones dependiendo del modelo, supervisor y característica de la familia, pero en general la forma de trabajo fue como se acaba de describir. Las particularidades de algunos procesos de los que yo forme parte como terapeuta al frente de las familias se detallaran en un apartado más adelante.

Primeramente, me parece importante mencionar las características de las familias que acudieron al centro durante los dos años de estancia en la maestría; por lo que se realiza una descripción de frecuencias en cuanto a, etapa del ciclo de vida familiar, motivo por el que demandan el servicio, número de sesiones y razones de la terminación del proceso (alta, baja, cierre o deserción); así como un análisis personal que intenta dar una descripción general de las circunstancias observadas en las familias; esto nos puede dar una idea limitada del campo de acción actual al que nos enfrentamos como terapeutas familiares y la probabilidad de éxito terapéutico.

FAMILIAS ATENDIDAS

| Fam | No integrantes | Etapa del Ciclo Vital | Problemática | No sesiones | Finalización del proceso | Modelo |
|-----|----------------|--|--|-------------|------------------------------------|----------------------|
| 1 | 5 | Familia con hijos adolescentes | Violencia masculina | 16 | Alta | Integrativo Breve |
| 2 | 1 | Familia con hijos adultos Individual | Desacuerdos en la pareja respecto de la educación de los hijos | 1 | Baja | Soluciones |
| 3 | 2 | Familia con hijos adolescentes | Infidelidad, violencia | 1 | Baja | Milán |
| 4 | 1 | Adolescente | Timidez, Ansiedad | 1 | Baja | Milán |
| 5 | 2 | Familia con hijos pequeños | Incumplimiento de acuerdos en la pareja | 8 | Baja | Soluciones Narrativa |
| 6 | 2 | Familia con hijos adultos | Duelo, Suicidio | 6 | Alta | Milán |
| 7 | 2 | Familia con hijos pequeños | Proceso de separación | 10 | Alta | Integrativo |
| 8 | 5 | Familia con hijos adolescentes Reconstruida | Problemas en la relación de pareja | 8 | Baja | Estructural |
| 9 | 2 | Familia con hijos pequeños | Problemas en la relación de pareja Dilema de separación Desconfianza y violencia | 12 | Alta (cierre por faltas) | Breve |
| 10 | 1 | Familia con hijos adolescentes | Duelo | 10 | Alta | Soluciones |
| 11 | 1 | Familia con hijos pequeños Reconstruida | Problemas en relación madre-hijas Sensación de fracaso como madre y mujer | 16 | Alta | Milán |
| 12 | 1 | Familia con hijos pequeños y adolescentes | Problemas de pareja. Ansiedad, somatización, baja autoestima Violencia Intrafamiliar | 29 | Alta | Breve Posmoderno |
| 13 | 3 | Familia con hijos adolescentes | Problemas de conducta en hijo | 6 | Baja | Estructural |
| 14 | 1 | Familia con hijos adolescentes | Problemas en relación madre-hija | 11 | Baja | Estructural |
| 15 | 1 | Familia con hijos pequeños y adolescentes | Dificultades en establecimiento de límites con sus hijos | 17 | Alta | Integrativo |
| 16 | 2 | Familia recién formada (sin hijos) | Depresión Distanciamiento sexual | 1 | Baja | Soluciones |
| 17 | 2 | Familia con hijos pequeños y adolescentes | Problemas en la pareja, desacuerdos, agresión y dificultades sexuales | 4 | Baja | Soluciones |
| 18 | 2 | Familia con hijos | Problemas en la pareja | 7 | Baja | Soluciones |

| | | | | | | |
|----|---|------------------------------------|---|----|--|-------------------|
| | | pequeños | | | | |
| 19 | 1 | Familia con hijos adolescentes | Dificultades en establecimiento de límites | 23 | Alta | Breve |
| 20 | 1 | Familia con hijos pequeños | Manejo de las relaciones interpersonales | 5 | Baja | Estructural |
| 21 | 1 | Familia con hijos Pequeños | Infidelidad | 11 | Alta | Breve Soluciones |
| 22 | 1 | Individual (Adulto) | Separación | 1 | Baja | Breve |
| 23 | 1 | Familia con hijos adolescentes | Problemas de relación con hijo adolescente | 2 | Baja | Integrativo |
| 24 | 1 | Individual (Adulto) | Orientación para manejar enfermedad | 3 | Alta | Soluciones |
| 25 | 1 | Familia con hijos adultos | Problemas de relación con la hija | 9 | Alta | Breve Soluciones |
| 26 | 2 | Familia con hijos adolescentes | Relación madre e hija | 1 | Baja | Estructural |
| 27 | 2 | Familia con hijos pequeños | Proceso de separación conyugal. | 12 | Alta | Breve Soluciones |
| 28 | 4 | Familia con hijos adolescentes | Problemas de conducta y rendimiento escolar, adaptación al ciclo familiar | 21 | Alta | Milán |
| 29 | 2 | Nido vacío (últimas sesiones) | Problemas sexuales y de relación en la pareja | 8 | Alta (cierre a petición de ellos) | Integrativo |
| 30 | 2 | Familia con hijos pequeños Extensa | Problemas de aprendizaje con uno de los nietos | 15 | Alta | Estructural Breve |
| 31 | 1 | Familia con hijos adolescentes | Violencia intrafamiliar | 10 | Alta | Integrativo |
| 32 | 5 | Familia con hijos adolescentes | Límites Manejo de enfermedad | 20 | Alta | Milán |
| 33 | 3 | Nido vacío | Infidelidad | 10 | Alta | Breve |
| 34 | 2 | Familia con hijos pequeños | Problemas en la relación de pareja | 5 | Baja | Breve |
| 35 | 2 | Familia con hijos pequeños | Infidelidad, violencia, definir si continúan la relación de pareja | 20 | Alta | Breve |
| 36 | 4 | Familia con hijos pequeños | Estrés, angustia y enojo que dificultan la relación. | 8 | Baja | Narrativa |
| 37 | 2 | Familia con hijos pequeños | Adaptación a la vida en pareja y llegada de 1er hijo | 3 | Baja | Breve |
| 38 | 2 | Familia con hijos pequeños | Problemas en relación de pareja | 5 | Baja | Milán |
| 39 | 3 | Familia con hijos pequeños | Violencia | 20 | Baja | Breve Integrativo |
| 40 | 2 | Familia con hijos pequeños | Infidelidad Definir relación de pareja. | 5 | Alta | Estructural |

| | | | | | | |
|----|---|--|---|----|-------------|-------------------------|
| 41 | 1 | Madre separada con hijos adolescentes | Conducta del hijo Inadecuada separación conyugal, definición paternal | 13 | <i>Alta</i> | Integrativo |
| 42 | 1 | Individual adolescente en vías de emancipación | Baja autoestima Organización escolar Conformación de familia propia | 15 | <i>Alta</i> | Soluciones Narrativa |
| 43 | 4 | Familia con hijos pequeños | Conflicto padre-hija | 2 | <i>Baja</i> | Integrativo |

El **alta** representa los cierres exitosos en donde se cumplió el objetivo terapéutico. En un caso se dio de alta ante la resolución de la problemática que los trajo a consulta y se canalizó ante el surgimiento de un nuevo motivo de consulta.

La **baja** incluye todos los casos en donde el objetivo no pudo ser resuelto por diversas circunstancias, desde, deserción por faltas constantes donde no hubo una cita de cierre; además de los casos en que los integrantes dejaron de acudir argumentando cambio de domicilio, enfermedad o desesperanza porque su problemática no se resolvía o no tenía solución.

Se menciona la especificación de **cierre** en dos casos, uno se tiene que realizar por faltas continuas y ausencia de disposición para continuar con el proceso, en el otro caso el cierre se realiza a petición de la familia argumentando mejora y solución de su problemática, a pesar de que a percepción de los terapeutas el objetivo terapéutico no se cumplió.

El **número de integrantes** se refiere a los integrantes de la familia con los que normalmente se trabajó durante las sesiones (aunque en ocasiones las sesiones podían incluir a más o menos integrantes).

La **problemática** que se menciona es la que se logró definir a lo largo del proceso, en muchas ocasiones era la misma demanda inicial expresada por la familia.

En algunos casos las familias fueron atendidas bajo dos modelos, en dos etapas del proceso diferente.

Las familias sombreadas son las familias en las que participe como terapeuta responsable.

Características de las 43 familias atendidas.

De las 43 familias atendidas, en 10 casos la persona que solicitó el servicio acudió siempre sola el total de las sesiones (tres de estas personas sólo acudieron una única sesión), lo que puede dar una evidencia de la disponibilidad de los integrantes de las familias para acudir, y siendo importante mencionar que sólo 3 de los 10 casos fueron hombres los que acudieron solos al servicio, las demás fueron mujeres.

Según el ciclo de vida por el que atravesaban las familias, un mayor porcentaje se cargó en familias con hijos pequeños y familias con hijos adolescentes (ambos ocupaban un 76 %

del total de familias), esto podría no ser significativo si consideramos que una gran mayoría de la población general de familias mexicanas puede estar atravesando por esta etapa (*Ver anexo 1 con tablas de etapa de ciclo de vida*).

Sin embargo, algo que me parece relevante mencionar es que la mayoría de las familias con hijos pequeños acudió por problemas en la relación de pareja (55%), ya fuera por desacuerdos, definición de la relación o toma de decisiones en procesos de separación, 16% de las familias con hijos pequeños acudieron por problemas padres-hijos y 11% por problemas de violencia; mientras que a diferencia de las familias con hijos pequeños en el caso de las familias con hijos adolescentes la mitad acudió por problemas de conducta y establecimiento de límites con los hijos (50%) y sólo 13% de las familias con hijos adolescentes acudió por problemas de pareja, 19% lo hicieron por problemas de violencia (*Ver anexo 1 con tablas de problemáticas*).

En cuanto a las problemáticas en general con las que se presentaban las familias que acudieron a solicitar servicio, la mayoría acudió por problemas en su relación de pareja (39%), seguidas de las familias que solicitaban el servicio por problemáticas relacionadas con conflictos de conducta y/o de rendimiento académico con los hijos (23%) y por las que acudían por violencia (13%); un (25%) fue ocupado por otro tipo de problemáticas entre las que estaban duelo (3%), manejo de enfermedad (3%), problemas emocionales (11%), manejo de relaciones interpersonales (3%), organización y toma de decisiones (2%) y adaptación al ciclo de vida familiar (3%). (*Ver anexo 1 con tablas de problemáticas*)

De los problemas de pareja era común observar los relacionados con dilemas de separación y definición de la relación, los cuales ocupaban un 24%; seguido de los problemas de infidelidad, desacuerdos y violencia en la pareja, ocupando un 18% cada uno; y en un menor porcentaje aparecen las dificultades sexuales (11%), problemas de comunicación y entendimiento (7%) y la desconfianza (4%) (*Ver anexo 1 con tablas de problemáticas*).

El 48% de las familias atendidas se le dio de alta porque se concluyó exitosamente el proceso cumpliéndose los objetivos terapéuticos, 47% se dio de baja y 5% se cerró el proceso por los motivos en un principio mencionados.

Comparando los modelos terapéuticos aparentemente no se evidencia mayor efectividad entre uno y otro, aunque está claro que el éxito terapéutico pudo haber dependido de muchos factores: uso correcto de teoría y técnicas de intervención, aplicación de habilidades terapéuticas y personales, empatía y alianza, así como de la propia familia (timing, disponibilidad, adherencia terapéutica, características y recursos personales, etc.); Sin embargo muchos procesos terapéuticos que no funcionaron con un solo modelo pudieron destrabarse más adelante cambiando de modelo y estrategia terapéutica, lo cual puede dar evidencia de la efectividad del uso conjunto de dos modelos o la necesidad de un mayor número de sesiones y una nueva perspectiva y análisis para su conclusión exitosa (*Ver anexo 1 con tablas de porcentajes de altas por modelo*).

De las 21 familias que se dieron de baja, 13 de ellas sólo acudieron 5 sesiones o menos, habiendo 6 familias que sólo acudieron a una sesión únicamente.

El promedio de sesiones entre las familias que se dio de alta estuvo en 13.86 sesiones, ocupando el máximo número una familia con 29 sesiones y el mínimo una familia con 3 sesiones.

En específico las 6 familias que me tocó atender tenían las siguientes características:

| <u>Fam</u> | <u>Integran</u> <u>tes</u> | <u>Etap</u> <u>del</u> <u>ciclo vital</u> | <u>Problemática</u> | <u>Nº</u> <u>se</u> <u>si</u> <u>on</u> <u>es</u> | <u>Fin</u> <u>del</u> <u>proc</u> <u>eso</u> | <u>Modelo</u> | <u>Supervisor</u> |
|------------|--------------------------------------|---|---|---|---|---------------------------|---|
| H.V. | 2 (madre- hija) | Familia con hijos adolescentes | Falta de entendimiento entre madre e hija, problemas de comunicación. | 1 | Baja | Estructural | Carolina Díaz-Walls |
| C.M | 2 (madre- hijo) | Familia con hijos pequeños | Proceso de separación conyugal. | 12 | Alta | Breve MRI/ Soluciones | Piedad Aladro/ Nora Rentería |
| E.A. | 4 (padres- hijos) | Familia con hijos adolescentes | Cambio de conducta y bajo rendimiento escolar de los hijos. Aprender un modelo de supervisión más adecuado. | 21 | Alta | Milán | Carolina Díaz-Walls |
| N.B. | 2 (pareja) | Nido vacío | Problemas sexuales, posteriormente problemas de comunicación y entendimiento. | 8 | Alta | Integrativo | Raymundo Macías/ Patricia Moreno |
| F.B. | 6 (abuelo s, hijos, nietos) | Familia con hijos pequeños. Extensa | Problemas de aprendizaje con uno de los nietos. | 15 | Alta | Estructural/ Breve MRI | Alicia Espinosa/ Mari Blanca Moctezuma |
| P.C. | 4 (padres- hijos) | Familia con hijos adolescentes | Diferencias en modos de pensar. Violencia Intrafamiliar. | 10 | Alta | Integrativo | Raymundo Macías |

INTEGRACIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS Y ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE LAS FAMILIAS EN LAS QUE ESTUVE COMO TERAPEUTA RESPONSABLE

A continuación se integran los expedientes clínicos de 4 familias que elegí para su análisis, la presentación siguiente está compuesta de un Descripción del Proceso Terapéutico y posteriormente el Análisis Teórico Metodológico según el modelo de terapia utilizado.

La selección de las 4 familias se hizo basada no sólo en las a mi parecer tuvieron el proceso terapéutico más exitoso, sino también las que estimé podrían ser más relevantes y dejarnos mayores consideraciones finales (aciertos, errores y sugerencias sobre la manera de intervenir) a fin de enriquecer aún más con su análisis mi formación y desarrollo personal y profesional.

Para reportar los casos se trató de uniformar el formato, sin embargo éste puede variar un poco dependiendo del modelo utilizado, con la finalidad de exponer mejor cada proceso.

En la descripción de cada caso los nombres de los integrantes de las familias fueron cambiados para mantener la confidencialidad.

CASO NO. 1
FAMILIA: CASTILLO MENDOZA

Periodo de atención: Del 14 de marzo de 2003 al 21 de noviembre de 2003

No de sesiones: 12

Integrantes de las sesiones: Ameli y Jonathan

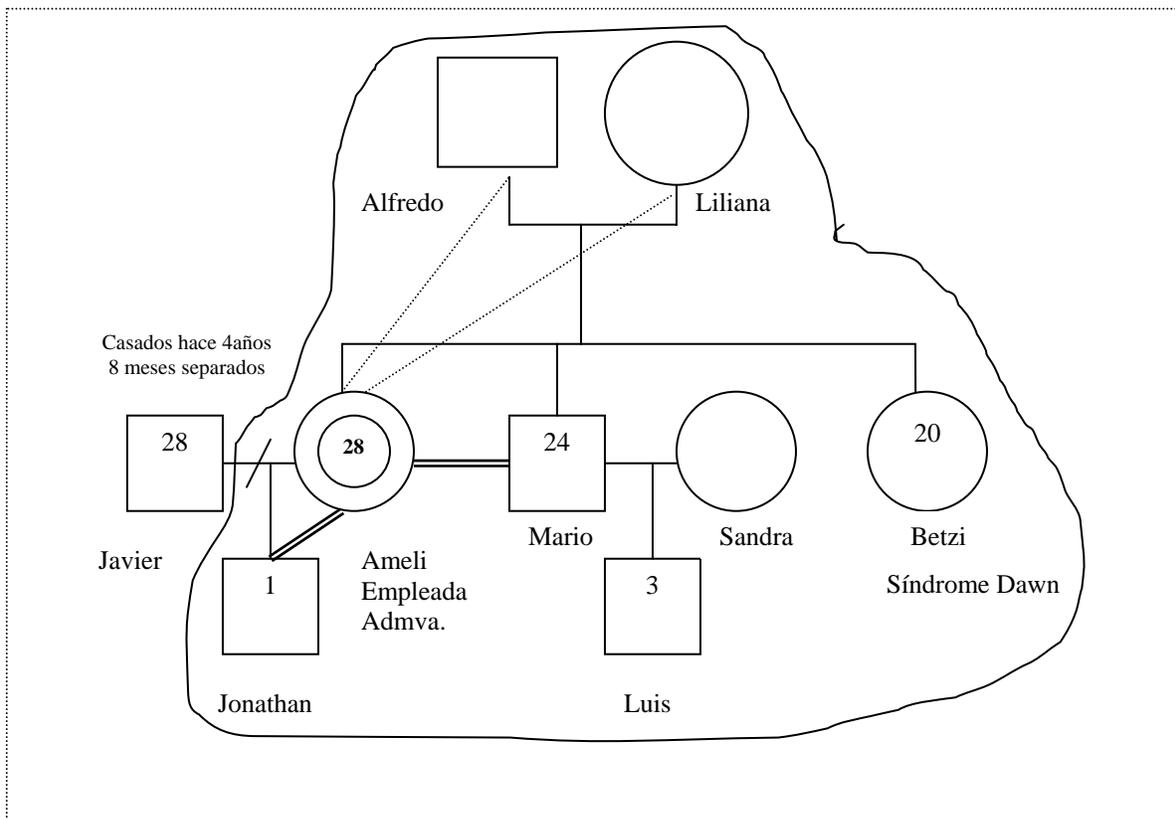
Modalidad de trabajo: Terapia Familiar

Modelo utilizado: Terapia Breve (s-1 a s-9)/ Soluciones (s-10 a s-12)

Supervisores: Piedad Aladro / Nora Rentería

Terapeuta (s): Ivette Delgado-Yazmín Quintero

Familiograma



RESUMEN DEL PROCESO

En la **primera sesión** se realiza la presentación, encuadre y explicación de la manera de trabajo del centro, exploración del motivo de consulta y antecedentes del caso.

Motivo de Consulta.- En la solicitud, Ameli escribe como motivo de consulta: Dificultad para tomar una decisión firme y poder terminar definitivamente su relación de pareja.

En la primera sesión, Ameli expresa que el **motivo** que la trae a terapia es su proceso de separación conyugal, manifiesta no poder ser firme, ya que cada vez que Javier la busca ella cede a sus peticiones sintiéndose después culpable y utilizada.

Solicita apoyo pues la situación de separación ha afectado todas las áreas de su vida.

Antecedentes del caso

Desde hace 8 meses Ameli y su esposo están en proceso de separación conyugal y en trámites de divorcio.

Ameli explica que su esposo Javier la hizo sentir como si no valiera nada, le decía: “fodonga”, que tenía zapatos de “viñera”, que no se arreglaba para él (llora al contarle), comenta que su esposo no la presentaba con sus amigos ni la llevaba con su familia y que él quería que lo atendiera como si fuera un hijo.

Cuenta la forma en que se dio su relación. Al principio eran amigos y no imaginó que fuera a andar con él, 3 ó 4 años después se hicieron novios sólo porque ninguno de los dos andaba con nadie; después ella se enamoró. Desde que eran novios siempre se enojaban y regresaban, en ocasiones ella sentía que él regresaba por lástima. En su matrimonio no se veían todo el día porque trabajaban, hubo una separación al año y cada quien salía con otras personas. Ameli cree que desde que Javier se cambió de trabajo sale con otras personas. Dice que discutían por cualquier cosa, que a él no le gustaba que llegara tarde ni como se peinaba, le reclamaba que no lo atendía y en una ocasión hubo jalones, ella le rompió una cadena y lo golpeó en la cara.

Menciona que sus papás siempre los ayudaron económicamente (comida y dinero para la renta) y que aún la siguen ayudando; que su mamá no se metía cuando se peleaban y que su papá se enojaba y le decía que si lo quería se arreglara y lo atendiera; ella le contestaba que cómo quería que lo atendiera si la trataba mal.

Refiere que actualmente y a raíz de la separación vive en casa de sus padres con su hijo Jonathan, sus padres, hermano, cuñada y sobrino.

Manifiesta que la separación está afectando su vida personal y la relación con su hijo; emocionalmente se siente sola, arrimada, enojada, triste; esta situación ha afectado el área laboral y escolar, siente que no vale nada, ni en apariencia, ni en voluntad, ni en estudios.

Indica que el objetivo principal de las sesiones es que pueda llegar a aceptar que lo mejor es divorciarse, verlo como algo normal y que no le duela; quiere poder ser firme en su decisión porque siente que en el momento que Javier quiera va a venir a buscarla y ella va a regresar como siempre; quiere por fin decir “punto y aparte” pero siente que no tiene agallas, ni valor y cree que si no se divorcia va a seguir igual y que si se divorcia será menos doloroso el verlo con otras personas.

Con el equipo se planea trabajar la culpa y reciprocidad en la relación, también trabajar sobre creencias: la idea de que con el divorcio se va a desvincular emocionalmente de

Javier y la creencia de que ella no sirve porque ni siquiera pudo conservar su relación de pareja; así como trabajar la autoestima.

En la **segunda sesión** se continúa explorando las interacciones de Ameli con su esposo y cómo se dio el proceso de separación, quién lo decidió y a raíz de qué. Responde que fue Javier el que se fue quizá porque ella ya no lo atendía. Se exploran los pros y contras de esta decisión de separación. Se exploran las redes sociales de Ameli, el apoyo familiar y finalmente se valora lo positivo que ella tiene como persona.

En la **tercera sesión** se explora cómo es la interacción de Ameli con Javier. Actualmente se hablan por teléfono y ella le reclama sobre sus amantes, que no da dinero y que no se responsabiliza. Comenta cómo le ha afectado esta situación a Jonathan. Se le asigna de tarea que reflexione qué siente y qué piensa acerca de su situación con Javier. Esta tarea tiene la finalidad de que pueda separar sentimientos y deseos de pensamientos. De esta sesión se observa que Ameli manifiesta verbalmente el deseo de separarse, pero sus actitudes indican todo lo contrario ya que hace todo lo posible por estar cerca de Javier. Se planea confrontar en la siguiente sesión qué es lo que quiere y entonces qué está haciendo para conseguirlo, se pretende hacer evidente incongruencias entre estos dos aspectos. Se pretende plantear dos opciones: el seguir o no con su esposo, para posteriormente trabajar sobre la decisión que tome.

En la **cuarta sesión** Ameli racionaliza sobre los aspectos negativos de su relación, pero se evidencia la dificultad de una separación emocional. Ameli comenta que Javier la busca para tener relaciones sexuales y ella accede sintiéndose después culpable y utilizada. Se le cuestiona si realmente ella quiere una separación, a lo que responde que sí, por lo que se le deja la tarea que piense en posibles conductas concretas que ella pueda llevar a cabo para responder cuando Javier la busque; se le indica que piense en conductas que realmente pueda llevar a cabo y se deja abierta la posibilidad de reconsiderar el objetivo terapéutico y su decisión de separarse.

En la **quinta sesión** Ameli nuevamente comenta que Javier la buscó para tener relaciones sexuales y ella accedió, explica que lo hizo porque lo quiere. Se le confronta con el hecho de permitir que Javier la humille y lastime. Se le cuestiona el hecho de que verbalmente manifiesta querer separarse de Javier y sin embargo ha estado haciendo todo lo posible para estar con él. Se le responsabiliza en su parte de decisión que finalmente ella está tomando y se intenta desvincularla de su papel de víctima. Ameli nuevamente reafirma que su decisión es terminar y que aunque ella lo quiere, él a ella no y que está consiente que no debe estar con él. Manifiesta sentirse como una alumna que no está cumpliendo su tarea.

En la **sexta sesión** Ameli menciona los cambios que está experimentando y las reflexiones a las que llegó la sesión pasada. Se le cuestiona el hecho de que haya sufrido un cambio tan rápido y se le advierte del peligro de una recaída cuando los cambios son tan rápidos y no están bien cimentados. Comenta que antes tenía muchas cualidades y ahora sólo tiene dos: ser cariñosa y trabajadora. Se le asigna como tarea escribir una lista de sus debilidades y fortalezas con la finalidad de trabajar su autoestima, objetivo prioritario para que posteriormente pueda adquirir seguridad en ella y ser firme en sus decisiones.

En la **séptima sesión** Ameli comenta que ya realizó la primera audiencia y firma de divorcio, refiere que se sintió muy mal y lloró. También señala que logró ser firme cuando Javier le volvió a pedir tener relaciones sexuales; cuenta como le hizo para no acceder, refiere que el no acceder la hizo sentir bien porque se estaba respetando. En esta sesión, cuenta los cambios que ha podido hacer en su relación con Javier: ya no le reclama, ya no le habla por teléfono y ya no le platica sus cosas. Habla de problemas que tiene en su casa en relación con su familia. Se reconoce su constancia y asistencia y el gran logro y avance que se observa en ella, así como su capacidad de decisión y firmeza.

En la **octava sesión** se decide trabajar una mayor interacción con Jonathan, a raíz de que en sesiones anteriores se ha observado que Jonathan le sirve de escudo a Ameli para no entrar profundamente en ciertos temas; por lo que la sesión se realiza todos sentados en el piso con juguetes para interactuar también con Jonathan, con la finalidad de distraer la atención de Ameli de éste y trabajar a mayor profundidad con ella. Ameli comenta que se siente más tranquila pero no completamente, piensa que necesita a Javier para poder vivir, se validan y normalizan sus sentimientos y se le señala que cuando se produce una separación es natural al principio, el pensar en no poder rehacer su vida. Se le señala su posición de espera que transmite al niño y se le cuestiona que podría hacer para que Jonathan no se sienta así.

En la **novena sesión** se trabaja la autoestima mediante una tarea de debilidades y fortalezas en diversas áreas de su vida, ya que se ha observado que aunque Ameli ha manifestado cambios, se sigue sintiendo muy devaluada (comenta que se sigue sintiendo muy despreciada o poca cosa), lo que influye en su sensación de no poder rehacer su vida y en su inseguridad para poder tomar decisiones firmes. Durante esta sesión comenta de otros avances que ha venido teniendo: aceptación de su situación, inscripción en materias que le faltaban en la escuela, ganar más dinero en su trabajo y avances en la construcción de su cuarto. Menciona debilidades en diversas áreas; se trabaja sobre cuáles de ellas le pueden servir, de qué manera y en qué situaciones y momentos; reflexiona que algunas cosas que ella expresa como debilidad, en realidad son fortalezas y sobre cómo podría cambiar otras. También se reafirma el reconocimiento de las fortalezas que posee. Esta tarea en especial resultó muy significativa para el proceso.

En esta sesión entra un integrante del equipo de sexo masculino para transmitirle el mensaje, en particular el de los hombres del equipo, de que han percibido en ella la esperanza de regresar con Javier y se le expresa la importancia de ver hacia adelante con todas estas fortalezas que ha reconocido que tiene. Las terapeutas también le señalamos como esta esperanza obstaculiza cada vez que se quiere avanzar más en el proceso; se habla sobre la importancia de no enfocarse en el pasado, sino ver hacia el futuro, sin dejarle de reconocer lo doloroso que puede resultar un proceso de divorcio y sin dejar de reconocerle los avances que ha logrado.

En la **décima sesión** se trabaja bajo el **MODELO DE SOLUCIONES**. Este modelo plantea que no existe una realidad única, ni una sola forma de ver las cosas; plantea el co-construir problemas resolubles y sobre todo dejar la tendencia de enfocarnos en el problema y en su lugar propone enfocarnos en las fortalezas y recursos que trae la persona a terapia. Algunas de las estrategias que plantea son: amplificar los cambios, preguntas

presuposicionales a futuro, buscar excepciones al problema, normalizar y despatologizar, utilizar elogios y localizar y destacar tendencias positivas.

Este modelo fue muy adecuado al momento del proceso de Ameli, ya que había venido manifestando muchos cambios y era necesario evidenciarlos, reconocerlos y amplificarlos para que se continuaran dando, así mismo lograr este reconocimiento por parte de ella para que recuperara su seguridad, necesidad primordial en ella. Consiguiendo seguridad podrá tomar decisiones firmes y mantenerse en ellas (motivo de consulta), recuperará su autoestima y podrá sentirse mejor emocionalmente.

En esta sesión Ameli comenta que realizó la última firma de divorcio. Se trabaja su sensación de culpabilidad y de fracaso (se le señala que el separarse porque no se está sintiendo bien en una relación, también es buscar una meta, un bienestar y un éxito). Se le conduce a la reflexión de que las cosas que la mantenían con Javier ya no están y ahora las puede encontrar en otras personas. Reflexiona sobre cómo se vería a futuro en 5 años con él y cómo se vería a futuro en el mismo tiempo sin él y sobre cómo se ve a ella misma una vez que todas estas emociones negativas pasen.

En la **onceava sesión** se trabaja la firmeza, pidiéndole ejemplos anteriores de firmeza en ella y cuestionándola sobre cómo ha conseguido ser firme en esas ocasiones. Se plantean situaciones hipotéticas de cómo podría seguir consiguiéndolo en situaciones difíciles para ella; se le pide un ejemplo de firmeza en alguien que ella admire por ello; y se desvincula el “ser” del “mostrarse”, en el sentido de que él haberse “mostrado” en algún momento no firme, no la hacía “ser” no firme y que ella había demostrado en muchas más ocasiones su firmeza (se le mencionaron ejemplos).

La **doceava sesión** fue la sesión de **cierre**, ya que Ameli comentó de muchos cambios: la propusieron para recibir un estímulo anual en el trabajo, obtuvo el terreno para construir, terminó de construir los dos cuartos en su casa y lleva una relación más cordial con Javier. Emocionalmente comenta que ahora está de buenas, organiza cosas, sale a fiestas, que su humor cambió y con esto su manera de ser con la gente, lo que hizo que la gente también cambiara con ella; ya no se siente la más horrible del mundo y ahora lleva una mejor relación con su familia. Se le pregunta qué le faltaría y comenta que tiempo para reafirmar todo.

En esta sesión también se realiza un equipo reflexivo, donde todos los integrantes del equipo entran a hacerle un comentario positivo a Ameli.

Ameli expresa su agradecimiento y comenta que el proceso le ayudó bastante, le sirvió para asimilar y aceptar las cosas, así como para entender que si hubiera seguido con Javier hubiera sido para volver al ciclo.

Finalmente se le regresa su propio esfuerzo y participación en los cambios; valorándole su constancia, persistencia y recursos que ella ha manifestado a lo largo de todo el proceso. Se le señala que es natural que pueda haber momentos en que se sienta triste y vuelva a tener dificultades, pero se le señala también que tenemos la seguridad de que con todos estos recursos que ella ha demostrado que tiene, podrá salir adelante. Se deja abierta la

posibilidad de un seguimiento en dos meses y se le da la confianza para que pueda llamar cuando lo crea conveniente.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL PROCESO TERAPÉUTICO SEGÚN EL MODELO DE TERAPIA BREVE Y SOLUCIONES

I.- Descripción de la familia

Se trata de una familia uni-parental, en la etapa de hijos pequeños, compuesta por la madre (Ameli) en proceso de divorcio, con licenciatura trunca en psicología 9° semestre, quien labora como empleada administrativa en el Hospital General, ganando \$1200 mensuales de cuyo sueldo depende su hijo Jonathan de 1 año; ambos viven en casa de los padres de ella, con los padres, 2 hermanos menores, la cuñada y el sobrino.

A las sesiones siempre acude la madre y el hijo.

II. Motivo de consulta

Separación conyugal (desde hace 8 meses), divorcio en trámite. Solicita apoyo pues la situación de separación ha afectado todas las áreas de su vida.

Manifiesta dificultad para tomar una decisión firme y poder terminar definitivamente su relación de pareja.

III. Objetivos terapéuticos

Objetivo Terapéutico: Mantenerse firme en su decisión de terminar definitivamente su relación de pareja.

Desde un abordaje sistémico familiar se acordó trabajar los siguientes aspectos:

Manejo de culpa y reciprocidad en una relación (2 son los que mantienen la relación), a su vez no verse ella misma como “víctima” de Javier, con la pretensión de que tome la responsabilidad de sus decisiones y de su situación.

Trabajar sobre su propia seguridad y autoestima, rescatando los recursos y aspectos positivos en ella.

Explorar creencias y trabajar sobre ellas (la idea de ella de que con el divorcio se va a desvincular emocionalmente y la creencia de que no vale porque ni siquiera pudo conservar su matrimonio).

Establecer conductas que le permitan mantenerse en su decisión.

Acompañar en el avance en los trámites de divorcio, establecer el apoyo económico e instrumental de Javier y establecer la participación de su familia de origen en la situación.

IV. Comentarios y observaciones. Análisis del sistema terapéutico total, así como de las comunicaciones y relaciones de la familia.

En un inicio Ameli tendía a usar a Jonathan como protección cuando se le dificultaba hablar de ciertos temas frente a las terapeutas (por ejemplo, al ser confrontada por éstas sobre su decisión de terminar con Javier, entonces Ameli abrazaba a Jonathan, le daba comida o le comentaba algo a manera de distracción, dejó de hacerlo cuando las terapeutas le reflejaron esta conducta).

Jonathan estaba muy pendiente de la sesión y de las emociones de su madre y cuando se hablaba de ciertos temas era evidente como se quedaba mucho más quieto o en otras ocasiones más intranquilo e interrumpía (por ejemplo, cuando se comenta acerca de la patria potestad, Jonathan se manifestó gritando, tirándose al piso y llorando, por lo que se explora cómo ha afectado esta situación al niño, quien ahora llora demasiado y llama a su papá por las noches; de igual manera cuando se comenta sobre la posibilidad de que Ameli tenga una nueva pareja, el niño interrumpe).

Se observa a Ameli motivada en el proceso y con un compromiso por no quedarles mal a las terapeutas, ni al equipo, lo cual parece ser un indicador del enganche y la capacidad de maniobra que se tuvo, en ocasiones Ameli misma comentó que se sentía como una mala alumna: “yo estude psicología y de pronto me sentí mal, como una alumna que no está haciendo bien su tarea y de verdad que lo intento.”

V. Formulación del plan estratégico.

La primera parte del proceso (de la sesión 1 a la 9), se trabajó bajo el modelo de terapia breve, lo que permitió la planificación del caso: establecer el problema del cliente, las soluciones previas intentadas, el impulso básico central que se habría de evitar, plantear estrategias de intervención, así como establecimiento de metas y objetivos claros y concretos y los indicadores de que se estaban llegando a estos.

Problema del cliente: Dificultad para tomar una decisión firme y poder terminar definitivamente su relación de pareja.

Objetivo concreto y metas terapéuticas:

Mantenerse firme en su decisión de terminar definitivamente su relación de pareja.

Soluciones intentadas: Actitudes que tenían el impulso básico central de mantenerse cerca de Javier (llamarle por teléfono, reclamarle de otras mujeres, salir con él cuando iba por el niño o decirle que si quería ver al niño tenía que ser en su casa, tener relaciones sexuales, etc.).

Enfoque estratégico:

Primero se le encaminó a reafirmar su decisión de terminar (por lo que se le deja abierta la posibilidad de reconsiderar su objetivo terapéutico), una vez que se auto confirma su

decisión, se decidió trabajar en el mantenimiento de esta decisión a través de fomentar la seguridad y manejo de sus propios recursos personales, así como pre-viendo y previniendo escenarios que la pueden llevar a aceptar situaciones con las que no estaba de acuerdo y planeando que hacer en distintas situaciones a fin de evitar que realizara conductas que posteriormente la podían hacer sentir culpable o devaluada.

A través de las sesiones se observó que esta dificultad para tomar una decisión firme estaba relacionada con un problema de inseguridad y de baja autoestima, además se observó como estaba repercutiendo emocionalmente de manera negativa en Ameli la baja autoestima y no sólo el proceso de separación, por lo que fue muy importante para el avance del proceso trabajar este aspecto.

De esta manera nuestro enfoque estratégico estuvo encaminado por un lado, hacia trabajar la seguridad, reconociendo y fortaleciendo los propios recursos personales; y por otro hacia establecer conductas concretas dirigidas a evitar el impulso básico central de mantenerse cerca de Javier.

Para lo que se establecieron dos metas prioritarias:

Meta1: Recuperar la autoestima (que vea sus fortalezas y logre sentirse valiosa como persona) y adquirir seguridad para poder decir no y mantenerse firme en ello sin sentirse culpable. Lo que implicaría sentirse mejor emocionalmente y el logro de otros cambios que a su vez aumenten su autoestima, su sensación de seguridad y la firmeza en sus decisiones.

Meta 2: Identificación y reconocimiento de sus propias conductas cuya finalidad eran mantenerse cerca de Javier y establecimiento de conductas concretas nuevas que lo eviten.

La segunda parte del proceso hasta el cierre (sesiones 10, 11, 12) se trabajó bajo el modelo de soluciones, lo que permitió, ya una vez iniciados los cambios en la primera parte del proceso, continuarlos, mediante las estrategias de intervención de: amplificación de los cambios, buscar excepciones al problema, preguntas presuposicionales a futuro, normalizar y despatologizar, utilizar elogios y localizar y destacar tendencias positivas.

VI. Intervenciones

Estrategias de intervención empleadas:

- Tareas directivas cuya finalidad es reflexionar, asumir y entrenar sus propias conductas.

Debido a que, aunque por una parte Ameli manifestaba verbalmente el deseo de querer separarse, sus actitudes indicaban todo lo contrario y hacía todo lo posible por estar cerca de Javier, de esta manera se le dejaron dos tareas:

Tarea 1, sesión 3: Reflexionar y anotar qué es lo que *siente* y por otro lado qué es lo que *piensa* acerca de su situación con Javier, enfocándola en el pasado, presente y futuro de su relación. Esta tarea tuvo como finalidad separar sentimientos y deseos de pensamientos, para así poder tomar una decisión más consiente.

Así mismo se planteó la posibilidad de elegir una de las dos opciones: continuar, o no, con su esposo y se valida el postergarla ya que es una decisión importante y por lo tanto debe estar realmente convencida al tomarla.

Posteriormente se confrontó a Ameli acerca de qué es lo que quería y entonces qué estaba haciendo para conseguirlo y se evidenciaron incongruencias entre estos dos aspectos.

Tarea 2, sesión 4: Enlistar acciones concretas que crea debe llevar a cabo, para lograr la separación, con la finalidad de concienciar en Ameli cuáles conductas la alejan del objetivo terapéutico y cuáles la llevan al cumplimiento de éste.

Con esta tarea Ameli se da cuenta de muchas cosas, y hace algunas otras para alejarse de Javier como dejar salir a Jonathan solo con él el fin de semana, tratar de no pelear por teléfono, no reclamarle de sus amantes y decirle que se apurará con los tramites del divorcio.

Con el objetivo de trabajar la autoestima que requiere para adquirir seguridad en ella misma y ser firme en sus decisiones se le asigna:

Tarea 3, sesión 6: Escribir una lista de sus debilidades y fortalezas con la finalidad de trabajar su autoestima, en la sesión 9 se trabaja con esta lista y se logra el reconocimiento de recursos personales en ella que la pueden llevar al logro del objetivo terapéutico.

- Preguntas dentro de la sesión con la finalidad de confrontar y llevar a la reflexión de su participación sistémica:

En la sesión 5 con el objetivo de evitar que Ameli se coloque en la posición de “víctima” y de que tome la responsabilidad de sus decisiones y de su situación, se le pregunta: ¿Si piensa hacer algo para impedir que Javier la maltrate y de ser así qué sería? A lo que Ameli responde que hablar sólo lo indispensable con Javier sobre asuntos relacionados con Jonathan.

En esta sesión también se le señala que el dejarse despreciar, lastimar y humillar son actitudes que finalmente puede aprender su hijo.

Con el objetivo de concienciar su participación sistémica y las conductas que Jonathan puede aprender (dejarse despreciar, lastimar y humillar, su actitud de espera, etc.), en la sesión 8 se le pregunta: ¿De qué manera afecta a Jonathan las decisiones que ella toma acerca de como llevar la relación con Javier?

Ameli evidencia su posición de espera que transmite al niño y se le pide que reflexione sobre cómo puede evitar transmitir a Jonathan su actitud de espera, a lo que Ameli reflexiona de la necesidad de conseguir mayor calma y de ocuparse de otras cosas.

- Mensajes del equipo con la finalidad de confrontar y llevarla a la reflexión.

En la sesión 4 se le confronta y el equipo le envía el mensaje de sentirse confundido, pues pidió apoyo terapéutico para separarse de Javier, sin embargo lo que ha estado haciendo ha sido para permanecer con él.

- Se busca el establecimiento de conductas que la puedan llevar al objetivo terapéutico de ser firme, a través de ejemplos y prever situaciones futuras y maneras de enfrentarlas.

En la sesión 11 se le pregunta en qué situaciones le gustaría ser firme, responde que le gustaría poder decirle no a Javier cuando la invita a algún lado. Se le pregunta qué necesitaría para eso, responde que decírselo y luego hacerlo. Se le pide un ejemplo concreto de cómo podría decírselo y se crea una situación imaginaria dentro de la sesión de qué sería lo que Javier le respondería. Se hace el mismo ejercicio en una situación imaginaria en que él le pidiera tener relaciones.

Intervenciones del modelo de terapia breve:

En la sesión 6 se utiliza una intervención general cuando se le advierte a Ameli del peligro de una recaída cuando los cambios son tan rápidos y no están bien cimentados.

Intervenciones del modelo de soluciones:

- Amplificación de los cambios y exploración de las excepciones:

Se exploran cambios, preguntando constantemente por estos, cuáles son, de qué manera se manifiestan y cómo la han hecho sentir.

Se le pregunta cómo le hizo para no acceder a las peticiones de Javier de tener relaciones sexuales (¿Cómo logró no acceder?) (*sesión 7*).

También (*en la sesión 9*) se le pregunta qué tuvo que pasar para que se diera un cambio, Ameli responde que no es un cambio total y habla de la aceptación.

Por lo que se resaltan los cambios preguntándole si esta aceptación le ha funcionado, Ameli entonces responde que ya metió las materias que le faltaban, que tiene mayor oportunidad en el trabajo, que ya que gana más dinero y que ya está avanzando en el cuarto que está construyendo.

El resaltar y preguntar constantemente sobre los cambios y avances permitió reconocerlos y consolidarlos.

Ameli tendía a minimizar sus propios cambios y avances, por lo que constantemente las terapeutas y equipo teníamos que hacérselos notar.

Por ejemplo, (*en la sesión 7*) a pesar de los cambios y avances manifestados por Ameli y de no haber accedido a las peticiones de Javier de tener relaciones sexuales, ella dice no tener fuerza de voluntad (siendo que antes no había logrado evitarlo); por lo que el equipo le

manda el mensaje de que ellos han observado que sí puede hacer las cosas, contrario a lo que Ameli dice acerca de no tener fuerza de voluntad.

De igual manera (*en la sesión 9*) cuando se le pregunta sobre sus cambios Ameli responde que no han sido cambios totales y al mencionarlos y hablar de ellos, inmediatamente comenta sobre lo negativo, es decir, que emocionalmente sigue sintiéndose despreciada o poca cosa, se compara con su amiga que tiene hijos grandes y el amor y comenta que ella no tiene nada.

Por lo que se le pregunta si considera que en su vida existen otras cosas importantes, a lo que Ameli responde que sí y menciona su casa, carrera e hijo.

En la sesión 11 se retoma el motivo inicial de consulta y se exploran excepciones al problema; se explora que significa para Ameli el “ser firme”, a lo que responde que “ser decidida”.

Se le señala que ella ha comentado que aunque le cuesta trabajo, ha habido ocasiones en las que ha sido firme, y se le pregunta en qué ocasiones lo ha sido y cómo lo ha logrado, Ameli pone varios ejemplos y cuenta diversas situaciones en las que ha sido firme tanto en su trabajo como con su familia.

Comenta que cuando no lograba ser firme ella acababa sintiéndose inconforme con ella.

También se le pregunta cómo ha logrado ser firme con Javier y si llegó a pasar lo contrario (que fuera Javier quien quedara inconforme), entonces Ameli comenta de una ocasión en que no quiso acompañarlo.

- Se desvincula el “ser” del “mostrarse”

Se le señala que es muy extremista el decir que no “es” firme y se retoman las ocasiones en que le ha funcionado lo que ha hecho para lograr “ser” firme.

Se le pregunta qué le hace creer que no “es” firme, Ameli tarda en contestar y comenta una situación del arreglo de divorcio en la que ella firmó aceptando menos dinero para el seguro médico, se le señala que nos llama la atención que tardó más en ubicar un episodio en el que no había sido firme, que uno en el que sí lo había sido. También se le preguntan los motivos de esa decisión para finalmente señalarle que tomó una decisión porque valoró que era lo que más le convenía y que la tomó consciente, que eso no significa falta de firmeza y que incluso el “mostrarse” en ocasiones poco firme no significa necesariamente el “serlo”.

- También se usa la Normalización y Despatologización

Así se validan y normalizan sentimientos de tristeza de Ameli ante una separación (sesión 8).

También (en la sesión 10) cuando Ameli menciona que su mamá le dijo que cuando hay un divorcio la mujer tiene la culpa porque no sabe conservar a un hombre y comenta que se

siente fracasada, se le señala que cuando se habla de una relación hay una coparticipación y cualquier cosa, ya sea positiva o negativa, no es culpa de nadie, sino responsabilidad de los dos; se retoman los casos de mujeres que llevan 20 años de relación donde hay maltratos y alcoholismo y se le pregunta cómo ve a estas mujeres, y si ellas no son fracasadas. Ameli responde que las ve mal y que sí las ve como fracasadas porque no están cumpliendo otras metas. Se le señala que separarse porque no se está sintiendo bien, también es buscar un progreso y por lo tanto una meta, se le señala que estar divorciada indica que va a seguir un camino diferente, significa que está buscando otras cosas. Con esta intervención Ameli logra percibirse de manera diferente comentando que se siente así porque no obtuvo lo que esperaba en este momento pero que no es para siempre.

- Uso de Preguntas Presuposicionales a futuro.

En la sesión 10 se le pregunta cómo se ve a ella misma una vez que todas estas emociones negativas pasen, Ameli responde que se imagina teniendo su casa, independiente y con carrera; se le pregunta qué pasará con ella, responde que recuperaría la seguridad; se le pregunta qué cosas hará cuando recupere esa seguridad, responde que estar mejor con su hijo.

- Se utilizan Elogios y se localizan y destacan Tendencias Positivas.

A lo largo de todo el proceso, frecuentemente se transmiten mensajes reconociendo su asistencia, constancia y esfuerzo y también reconociendo sus logros y avances; así se le transmite el mensaje de que el equipo observa que sí puede hacer las cosas y que sí tiene fuerza de voluntad contrario a lo que ella dice (sesión 7); también el mensaje de que el equipo ha observado que es una madre muy dedicada y atenta (sesión 9).

También se destacan aspectos positivos en su vida cuando (en la sesión 9) comenta que ella no tiene nada haciendo referencia al amor, en específico a Javier; se le pregunta si considera que en su vida existen otras cosas importantes, a lo que Ameli responde que sí y menciona su casa, carrera e hijo.

En la sesión 10 se le transmite el mensaje del equipo de que perciben que es una mujer que ve mucho por su hijo y le preguntan cómo piensa ella que Jonathan la ve, Ameli responde que como una madre dedicada, amorosa y preocupada porque esté bien. Se le señala que la dedicación es algo que no se aprende en los libros y se le pregunta que puede aprender Jonathan de ella, Ameli responde que los valores como la dedicación y el amor.

- En la última sesión se hace uso del equipo reflexivo, así se transmiten mensajes con el objetivo de fortalecer y destacar recursos; así como de reafirmar los cambios:

Con lo cual Ameli al final, expresa que los comentarios que escuchó la hicieron sentir bien como mujer y le hicieron reafirmar que los cambios son reales ya que cuando otras personas los perciben es porque es real.

VII. Evolución del motivo de consulta

Desde un inicio se trabajó sobre la decisión de Ameli de separarse, así en un principio se determinó confrontar su decisión de terminar definitivamente su relación de pareja, para una vez confirmada ésta, encaminarla hacia su mantenimiento.

Hasta la sesión 4, Ameli aún buscaba la manera de mantener contacto y de estar cerca de Javier, ya en sesión 5 Ameli empieza conductas dirigidas a poner distancia, ya no le reclama, deja salir a Jonathan solo con él, ya no le habla por teléfono ni le reclama de sus amantes y le pide que se apure con los trámites del divorcio; posteriormente en la sesión 7 firma los papeles del divorcio; de igual manera hasta la sesión 6 Ameli todavía accedía a tener relaciones sexuales cuando Javier lo quería, sintiéndose después culpable y utilizada, ya para la sesión 7 Ameli no accedió a las peticiones de Javier de tener relaciones sexuales; Ameli también en la sesión 9 empezó a comentar de logros alternos que se estaban dando en su vida (había metido las materias que le faltaban para terminar, tenía mayor oportunidad en el trabajo ganando más dinero y estaba avanzando en la construcción de una habitación), aunque aún se seguía sintiendo mal emocionalmente, despreciada y poca cosa, también en esta sesión manifestó ya no permitir que Javier la agrediera y que se estaba haciendo respetar lo que la hacía sentir bien; en la sesión 10 Ameli realiza la última firma del divorcio y aunque evidentemente manifiesta su tristeza ya puede reconocer más cualidades en ella, así se describe como una madre dedicada, amorosa y preocupada por el bienestar de su hijo; también logra tener esperanzas positivas de su futuro, visualiza cambios importantes y percibe que no se va a sentir así siempre; en la sesión 11 ya se evidencian físicamente los cambios y se observa una Ameli diferente, incluso llega más arreglada a sesión, también en esta sesión logra reconocer capacidades enfocadas a la firmeza.

En la última sesión se retoman cambios y Ameli expresa todos los avances logrados, así manifiesta que la propusieron para recibir un estímulo anual en el trabajo, le dieron el terreno que solicitó para construir, acabó de construir los dos cuartos en su casa para ella y para Jonathan; expresa que emocionalmente ha cambiado, su humor cambió y ahora está de buenas, organiza cosas, cambió su manera de ser con la gente y eso hizo que la gente también cambiara con ella, la relación con su hijo cambió y ahora mantiene una mayor comunicación con él; expresa que antes no podía estar sola sin sentirse triste, que tenía mucho dolor y que ahora aunque recuerda ya no le duele; su relación con Javier también cambió y ahora es más cordial, su mamá también cambió, antes no tenía ganas de hacer nada y ahora está más contenta, lo explica como que su madre absorbía sus problemas, ahora la ve más alegre y que se lleva mejor con su familia; expresa que ya no se siente la más horrible del mundo aunque menciona que todavía le faltan muchas cosas por hacer como cortarse el pelo y comprarse ropa; finalmente manifiesta que las sesiones le sirvieron para asimilar y aceptar las cosas y entender que si hubiera seguido con Javier hubiera sido para volver al ciclo.

VIII. Cambios obtenidos y cierre del proceso

Se decidió terminar el proceso a raíz de que se estaba cumpliendo el objetivo terapéutico principal, además, entre los logros manifestados por Ameli, se encuentran: mayor seguridad y reconocimientos en el trabajo, firmeza en sus decisiones (en especial con Javier), logro de

objetivos materiales (aumento de sueldo, obtención de un terreno y terminación de construir su casa), relación más cordial con Javier y su familia; emocionalmente ahora tiene mejor humor, ánimo para organizar cosas y salir, y una mejor percepción física.

En la sesión de cierre se realiza un equipo reflexivo y todos los integrantes del equipo entran a hacerle un comentario positivo a Ameli.

Ameli expresa su agradecimiento y comenta que el proceso le ayudó bastante, le sirvió para asimilar y aceptar las cosas, así como para entender que si hubiera seguido con Javier hubiera sido para volver al ciclo.

Finalmente se le regresa su propio esfuerzo y participación en los cambios; valorándole su constancia, persistencia y recursos que ella ha manifestado a lo largo de todo el proceso. Se normaliza y se anticipa la recaída al señalarle que es natural que pueda haber momentos en los cuales se sienta triste y vuelva a tener dificultades, pero se le señala también que tenemos la seguridad de que con todos los recursos que ha demostrado que tiene, podrá salir adelante. Se deja abierta la posibilidad de un seguimiento en dos meses y se le da la confianza para que pueda llamar cuando lo crea conveniente.

IX. Análisis de la manera de intervenir y evaluación del propio trabajo terapéutico

Aunque al principio nos mostramos impacientes por ver cambios y avances en Ameli, posteriormente se pudo estar más atentas a la oportunidad y ritmo, sin apresurarnos, evaluando cada intervención paso a paso y cambiando de estrategia cuando era pertinente, con lo cual se salvó la capacidad de maniobra de las terapeutas.

Fue de gran ayuda tomarnos tiempo para reevaluar el proceso y reflexionar junto con el equipo y la supervisora, usando toda una sesión en que faltó Ameli para realizar un ejercicio por escrito sobre qué sensación nos producía al equipo y a las terapeutas trabajar con Ameli, con este ejercicio logramos concienciar nuestras propias sensaciones, en especial pude reflexionar sobre mi propia impaciencia, desesperación y sobre el enojo que me causaba el que Ameli permitiera que Javier la tratara así, también nos ayudó a darnos cuenta de la tendencia a dejarnos llevar por las deficiencias y a enfocarnos en los problemas, en ocasiones habíamos estado más centrados de lo que debiéramos en lo malo y descuidábamos el apreciar algunas cualidades de Ameli. Nos dimos cuenta también que Ameli había manifestado cambios de los cuales no nos percatamos y por lo tanto no los habíamos valorado, por ejemplo, teníamos el concepto de ver a una Ameli aplanada sin que realmente lo fuera. Finalmente se pudo valorar que la importancia de los cambios no estaba en la rapidez, sino en la constancia y Ameli manifestó cambios desde un principio de manera muy constante, por lo que parecía que Ameli estaba cambiando y nosotros no.

Por otro lado aprovechamos la oportunidad que representa el trabajar en co terapia y decidimos movernos ambas terapeutas alternadamente entre consentir, elogiar, comprender, entender y confrontar, con lo cual considero se pudo lograr una buena alianza y enganche terapéutico.

CASO NO. 2
FAMILIA: FUENTES BERNAL

Periodo de atención: Del 17 de febrero de 2003 al 10 de noviembre de 2003

No de sesiones: 15

Integrantes de las sesiones: Mario, Leo, Ariadna, Ulises, Adrián y Daniel.

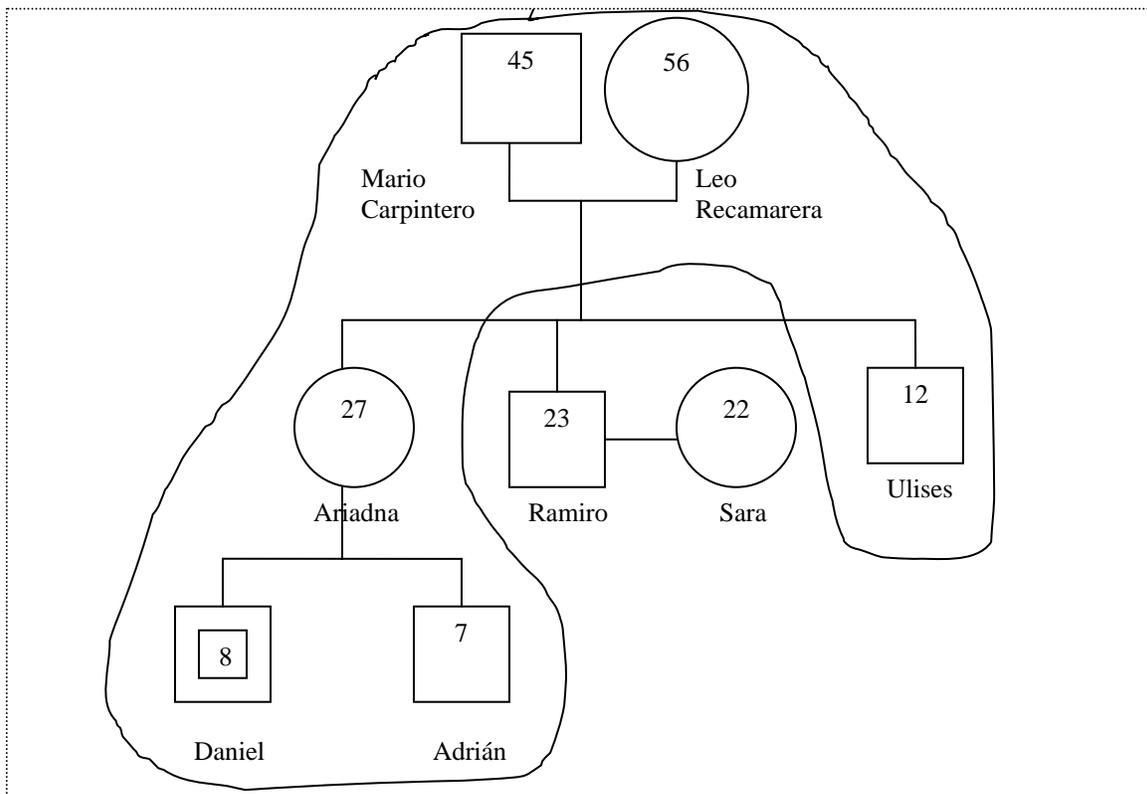
Modalidad de trabajo: Terapia Familiar

Modelo utilizado: Modelo Estructural (s-1 a s-11)/Modelo de Terapia Breve (s-12 a s-15)

Supervisores: Alicia Espinosa / Maria Blanca Moctezuma

Terapeuta (s): Joaquín Torres-Yazmín Quintero

Familiograma:



RESUMEN DEL PROCESO

La **primera sesión** asisten Leo, Mario, Ariadna, Ulises, Adrián y Daniel. Se realiza la presentación, encuadre y explicación de la manera de trabajo del centro, exploración del motivo de consulta y antecedentes del caso.

Motivo de Consulta.-Daniel es canalizado por el INCH (Instituto de la Comunicación Humana) por su desempeño escolar.

La Sra. Leo dijo que estaban aquí porque querían saber si el problema de Daniel era emocional o de desarrollo, ya que les dieron dos diagnósticos diferentes: daño cerebral mínimo y familia disfuncional, y estaban confundidos sobre cuál era el correcto. El Sr. Mario solicitó un documento en el que se especificara que ya habían asistido a terapia pues se los solicitaban en el INCH.

Antecedentes del caso

Daniel estaba siendo atendido en el INCH, ya que le costaba trabajo acordarse de las cosas. Durante el tratamiento habían visto algunos progresos en su desempeño escolar, sin embargo esperaban que ahí les dijeran como hacerle para sacarlo adelante. Daniel participa en los quehaceres de la casa así como en el taller familiar de carpintería. Anteriormente había sido atendido en el Juan N. Navarro.

Daniel y Adrián están registrados y al cuidado de los abuelos ya que Ariadna los dejó con ellos desde que Daniel tenía 2 años y Adrián uno. En el momento en que comenzó el proceso terapéutico Ariadna tenía 6 meses de haber regresado a la casa de sus padres.

Había muy poca interacción entre Ariadna y sus hijos, ella se mantenía periférica, sin embargo expresaba verbalmente su interés en apoyar a Daniel para que saliera adelante. Ulises apoyaba en el cuidado de los niños cuando los abuelos trabajaban.

La **segunda sesión** asisten Leo, Mario y Daniel, Ariadna no pudo asistir por su trabajo. En esta sesión se sigue indagando antecedentes del caso y de la situación de Ariadna.

Se intenta interactuar con Daniel, quien se intimida. El abuelo comenta de los problemas de Daniel en la escuela y lo compara negativamente con su hermano en el sentido de que es más travieso, mencionan una travesura de Daniel, la cual se normaliza y connota positivamente. Se indaga qué sabe Daniel acerca del motivo por el que acuden a terapia siendo éste que no le echa ganas a la escuela. Se le pide a Daniel que salga para explorar la situación de Ariadna cuando se fue de la casa. Los abuelos comentan que se fue con un muchacho a vivir a su casa, después se fue con él a Michoacán un año, él no le daba de comer y la sacaba a dormir a la calle, poco después alguien que conocían les avisó que Ariadna se encontraba grave y fueron el Sr. Mario y su hijo Ramiro por ella, Ariadna les comentó que allá desayunaba, comía y cenaba té. Cuando fueron por Ariadna, ella tenía 3 ó 4 meses de embarazo y 15 ó 20 días después de que nació Daniel ella se fue nuevamente dejando al bebé con los abuelos y no regresó hasta que de nueva cuenta les avisaron que estaba mal y fueron por ella, estaba embarazada por segunda vez. Permaneció con ellos hasta que Adrián tenía como dos años y después se fue, en esta ocasión dejó una carta con la supuesta dirección de donde iba a estar, la Sra. Leo la buscó pero no era la dirección correcta y no la encontraron, hace aproximadamente medio año que Ariadna regresó. Ambos niños están registrados como hijos del Sr. Mario y de la Sra. Leo quien atribuye que Ariadna se haya ido a que el Sr. Mario es muy estricto y exigente. Se explora la relación de Ariadna con sus hijos, se comenta que ha habido rechazo de Ariadna hacia Daniel y actualmente la interacción entre ellos es poca. Se explora cómo se organizaron en casa cuando Ariadna regresó y las obligaciones de ésta, se observa que la mayoría de las

obligaciones con los niños recaen en la Sra, Leo. El Sr. Mario hace la petición de que cuando Ariadna acuda a sesión entre sin ellos pero advierte que es muy mentirosa.

La **tercera sesión** asisten Leo, Mario, Ariadna y Daniel y se trabaja sobre la interacción familiar, en especial la relación de Ariadna con su padre.

Nuevamente se le reconoce y se le connota como inteligente la habilidad de Daniel en la carpintería. Daniel sale de la sesión. Se le reconoce a Ariadna la importancia de su presencia en sesiones para conocer su punto de vista sobre la situación. Se explora cómo ha sido este regreso a casa. Surgen los problemas en la relación con su papá, Ariadna comenta que el Sr. Mario se enoja por cualquier cosa, el Sr. Mario comenta que casi no interactúan y comenta de un problema reciente que tuvieron. Al preguntarle a Ariadna su punto de vista, responde que no quiere decir nada, el Sr. Mario insiste en que hable, se le hace ver a Ariadna el interés por conocer lo que opina pero se le deja claro también que se respeta el hecho de que no quiera hablar en ese momento indicándole que lo puede hacer cuando ella lo crea necesario. Se explora con la Sra. Leo cómo ha vivido esta situación, responde que siempre ha tratado de que se lleven bien y que le gustaría que la relación entre Ariadna y el Sr. Mario fuera normal, que él ya no sea tan impulsivo, ya que Ariadna lo interpreta como grito, comenta que cuando ella les pide las cosas no lo hace ordenándoles u obligándolos sino que se las pide por favor. Se le pregunta a la Sra. Leo qué considera que tiene que pasar para que la relación entre ellos mejore, a lo que respondió que se tendrían que enmendar muchos errores y que ambos tienen igual carácter por lo que no se entienden. El Sr. Mario comenta que él sólo le pide que se asee y que arregle la casa. Se le pregunta si cree que cambiar su carácter haría que mejoraran las cosas, él responde que tratará de hacerlo. Se le hizo la observación de que probablemente el tono que utiliza para pedir las cosas sea importante. Se le pregunta a Ariadna cómo considera su propio carácter, a lo cual responde que agresivo ya que se molesta por cualquier cosa, se le pregunta si recuerda alguna ocasión en la que hubiera podido responder de otra manera, responde que no. Se le pregunta también acerca del punto de vista de su papá sobre la forma de pedir las cosas, a lo cual Ariadna guardó silencio, por lo que el Sr. Mario insiste para que hable, se le hizo saber nuevamente que no era necesario que hablara si no lo deseaba.

Finalmente se les pregunta sobre la forma en que esta situación familiar podría afectar a Daniel. El Sr. Mario parece no entender la pregunta y continúa hablando de lo que Ariadna hace incorrecto. Se reitera que lo que sucede en una familia repercute en cualquiera de sus miembros y no sólo en Daniel, por lo cual se les deja de tarea llevarse la reflexión acerca de cómo cada miembro de la familia hace un efecto en los otros y analizar de forma personal cómo cada uno influye tanto positiva como negativamente en la familia y por lo tanto en la situación de Daniel.

La **cuarta sesión** asisten Leo, Mario y Ariadna. Se revisa la tarea acerca de su propia participación en la situación. La Sra. Leo manifiesta no estar segura de criar bien a sus hijos. Ariadna comenta que se enoja muy rápido y que tiene que cambiar su forma de ser en bienestar de Daniel. Surge el problema del dinero. En esta sesión se observa que a Ariadna le cuesta trabajo dirigirse a su papá y decirle directamente lo que le molesta y que la interacción entre estos no es directa, ya que cuando el Sr. Mario intenta decirle directamente las cosas a Ariadna, ésta se molesta y se cierra. También se comenta que el Sr.

Mario trata de responsabilizarnos del cambio de Daniel y que nosotros seamos los que decidamos y le digamos que hacer. Se les señala el problema de comunicación que se observa entre Ariadna y su padre y se le pide de tarea a Ariadna que escriba cómo se siente con respecto a su situación dentro de la familia.

La **quinta sesión** asisten Leo y Mario. Se siguen explorando las interacciones en la familia y los cambios que han podido manifestar cada uno. Se les pregunta cuál sería la primera señal de que está habiendo un cambio. Hablan de cambios en Ariadna en cuanto a la limpieza, agresividad y responsabilidad. Se explora cuáles son las responsabilidades de Ariadna. Se observa que ambos abuelos muestran dificultad para dejarle a Ariadna la responsabilidad de sus hijos. Se les dejan dos tareas, la primera, observar el comportamiento que Ariadna manifieste y la segunda, reflexionar sobre las responsabilidades de cada uno en la educación de Ariadna.

La **séxta sesión** asisten Leo y Mario. Comentan que Ariadna ya lleva 15 días trabajando y que ya cambió a raíz de que está trabajando. Se revisa la segunda tarea que consistió en reflexionar sobre las responsabilidades de cada uno en la educación de Ariadna. La Sra Leo cree que hicieron mal al cuidarle a sus hijos, al resolver sus problemas, al darle para el pasaje, etc. El Sr. Mario por el contrario, dice que sólo ha tratado de no decirle que hacer. Se le insiste en que reflexione en qué ha contribuido, responde que no sabe. Se busca apoyo en la Sra. Leo para que diga algo sobre el Sr Mario, ella dice que ha sido muy exigente con todos sus hijos y que ha sido muy enojón a diferencia de ella. Se les pregunta qué les preocupa de Ariadna, ellos dicen que su higiene y que dice mentiras ya que le dice unas cosas al Sr. Mario y otras a la Sra. Leo. Se les comenta que en su familia tienen niños de distintas edades que van desde la niñez hasta la adultez y que por lo tanto tienen que tener diferentes responsabilidades y libertades. Finalmente se valora la disciplina que ha tenido tanto la Sra. Leo como el Sr. Mario con sus hijos y se le pide una lista a cada uno sobre las responsabilidades y libertades que confieren a cada uno de sus hijos tomando en cuenta la edad que tienen.

La **séptima sesión** cancelan debido a que Daniel tuvo su evaluación anual en INCH.

La **octava sesión** no asisten.

La **novena sesión** asisten Leo, Mario y Daniel. Al principio llega sólo la Sra. Leo porque el Sr. Mario está con Daniel en una evaluación en el INCH. Se retoma la tarea que consistía en la disciplina y libertades otorgadas a cada uno de los miembros de la familia. La Sra. Leo comenta que Ariadna no cumple con las expectativas que tienen hacia ella, no cumple órdenes y comenta del problema de su carácter agresivo. Se le pregunta si Ariadna tiene las responsabilidades que debiera tener una persona de 27 años, la Sra. Leo responde que ella la ve como de 15 años y pone ejemplos de situaciones en que se muestra así. También comenta que cuando el Sr. Mario le pide que haga algo no lo hace y cuando ella se lo pide sí lo hace, comenta que no sabe porque tiene un resentimiento grandísimo con el padre, a diferencia de sus otros hijos que le dicen que lo quieren mucho. Posteriormente llega Mario con Daniel y se le comenta lo que se está tratando. La Sra. Leo comenta que a Ariadna no le gusta que le estén diciendo a cada rato lo que debe hacer y que necesita muchísima paciencia con ella. Se les comenta que es importante esta distinción que hacen de como

perciben a Ariadna no de acuerdo a su edad cronológica; también surge el comentario de que sí es capaz de hacer las cosas lo cual tiene que ver, no tanto con que no las pueda hacer, sino con como se las piden y se pregunta al Sr. Mario qué opina de eso, responde que por eso él no la ve a la cara, se señala la importancia de que él reconozca qué puede provocarle la cara que ponga Ariadna y la importancia de no verla a la cara para evitar este forcejeo. Se hace la pausa y al regresar se les indica que sea la Sra. Leo la que le de las indicaciones de que hacer a Ariadna y de que cuando el Sr. Mario tenga que hacerlo, lo va a hacer sin verla a los ojos y que si no puede hacerlo va a hacerlo a través de la Sra. Leo o en última instancia de Ulises. De igual manera se reconoce el hecho de que hayan traído la tarea, la cual se continuará revisando con respecto a los demás miembros.

La **décima sesión** Asisten Leo y Mario. Se trabaja sobre la lista de responsabilidades y libertades para Ulises y Adrián. Expresan que les funcionó la manera en que se comunicó Mario con Ariadna y que en estos 15 días ya no discutieron. Se retoma la importancia acerca de lograr cosas en función de cómo se piden éstas.

La **onceava sesión** Asisten Leo y Mario. Se revisan las obligaciones que tiene Daniel dentro de la casa, las cuales consisten prácticamente en hacer su tarea. El Sr. Mario comenta que en la casa sí hace las cosas que le piden pero no en la escuela, y que ya hace mejor su letra pero no pasó de año (es la segunda vez que repite año). El Sr. Mario comenta que les pidió ayuda a las maestras pero piensa que fue para mal, el primer bimestre le dijo la maestra al Sr. Mario que Daniel era indeseable, lo que le molestó y pidió cambio de grupo tal cual se hizo, comenta que veía a la segunda maestra con falta de carácter ya que los niños no le hacían caso. Se le pregunta cuál fue la razón de que Daniel reprobara, el Sr. Mario comenta que no responde los exámenes y que sólo les pone nombre. La Sra. Leo dice que le tiene que explicar personalmente a Daniel para que entienda, comenta que en la casa es muy alegre como cualquier niño, pero cuando le dicen que hay que hacer la tarea le cambia la cara y se pone serio y triste. El Sr. Mario comenta que la maestra anterior trataba mal a los niños (les decía “bestias”), por lo que metió quejas y corrieron a la maestra y a la directora, entonces llegaron nuevas y lo etiquetaron, además le decían que Daniel era así por él. El Sr. Mario comenta que en el INCH le sugirieron la posibilidad de cambiarlo de escuela. El Sr. Mario comenta que ha visto cambios en Daniel como que es más sociable pero que las maestras son muy regañonas. Se les pregunta qué tanto tiene que ver el ambiente en el desempeño de Daniel, la Sra. Leo responde que tal vez Daniel mejore si le gusta la escuela. Se les señala que Daniel puede sentirse presionado por el ambiente escolar, lo cual coincide con el INCH, con esto se cambia la visión de un problema emocional de origen familiar a uno de origen escolar, por lo cual sería importante que lo cambiaran de escuela. Los abuelos responden que lo van a intentar. Se les pide que reflexionen sobre los avances que se han visto durante el proceso y lo que faltaría, ambos comentan que el Sr. Mario y Ariadna ya no han peleado ni discutido y que ya no se hablan con coraje, pero les preocupa el desempeño escolar de Daniel.

Se inicia en agosto el tratamiento con el **MODELO DE TERAPIA BREVE** bajo la supervisión de la Dra. Maria Blanca Moctezuma, se utiliza un nuevo formato para reportar cada sesión y se realiza una valoración de lo que ha sido el proceso hasta el momento, así se revisan los avances y lo que falta por hacer. Hasta este momento se habían establecido las responsabilidades y libertades para cada uno, había mejorado la relación entre el Sr.

Mario y Ariadna, sin embargo Daniel volvió a reprobar año. Surge la relación entre el ambiente escolar (aversivo) y el desempeño de Daniel.

En la **doceava sesión** asiste sólo Leo y el tema de esta sesión fue explorar los cambios en Daniel, se formula la hipótesis de que ante un nuevo ambiente escolar se espera un mejor desempeño académico en Daniel. Se plantean los siguientes objetivos: evitar una situación nuevamente de fracaso, explorar hábitos de estudio para trabajar sobre éstos, trabajar sobre exigencias y expectativas reales, buscar alternativas a situaciones futuras que puedan presentarse (promover habilidades en la familia).

La Sra. Leo comenta que las cosas con Daniel han estado mejor, ya copia más las tareas y se va a calificar sus trabajos, ahora está más motivado a acudir a la escuela y aunque no lo pudieron cambiar de escuela está con otra maestra, atribuyen este cambio a que ahora Daniel está con Adrián y se siente más seguro. Se comenta también sobre los hábitos de estudio en casa, donde el Sr. Mario los pone a estudiar, Ulises está al pendiente y los ayuda con dudas y la Sra. Leo llega a revisar. También se comenta que tienen forma de prever que Daniel no repruebe, ya que cuando se porta mal los mandan a llamar y a veces el Sr. Mario va a hacer trabajos de carpintería en la escuela y está al pendiente de él. Se le señala estar al pendiente sin que esto nuevamente sea aversivo para Daniel y vuelva a generarle malestar. Se le señala la importancia de los hábitos de estudio. Se explora la manera de mantener estos cambios, la Sra. Leo habla de motivarlo a que estudie. Se le pregunta sobre cómo le han reconocido estos cambios a Daniel, responde que con palabras diciéndole “Ves como tú puedes”. Se comenta la diferencia entre Daniel y Adrián en cuanto a calificaciones y se transmite el mensaje de mantener una diferencia muy clara entre los dos ya que son dos personas totalmente diferentes y deben tener distintas expectativas y metas para cada uno en función de lo que pueden cumplir (este mensaje es con el objetivo de evitar comparaciones y evitar la frustración en Daniel a manera de que sienta que puede hacer las cosas y no vuelva a vivir la escuela como una experiencia desagradable). Finalmente se le pide a la Sra. Leo que comente con el Sr. Mario lo que se habló en sesión y que ambos reflexionen de qué forma pueden contribuir a mantener esos cambios.

Se observa la siguiente evolución en el motivo de consulta: cambios positivos en el desempeño académico de Daniel (copia las tareas, va a calificarse trabajos y se encuentra más motivado para acudir a la escuela). Se utilizan las siguientes estrategias de intervención: exploración de alternativas para mantener los cambios (no comparar, reconocer el esfuerzo de Daniel, motivarlo, evitar situaciones de frustración en él y promover hábitos de estudio adecuados). Se observa que Daniel no posee hábitos de estudio y que habría que entrenar a la familia en estos.

La **treceava sesión** no asisten por motivos de trabajo.

La **catorceava sesión** asisten Leo y Mario, el tema de esta sesión fue explorar alternativas para mantener cambios en el desempeño académico de Daniel. Se formula la hipótesis de que una situación de frustración puede afectar el rendimiento académico en Daniel (por lo que se debe evitar comparaciones y falsas expectativas). Esta sesión se continúa trabajando sobre los objetivos de la sesión anterior enfocándonos en promover hábitos adecuados de estudio y alternativas para mantener y consolidar los cambios.

Se hace un resumen al Sr. Mario de lo visto la sesión anterior. Ahora el Sr. Mario comenta sobre los avances que él ha observado en Daniel (los cuales coinciden con lo expresado por la Sra. Leo la sesión anterior). Se le pregunta a qué atribuye estos cambios y menciona tres factores: que Daniel está con Adrián, las clases de regularización y la buena relación con la maestra. Se señala la participación de Daniel al hacer un esfuerzo extra, el Sr. Mario comenta sobre su propia participación con sus regaños y al reclamar en la escuela. Se explora sobre las alternativas para mantener esos cambios, el Sr. Mario comenta que para él sería importante la competencia (Adrián-Daniel) para que se supere, la Sra. Leo comenta que para ella es buena la calificación de Daniel. Se retoma con el Sr. Mario sobre la forma en que él le reconoce los avances a Daniel, el Sr. Mario le dice: “ves sí puedes, todo depende de ti”. El Sr. Mario comenta que Daniel puede aprenderse muy bien las canciones que le gustan, por lo que se señala la diferencia entre que Daniel realice una actividad placentera y agradable a una que le pueda resultar desagradable. Se les señala que el que Daniel haya mejorado puede estar relacionado con que ya no lo vive como una experiencia desagradable y se les pide que reflexionen qué pueden hacer para que las tareas no se le hagan una experiencia desagradable. Posterior a la pausa, la Sra. Leo comenta que para que Daniel no tenga una experiencia desagradable, tendría que motivarlo, prometerle algo y reconocer los cambios. Se les transmite el mensaje del equipo que consiste en la reiteración de que ambos Adrián y Daniel son dos niños distintos y que se debe evitar competencias entre ellos, que la competencia debe ser de Daniel consigo mismo o de lo contrario sería una competencia no justa y desleal; se enfatiza que no es lo mismo un 8 de Daniel que un 8 de Adrián ya que en el primero el esfuerzo es mayor. La Sra. Leo comenta que ya quisiera que se terminara el proceso, por lo que se les da una cita de seguimiento en dos meses que es la primera evaluación de Daniel para observar si se siguen manteniendo estos cambios y de ser así cerrar el proceso. Se observa mayor claridad en la Sra. Leo y el Sr. Mario sobre como mantener los cambios, por lo que se espera que estos cambios sean todavía mayores y se continúen dando.

La **quinceava sesión** fue una sesión de seguimiento a dos meses con la finalidad de evaluar si se siguen manteniendo los cambios, los indicadores de éstos, la forma en que los han mantenido, prepararlos para situaciones futuras de altibajos con el fin de prever alternativas para manejarlas, felicitarlos y regresarles el crédito por los cambios y de esta manera cerrar el proceso terapéutico.

Asisten Leo y Mario, comentan que aunque aún no tienen la primera evaluación, Daniel sigue motivado y ha manifestado un cambio en su desempeño académico que ellos consideran ha sido del 80%, este cambio se ha evidenciado en que ya copia las tareas, ya se pone a hacerlas hasta terminarlas y las trae calificadas, algunas con 7 (conductas que antes no realizaba). Se les pregunta cómo han manejado las diferencias en calificaciones entre Adrián y Daniel, responden que no los comparan en ningún momento. Se les pregunta cómo han hecho para mantener este cambio en Daniel y comentan que tratan de motivarlo, apoyarlo y reforzarlo, diciéndole que él puede. Después de la pausa se le manda una felicitación a Daniel y se le reconoce su importante contribución y el esfuerzo que ambos han hecho para lograr este cambio. El Sr. Mario comenta que ha sido gracias a la Sra. Leo quien ha sido muy paciente ya que él es más regañón (La Sra. Leo llora al escucharlo), se les señala que han hecho un buen equipo juntos. También agradecen a los terapeutas por los

comentarios que consideran les fueron de mucha utilidad. Finalmente se habla de los altibajos que se dan en cualquier cambio, sin embargo se les expresa nuestra seguridad en que ellos sabrán como manejarlos y se les deja abierta la posibilidad de un contacto posterior en caso de requerirlo.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL PROCESO TERAPÉUTICO SEGÚN EL MODELO ESTRUCTURAL Y DE TERAPIA BREVE

I. Descripción de la familia

Se trata de una Familia Extensa en la etapa de hijos adultos, adolescentes y nietos pequeños, compuesta por los abuelos -principales responsables del cuidado de los hijos y nietos-, el Sr. Mario de 45 años, carpintero, quien trabaja en su propia casa y la Sra. Leo de 56 años quien es mucama en un hotel, ambos tienen un hijo de 23 años casado, una hija de 27 años y un hijo de 12 años, la hija a su vez tiene dos hijos: Daniel de 8 años y Adrián de 7.

A las sesiones han acudido el Sr. Mario, la Sra. Leo, Ariadna, Ulises, Daniel y Adrián, aunque la mayor parte de éstas se trabajó con la Sra. Leo y El Sr. Mario.

II. Motivo de consulta

La familia llegó con el motivo de consulta relativo a problemas en el rendimiento escolar de Daniel, y determinar si el problema era de tipo emocional, familiar o de desarrollo.

III. Objetivos terapéuticos

Bajo el Modelo Estructural (1ª parte del proceso):

- 1 Distribuir el síntoma (desvincular de la atención a Daniel).
- 2 Reestructurar las funciones en la familia (responsabilidades y libertades de acuerdo a la edad, reinsertar nuevamente a Ariadna al sistema familiar).
- 3 Restablecer adecuadamente la relación Ariadna-Mario.

Bajo el Modelo de Terapia Breve (2ª parte del proceso):

- 1 Mejora en el desempeño académico de Daniel.

IV. Comentarios y observaciones. Análisis del sistema terapéutico total, así como de las comunicaciones y relaciones de la familia.

Difícil relación entre Ariadna y el Sr. Mario, tendencia a imponerse por parte de él lo que provoca que Ariadna se cierre aún más y lo que incrementa el conflicto.

Al principio se observaba un intento de control muy fuerte por parte del Sr. Mario quien en ocasiones daba la impresión de que quería controlar no sólo a su familia sino el proceso terapéutico y a los terapeutas.

Se observa en la Sra. Leo un difícil papel de mediadora (intermediaria) entre el Sr. Mario y Ariadna, además de una gran carga de responsabilidad en la dinámica familiar.

Se observa dificultad por parte del Sr. Mario para comprometerse con su parte de responsabilidad en la familia.

Se observa límites en la capacidad de comprensión por parte del Sr. Mario, al principio se debatía con el equipo si había dificultad para comprender los comentarios e indicaciones que surgían en sesión, o era una forma de no comprometerse y aceptar su parte de responsabilidad, que en algunas sesiones quería depositar en los terapeutas.

Al principio se pensó en integrar a Ariadna dentro del subsistema parental y que obtuviera responsabilidades como madre de Daniel y Adrián, sin embargo se observó que había una incapacidad para tomar esas funciones por lo que solamente se acordó reintegrarla a la familia y asignarle responsabilidades que pudiera cumplir de acuerdo a su edad y como una hija más.

V. Formulación del plan estratégico.

Bajo el Modelo de Terapia Breve se realizó la Planificación del caso, de esta manera se logró establecer el problema del cliente, los objetivos y metas terapéuticas concretas, se decidió cuál sería el impulso básico que se habría de evitar, se establecieron las soluciones intentadas por el cliente, el enfoque estratégico y los indicadores de cambio.

- **Establecimiento del problema del cliente:** Rendimiento académico de Daniel (reprobó nuevamente segundo año).
- **Objetivo concreto y metas terapéuticas:** Mejora en el desempeño académico de Daniel.
- **Decidir que se debe evitar:** A raíz de que observamos que lo que generaba en Daniel un bajo rendimiento era la situación aversiva que para él resultaba la escuela, nos centramos en generar cambios a través de evitar una situación desagradable o frustrante para él. Incluso existía un ambiente escolar aversivo en el que la maestra lo catalogaba de “indeseable.”
- **Establecimiento de las soluciones intentadas por el cliente:** Se observó que una solución intentada por los abuelos era *presionar* (“Impulso Básico de los Esfuerzos”) a Daniel a hacer las actividades relacionadas con la escuela, lo cual resultaba desagradable para él (incluso los abuelos lo mandaron a cursos de regularización).

- **Enfoque estratégico:** Nuestro enfoque estratégico estuvo relacionado con evitar situaciones académicas desagradables para Daniel:

Evitar comparaciones entre Daniel y Adrián que pudieran representar una situación de desventaja y frustración para Daniel, por lo tanto una situación aversiva o desagradable.

Reconocer, reforzar y seguir motivando a Daniel en su esfuerzo.

Señalamiento de las diferencias entre el desempeño de Daniel en actividades agradables y desagradables para él.

De igual manera se promovieron hábitos de estudio y supervisión adecuados.

- **Indicadores de cambio:** Los indicadores de que se estaba logrando mejora en el rendimiento académico estuvieron principalmente en actitud y conductas de Daniel, como: copiar las tareas, sentarse a hacerlas a una hora determinada y terminarlas, llevar a calificar sus trabajos con la maestra, mejorar sus calificaciones a 7 y manifestar mayor motivación para acudir a la escuela.

Una vez logrados estos cambios, buscamos condiciones que promovieran su mantenimiento.

VI. Intervenciones

Estrategias de intervención empleadas:

- **Intervenciones del modelo estructural y de otros modelos:**

Distribución del síntoma:

En un inicio se trabajó bajo el modelo estructural por lo que se logró desvincular la atención del paciente identificado (Daniel).

Para la distribución del síntoma se hizo uso del espacio y la posición, pidiéndole en la segunda sesión a Daniel que saliera para trabajar la historia de la madre, de igual manera en algunas sesiones ya no se solicitó la presencia de Daniel y se trabajó diferentes aspectos en la familia.

También a través de mensajes, preguntas y tareas de reflexión se les hizo concienciar su propio papel y participación acerca de cómo cada miembro de la familia hace un efecto en los otros y un análisis personal de cómo cada uno influye tanto positiva como negativamente en la familia y por lo tanto en la situación de Daniel. La revisión de estas tareas llevó varias sesiones ya que al principio parecían no haber sido comprendidas del todo por la familia.

Connotación positiva:

Se utilizó casi en todo momento el énfasis en lo positivo, destacando lo que había de positivo en las conductas, esto basado en el supuesto de que cada persona tiene un deseo natural de crecimiento y en la opinión de que el paciente coopera más si uno destaca lo positivo, no se minimizaron las dificultades pero siempre se encontró en ellas algún aspecto que podría aprovecharse para mejorar el funcionamiento de un integrante o de la familia.

De esta manera se connotó positivamente algunas conductas de Daniel negativas para ellos. En una ocasión Daniel les echo sal a los peces y se les expresó que Daniel era muy inteligente al ponerles sal a los peces porque vivían en el mar y el agua ahí era salada.

En otra ocasión decían que Daniel sí hacía lo que él quería hacer bien, pero no las tareas ni exámenes de la escuela, esto se utilizó como recurso y se connotó positivamente ya que expresaba que Daniel tenía muchas capacidades y talento (las cuales demostraba en la carpintería y en aprenderse canciones), que sólo era cuestión que las cosas que fuera a hacer le gustaran.

De igual manera, la última sesión cuando el Sr. Mario reconoció que los cambios se habían dado gracias a la Sra. Leo que había sido muy paciente ya que él era muy enojón, se le señaló que ambos han sabido hacer un muy buen equipo y habían sabido complementar muy bien sus estilos.

Reestructurar las funciones en la familia:

Mediante tareas se logró dejar claro cuales serían las responsabilidades y libertades que se asignarían de acuerdo a la edad y capacidades de cada uno de los miembros de la familia, lo que finalmente llevó a un ambiente familiar más agradable y con menos conflictos. La tarea consistió en pedirles una lista sobre las responsabilidades y libertades que confieren a cada uno de sus hijos tomando en cuenta la edad que tienen.

Reestablecer una mejor relación entre padre hija:

Modificando sus pautas de interacción habituales. Trabajando sobre las maneras acostumbradas en que ambos se comunican e interactúan y buscando se cambien éstas por otras diferentes.

Técnica de intensidad: Una vez que se determinó que existía un problema de comunicación, se hizo ver éste en diferentes situaciones dentro de una misma sesión y cada vez que surgía en otras sesiones.

Se cuestionó su realidad, basados en el supuesto de que las pautas de interacción obedecen a la realidad tal y como es vivida por la familia, entonces para modificar la visión de la realidad familiar por la que se rigen los miembros de la familia, es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos, de esta manera se empleó la técnica de constructos cognitivos, específicamente el consejo profesional especializado, cuando se les menciona la importancia del “cómo” le pide el Sr. Mario a Ariadna las cosas.

Para lograr el objetivo terapéutico de modificar la estructura de la familia, es decir, su dinámica y organización; al principio se dejó una tarea directiva concreta: “se les indica que sea la Sra. Leo la que le de las indicaciones de que hacer a Ariadna y de que cuando el Sr. Mario tenga que hacerlo lo va a hacer sin verla a los ojos y que si no puede hacerlo va a hacerlo a través de la Sra. Leo o en última instancia de Ulises”.

- **Intervenciones del modelo de terapia breve:**

Intervenciones generales

Cambio de dirección: Se empleó un cambio de dirección cuando se observó que no se había logrado el objetivo inicial de la familia (mejora en el rendimiento académico de Daniel) y entonces se cambia la visión de un problema emocional de origen familiar a uno de origen escolar, por lo cual se empieza a trabajar éste con el modelo de terapia breve.

No apresurarse: Una variante de no apresurarse fue cuando en la última sesión se habló de que no debían apresurar ni presionar los cambios y que estos se iban a dar poco a poco para que fueran sólidos y duraderos.

Tácticas con pacientes difíciles: No se accedió a las imposiciones del Sr. Mario en terapia, de esta manera cuando el Sr. Mario les ordenaba a Daniel y Ariadna que hablaran, se mantuvo el control de la situación indicándoles que cada uno hablaría en el momento que ellos lo creyeran conveniente y que se respetaba su decisión de no hablar; también cuando el Sr. Mario insiste para que Daniel muestre sus manos, se le dice que sólo tiene que mostrarlas si él quiere.

VII. Evolución del motivo de consulta

En un inicio trabajamos sobre un modelo estructural, así que, debido a que Daniel estaba siendo tratado por su rendimiento académico en el INCH, se decidió trabajar la organización familiar que pudiera estar afectando el rendimiento de Daniel.

De esta manera se logró distribuir el síntoma (desvincular de la atención a Daniel), reestructurar las funciones en la familia (responsabilidades y libertades de acuerdo a la edad), se planeó reintegrar Ariadna en el sistema paterno (pero se observó que no estaba capacitada para tales responsabilidades); así que se trabajó la relación Ariadna-Mario con resultados satisfactorios (ya no discutían ni se hablaban con coraje).

Posteriormente se re-valoró el proceso por la familia; quienes comentaron que la relación entre el Sr. Mario y Ariadna había mejorado pero Daniel había vuelto a reprobar, por lo que ya con el modelo de terapia breve se estableció el problema del cliente y se trabajó sobre el objetivo inicial concreto (mejora en el desempeño académico de Daniel).

VIII. Cambios obtenidos y cierre del proceso:

Se terminó el tratamiento a razón de que el problema se estaba resolviendo y se evaluaron los indicadores de que esto estaba ocurriendo. El indicador más importante de éxito fue la

declaración de la Sra. Leo y el Sr. Mario de que la conducta perturbada cambió (desempeño escolar de Daniel). Otros indicadores que se presentaron estuvieron relacionados con un cambio en la actitud y conductas de Daniel, como: copiar las tareas, sentarse a hacerlas a una hora determinada y terminarlas, llevar a calificar sus trabajos con la maestra, mejorar sus calificaciones a 7 y manifestar mayor motivación para acudir a la escuela. Además la Sra. Leo y el Sr. Mario ya no realizan comparaciones entre Adrián y Daniel, lo motivan, refuerzan y reconocen su esfuerzo.

Finalmente se preparó a la familia para situaciones futuras donde se pudieran presentar altibajos y se anticipó la recaída cuando se les dijo que se tiene contemplado que habría altibajos naturales y se expresaron algunas alternativas para enfrentarlos; se le regresó a la familia el mérito de sus propios cambios al reconocer y valorar la participación de todos para que estos se hubieran dado; y se les expresó la seguridad y confianza en que ellos sabrán manejar las situaciones futuras que se presenten, también se les dejó abierta la posibilidad de un contacto posterior.

IX. Análisis de la manera de intervenir y evaluación del propio trabajo terapéutico

En la primera parte del proceso trabajamos sobre la relación del Sr. Mario y Ariadna y se dejó de lado el motivo de consulta inicial por el cual acudía la familia, esto fue reflejado por la propia familia y la supervisora que continuó con el caso, lo que nos llevó a considerar la importancia de enfocarnos en la demanda inicial de la familia y establecer los objetivos terapéuticos en relación de ésta.

Otro aspecto que se descuidó fue la manera de dirigirnos al Sr. Mario, en el sentido de que al principio se le dejaban demasiadas reflexiones sin percatarnos de que tenía dificultad para elaborarlas.

Por otro lado, se supo poner límites a las intervenciones y el control que intentaba imponer el Sr. Mario en la terapia, usando una de las tácticas con pacientes difíciles del modelo de terapia breve, es decir, no accediendo a sus imposiciones, de esta manera cuando el Sr. Mario les ordenaba a Daniel y Ariadna que hablaran, mantuvimos el control de la situación indicándoles que cada uno hablaría en el momento que ellos lo creyeran conveniente y que se respetaba su decisión de no hablar.

CASO NO. 3
FAMILIA: ESTRADA ALBORADA

Periodo de atención: Del 23 de septiembre de 2003 al 14 de septiembre de 2004

No de sesiones: 21

Integrantes de las sesiones: Sr. César, Sra. Julieta, César Esteban y Andrés

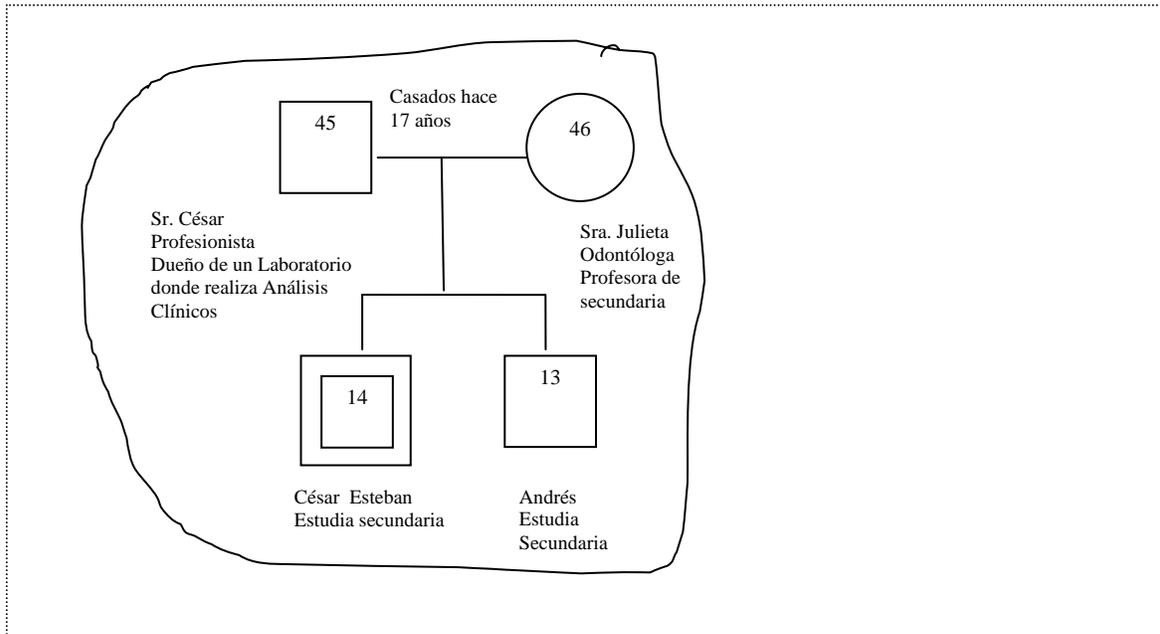
Modalidad de trabajo: Terapia Familiar

Modelo utilizado: Modelo de Milán

Supervisores: Carolina Díaz-Walls

Terapeuta (s): Joaquín Torres-Yazmín Quintero

Familiograma



RESUMEN DEL PROCESO

La **primera sesión** se realiza la presentación, encuadre y explicación de la manera de trabajo del centro, exploración del motivo de consulta y antecedentes del caso.

Motivo de Consulta.- En la solicitud realizada por el padre, escriben como motivo de consulta orientación familiar para aprender un modelo de supervisión con sus hijos más adecuado ya que consideran que no les está funcionando la manera en que lo están haciendo, manifiestan cambios de conducta en sus hijos y baja en el aprovechamiento escolar desde hace un año.

Antecedentes del caso

Durante la primera sesión se explora el motivo que los trae, se habla de problemas de conducta con los hijos (desobediencia con respecto a llegadas después de la hora acordada

y actitud grosera en especial con la madre), también hablan de problemas de rendimiento académico y comentan de la inquietud de C. E. por la ropa íntima femenina (descubrieron la ropa íntima de Julieta en su cuarto), esta actitud la descubrieron también en Andrés.

La madre se muestra muy afligida (incluso hasta llegar al llanto) por el comportamiento de sus hijos sobre todo de C. E. y expresa que a pesar de que se considera con cierta preparación siente dificultad para manejar la situación con sus hijos, comenta que siente desesperación al ya no saber que hacer; que trata de entender si es por la etapa en la que se encuentran; que ha intentado platicar con C. E. y hacerle ver porque está mal sin obtener ningún resultado.

El padre se muestra también desesperado, pero mientras la madre se ve afligida el padre se muestra molesto e inconforme, comenta que han perdido la armonía, la confianza y la comunicación, que es una situación que les impide vivir de forma natural, manifiesta que él tiene poca paciencia pero ha intentado ser tolerante con ellos y que se le hace cada vez más difícil y pierde la paciencia, dice que trata de entenderse con ellos y volver al acercamiento, menciona que ya está desesperado buscando una solución.

Los hijos comentan que se dan cuenta de todos los errores que han cometido (bajar de calificaciones, no llegar a la hora, no hacer lo que les piden o hacerlo de mala forma o a la hora que quieren) y que han tratado de corregirlos pero no ha sido fácil.

Durante la **segunda sesión**, ante la angustia de la madre quien comenta llorando su preocupación por la actitud de sus hijos a quienes ha intentado acercarse e inculcarles valores, se decide realizar un movimiento de sillas para que pueda expresar de frente esto a C. E., quien comenta que ya ha oído esto muchas veces. La supervisora se integra a la sesión y explora los sentimientos de ambos ante los intentos de cada uno por hacer lo que les es conveniente (imponer reglas y tener mayor libertad); les señala que existe desconfianza en la familia, C. E. confirma que se siente presionado y la supervisora les señala que probablemente él reaccione cerrándose en si mismo; también comenta de la diferencia de edades, percepciones y formas de enfrentar las situaciones (jóvenes y adultos). Al final se les pide a cada uno una lista de peticiones de lo que consideren que necesitan para que se mejore la relación familiar (con el objetivo de concretizar y llegar a acuerdos).

La **tercera sesión** se dedica a explorar la tarea, los padres se muestran más desesperanzados ante el no cambio y manifiestan poca esperanza de que éste ocurra. Desde que empezó a leer Andrés su lista, el padre comentó que él ya había cedido demasiado y ya no estaba dispuesto a ceder en nada más, que ya no confiaba en sus hijos y que eso ya lo han intentado antes y sentía que no se iba a llegar a ningún lado. En ese momento entró una persona del equipo pero no se llegó a ningún acuerdo y el padre se mostró molesto y se cerró a cualquier intervención. Se le pide a los hijos que se comprometan a realizar un cambio mínimo (hacer lo que les piden en el momento, con mayor disposición y sin que tengan que estarles diciendo muchas veces), Julieta se compromete a no estarlos presionando, el padre tiene que observar si esto se da.

En la **cuarta sesión** se exploran estos cambios los cuales se dieron sólo los 3 últimos días antes de la sesión; sin embargo el padre se mostró inconforme comenta que los hijos continúan comportándose de manera irreparable, y el cambio se diluyó cuando el padre resaltó nuevamente la existencia de conductas que él consideraba inadecuadas en sus hijos. Surge nuevamente el problema de las prendas íntimas por lo que se les pide que jerarquicen sus prioridades, los padres deciden trabajar la inquietud de C. E. por las prendas íntimas.

La **quinta sesión** se dividió en dos partes, la primera parte se trabajó únicamente con C. E. y la segunda parte con ambos padres, por lo que se decidió que entrara un integrante del equipo del sexo masculino para explorar con C. E. la cuestión de las prendas íntimas (sugiere que las usa para erotizarse), se comentó que existe una diferencia entre la exploración sexual y tomar cosas ajenas y se explora la forma en que puede generar menos enojo a sus padres. Se platicó sobre la participación de ambas partes (suya y de sus papás) para alcanzar un mayor entendimiento, C. E. no se mostró convencido de ello. En la parte dedicada a los papás, la constante fue la queja y preocupación de los padres por el comportamiento de C. E., también comentaron que ya existen problemas entre ambos padres debido a que se recriminan su proceder para ejercer la disciplina (él piensa que ella es muy tolerante y ella que él es rígido), el equipo envía el mensaje cuyo objetivo es validar el importante papel que tiene Julieta como puente de comunicación entre su esposo y sus hijos, el cual se complementa con la forma de disciplina de César. Los padres también comentan que entienden la experimentación sexual de C. E., pero les preocupa que tome la ropa ajena; por lo que se expresa la diferencia de las dos situaciones: sexualidad y tomar las prendas. Se expresa la necesidad de un mayor acercamiento hacia los hijos para sustentar la relación en la confianza, más que en la represión.

La primera parte de la **sexta sesión** se trabajó únicamente con los papás. Relatan que han percibido a C. E. muy cansado y que duerme más de lo acostumbrado, comentan su intención de realizarle algunos estudios neurológicos; se les expresa el gasto de energía que representa la etapa por la que está pasando. Posteriormente el padre comenta que se ha comportado más controlado y que le desespera no ver cambios en sus hijos, piden abiertamente una orientación sobre qué hacer. Se valida el cambio en la actitud del papá y se señala que es fundamental la constancia. También se trata la diferencia entre límites y enojos, argumentando que es importante imponer límites sin que se asocien con gritos y enojos. Se aclara también la diferencia relacionada a que C. E. continúe utilizando la ropa íntima y por otro lado que robe la ropa (con la idea de poner un límite relacionado con el robo y no con la utilización de la ropa). En la segunda parte se integran C. E. y Andrés a la sesión, ante ellos se validó la preocupación y el cambio ejercido por los padres y se promovió un acuerdo de un cambio de conducta concreta por parte de ellos, como respuesta comprometida ante la flexibilidad que estaban mostrando sus padres.

La **séptima sesión** se trabaja con todos y es la primera en que los padres se muestran más tranquilos y se empiezan a hacer más evidentes los cambios. Julieta comenta que ha habido una mejora reciente que consiste en una forma diferente de C. E. de responder, antes manifestaba enojo y ahora hay una mayor disposición y conformidad en C. E., quien comenta que sentía que debía de corresponder también a los cambios. Mencionan que en Andrés han notado también diferencias. Expresan que este cambio ha generado armonía en todos, un ambiente diferente, cordialidad y mayor posibilidad de comunicación. Julieta

platica una situación en donde la manera de responder de su esposo suavizo las cosas. Se le pregunta al padre qué considera que fue diferente en su manera de reaccionar, responde que les trató de hacer ver las cosas y resolverlas con comunicación y que la diferencia fue que controló su enojo. Se le hace ver que este control del enojo generó un compromiso de ellos como respuesta a la reacción diferente y posibilitó una mayor comunicación. Se subraya nuevamente la importancia de la consistencia. El Sr. César comenta que ellos son los pilares de la familia y son ellos los que se tienen que controlar y que debe ser más paciente y tolerante con sus hijos. Platican que el padre apapacha físicamente a Andrés y que no es fácil que éste se abra. Se connota positivo las muestras de afecto en una cultura donde no se promueve esto entre padres e hijos. Se realiza cuestionamiento circular para hacer patentes estas diferencias, así se les pregunta a todos si sintieron los cambios y cómo reacciona ahora cada uno. Se hace evidente que el cambio se ha dado en todos y que por esto el malestar ha disminuido y se ha logrado un mejor ambiente. Se les señala que puede haber momentos de malestar, pero lo importante es que alguien reaccione diferente, porque si no, es muy probable que vuelva a ocurrir lo mismo.

La **octava sesión** se realiza únicamente con los padres a petición de estos. Comentan que las cosas han ido bien en cuanto a conducta y rendimiento académico, pero cuentan de una situación de C. E. con las prendas íntimas, sin embargo el padre se mantuvo más controlado y la reacción de C. E. fue más accesible. Los padres piden nuevamente una sesión solamente con C. E. Se exploran creencias, miedos y explicaciones a la situación de las prendas íntimas. Al final se les reitera la esperanza de que esta situación no eche para abajo todo lo que se ha venido logrando.

La **novena sesión** los padres traen el problema de la situación académica de C. E. y su decepción ante ésta. Se trabaja el compromiso de C. E. para realizar cambios. Es la primera sesión en la que él logra expresar claramente compromisos.

La **décima sesión** Andrés no asiste por enfermedad y a raíz de que C. E. no trae los compromisos por escrito que se le pidieron la sesión anterior, se decide trabajar la segunda parte únicamente con él sobre la utilidad de la confrontación hacia su padre, la necesidad de efectuar compromisos para realizar cambios con la finalidad de obtener beneficios personales y disminuir el ambiente de tensión.

La **onceava sesión** se trabaja únicamente con los padres y se explora la familia de origen de ambos, la situación afectiva en la familia a raíz de circunstancias externas que se han venido presentando últimamente y la utilidad de los estilos complementarios de educación que mantienen ambos esposos. Se valida el cambio de actitud que realizó el Sr. César en la manera de educar a sus propios hijos con respecto a su propia experiencia y la manera en que a Julieta le sirvió la suya.

La **doceava sesión** no asisten por los rituales fúnebres del hermano del Sr. César.

La **treceava sesión** se trabaja únicamente con los padres, se retoma la familia de origen de cada uno, la expresión afectiva en la familia y la importancia de actividades placenteras. Se explora el acercamiento afectuoso que hubo en las últimas semanas, ya que la sesión anterior surgen los beneficios de realizarlo. El Sr. César habló con sus hijos acerca de cómo

se estaba sintiendo y sus hijos se mostraron comprensivos y cercanos aunque ambos de manera distinta.

La **catorceava sesión** se trabaja únicamente con los padres sobre sus expectativas hacia los hijos, en este momento no se logra concretizar en conductas y se exploran las actividades placenteras en la familia, las cuales son muy pocas por lo cual se buscan alternativas para incrementarlas.

La **quinceava sesión** se trabaja únicamente con los padres y se evalúa la percepción de cambios y diferencias: disminución de la confrontación entre el Sr. César y C. E, mayor disposición en C. E y Andrés para responder a las peticiones de los padres, lo cual se explican como respuesta a la manera diferente del padre de reaccionar al corregir o pedirles algo a sus hijos y a las consecuencias de su propia conducta cuando no cumplen las reglas.

De la **dieciseisava a la veintiunava sesión** son sesiones de evaluación del proceso, preparación para el cierre, mantenimiento y consolidación de los cambios y finalmente de cierre y seguimiento.

La sesión 16 acuden sólo los padres y se realiza una evaluación del proceso. En una escala del 1 al 10, evalúan el avance en 8 considerando que llegaron en 1. Mencionan y reconocen los cambios obtenidos, comentan de un avance a raíz de una mayor tolerancia en donde ya no hay confrontación y se sigue más la disciplina cumpliéndose las reglas. Se intenta preparar para el cierre ya que el objetivo por el que acudieron ya se cumplió, sin embargo los padres piden continuar trabajando hacia una comunicación plena con sus hijos.

La sesión 17 acuden sólo los padres y se continúa retomando los cambios ya que la sesión anterior se comenta sobre estos. Los padres mencionan los recursos que los han llevado a tener estos avances. Se responsabiliza a los hijos por las decisiones que toman y las consecuencias que éstas tienen, mencionándoles que los mismos hijos son los que se otorgan los permisos al ser su conducta la que determina que estos permisos se obtengan o no. Se hace la distinción entre la rigidez y la firmeza siendo la última la más conveniente. Se reconoce en el Sr. César el factor de cambio que movió la palanca para que los demás cambiaran. Se reconoce la entrega de Julieta y el equipo que hace con el Sr. César. Se refuerzan los lados fuertes y se les previene y prepara para momentos difíciles. Se les previene ante la posibilidad de que por la edad de sus hijos sea difícil que éstos les reconozcan verbalmente los cambios, pero finalmente lo hacen con acciones.

La sesión 18 acuden todos, C. E. no reconoce cambios en su padre y se provoca nuevamente confrontaciones y reclamos durante la sesión. Se utiliza a Andrés mediante el cuestionamiento circular para salir de la situación tensa durante la sesión y para el reconocimiento de cambios y recursos en cada uno.

La sesión 19 acuden todos después de vacaciones. Ante los cambios y mejoras académicas de C. E. se aprovecha para el reconocimiento de recursos e identificación de cambios y para evidenciar que la falta de reconocimiento puede resultar frustrante y desalentadora para todos, lo que pone en peligro el mantenimiento y constancia de los cambios.

La sesión 20 acuden todos, se siguen manifestando y reconociendo avances y se les deja de tarea para la siguiente sesión de cierre una carta dirigida a otro miembro de la familia.

La sesión 21 es una sesión muy emotiva ya que la lectura de las cartas movió la sensibilidad sobre todo en los padres.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL PROCESO TERAPÉUTICO SEGÚN EL MODELO DE MILÁN

I.- Descripción de la familia

La familia está conformada por los padres, casados hace 17 años, César de 45 años profesionalista quien tiene un laboratorio donde realiza análisis clínicos y Julieta de 46 años odontóloga quien es profesora de secundaria; y los hijos C. E. de 14 años y Andrés de 13, ambos estudiantes de secundaria.

En las sesiones se trabajó alternadamente con todos los miembros de la familia o con algunos de ellos según se consideró pertinente.

II. Motivo de consulta

Problemas de conducta y de rendimiento académico con los hijos en especial con C. E.

III. Objetivos terapéuticos

Cambio en el estilo interaccional de la familia a fin de mejorar la relación entre todos los integrantes.

Para lo cual se establecieron los siguientes objetivos terapéuticos:

- 1 Disminuir la escalada entre C. E. y su padre.
- 2 Proveer un modelo de educación efectivo para la familia.
- 3 Desvincular mitos relacionados con el uso de prendas íntimas femeninas y homosexualidad.

IV. Comentarios y observaciones. Análisis del sistema terapéutico total, así como de las comunicaciones y relaciones de la familia.

La manera de hablar de los padres era muy elaborada y poco concreta, ambos se mostraban evidentemente desesperados, de hecho las primeras sesiones transcurren sobre quejas y reclamos de los padres (en especial del padre) hacia el comportamiento de los hijos y a lo largo del proceso resultó muy difícil evidenciar los cambios ya que tendían a minimizarlos o no tomarlos en cuenta.

En ocasiones se ingresó a las sesiones a varios integrantes del equipo y en muchas de estas sesiones sus intervenciones fueron rechazadas por el padre, quien se mostraba renuente y con pocas expectativas de mejora.

En un principio se inició el proceso conmigo únicamente como terapeuta y a raíz de que en la sesión 5 se requería una intervención por parte de un integrante del sexo masculino fue que entró mi co terapeuta quien fue aceptado fácilmente por la familia.

En cuanto a redes, recursos y limitaciones, parecía existir poca información del exterior, ya que los padres se mostraban muy desesperanzados a pesar de que muchas de las actitudes de sus hijos podían ser comunes en otros adolescentes.

La rigidez y poca disposición de todos a ceder fue la mayor limitante; así como la falta de compromiso por parte de los hijos.

La desesperación que manifestaban los padres fue por un lado limitante de los cambios, ya que dificultaba la percepción ante cambios mínimos o llevaba a la descalificación cuando no se daban rápidamente o de forma total, lo que contribuía a la poca apreciación y valoración de estos. Por otro lado, la desesperación que los padres muestran ante su situación pudo ser un recurso que se manifestó en constancia y puntualidad al asistir a las sesiones.

Otra limitante que se supo aprovechar como recurso fue el desacuerdo entre los padres en la manera de reaccionar ante la conducta de los hijos, pero se pudo reencuadrar como estilos de educación diferentes, ambos necesarios y complementarios.

V. Formulación del plan estratégico

Las sesiones fueron divididas según el modelo de Milán en pre sesión, sesión, inter sesión, conclusión de la sesión y posesión. En la pre sesión se tomaban en cuenta los eventos de la última sesión y se establecía la hipótesis sobre el proceso como guía de las preguntas a realizar durante la sesión. En la sesión solicitábamos información a la familia y guiábamos la conversación, además observábamos las secuencias de comportamiento verbales y no verbales y el modo en que se suministraba la información, es decir, el estilo interaccional de la familia para encontrar las redundancias de éste. En la inter sesión nos reuníamos con el equipo, discutíamos la sesión y decidíamos como concluirla, para lo cual elaborábamos una intervención o un mensaje final para la familia que trasmitíamos en la conclusión de la sesión. En la posesión discutíamos junto con el equipo las reacciones observadas en el cierre de la sesión.

El modelo de Milán se trabaja mediante el uso de la neutralidad, hipótesis y circularidad; por lo que antes de cada sesión se elaboraba una hipótesis sistémica que guiaba la forma de intervenir durante las sesiones.

A continuación se mencionan cada una de las **hipótesis** que guiaron el trabajo terapéutico sesión por sesión. Adelante se expresa su rechazo ®, confirmación © o aceptación parcial (/).

Sesión 1.- Los dos hijos manifiestan cambios en el mismo momento, por lo que habría la posibilidad de que ocurriera un evento por esas fechas ®.

Sesión 2.- Existe un problema de fondo encubierto. Ante la impresión de que los padres se encontraban muy desesperados, se pensó que probablemente no querían decir algo quizá relacionado con el posible temor por las inclinaciones sexuales de sus hijos, por lo que esta sesión se continúa explorando el problema y jerarquizando las prioridades ®.

Sesión 3.- Existe una inadaptación a los cambios que se han venido presentando por la etapa de adolescencia, lo que implica desacuerdos entre los padres y los hijos en cuanto al ajuste de nuevas reglas y libertades acordes a la línea de desarrollo por la que están atravesando. Hay un problema de comunicación relativo a la tolerancia y a las diferencias en percepciones así como una sexualidad que no la facilita; por lo que fue necesario explicitar lo que implica esta etapa y escuchar las demandas de todos para llegar a acuerdos conjuntos ©.

Sesión 4.- Los padres han perdido la confianza y siguen un patrón de reproches hacia los hijos, estos se cierran ya no escuchando considerándolo repetitivo y propiciando que no haya comunicación ni escucha de ambas partes, lo que desespera al padre. Este mismo enojo y desesperanza probablemente propicie que no reconozcan si los hijos han empezado a hacer algún cambio durante estas dos semanas ©.

Sesión 5.- Hay un problema de comunicación que se va exacerbando al coincidir con la crisis de desarrollo de la familia. El despertar a la sexualidad y la inquietud por las prendas íntimas genera enojo, confusión y temor, lo que impide una comunicación abierta ©.

Sesión 6.- La falta de compromiso, rigidez e intolerancia, los lleva a repetir los mismos patrones de interacción; por lo que probablemente exista una dificultad de negociación debido a la simetría tan rígida que manifiestan, donde ninguno está dispuesto a ceder ©.

Sesión 7.-La crisis de desarrollo de la familia y la inadaptación a la etapa por la cual atraviesa, exagera el problema de comunicación, se genera una simetría rígida donde existe una falta de compromiso e intolerancia que los lleva a repetir los mismos patrones de interacción, así existe una dificultad de negociación y débil disposición en todos para ceder, por lo que los pocos cambios que han expresado pueden desaparecer si no se mantiene la constancia ©.

Sesión 8.- Probablemente se seguirán dando algunos cambios y los padres llegarán con nuevas exigencias y dificultades, que probablemente los hará sentir insatisfechos y que dificultará que perciban y se centren en reconocer los avances logrados. Si esto ocurriera implicaría muy probablemente un retroceso (padres e hijos desistirían y volverían a conductas anteriores) (/).

Sesión 9.- Existe una preocupación de los padres por la manera en que C. E. ejerce su sexualidad. Lo que provoca un mayor distanciamiento entre ellos que se refleja en falta de confianza e incertidumbre. (durante esta sesión los padres traen otra dificultad relativa a la situación escolar de C. E., por lo que no es posible indagar esta hipótesis).

Sesión 10.- El patrón de comunicación facilita que C. E. no se exprese y así no se comprometa ©. Probablemente C. E. no cumpla los acuerdos ya que se vio forzado a

decirlos sin estar plenamente convencido, lo que quizá provoque nuevamente desesperanza en los padres y tensión en todos los miembros, quizá se regrese a la rigidez (1) (C. E. no cumplió del todo los acuerdos pero los padres mantuvieron constancia en los cambios).

Sesión 11.- C. E. estará más convencido ante lo que se comprometió y realizará sus obligaciones por convicción propia, lo que provocará menor confrontación entre padre e hijo y un ambiente menos tenso en todos ©.

Sesión 12.- Sesión cancelada.

Sesión 13.- Incremento en tensiones y problemas en casa, relacionados con una mayor convivencia diaria por las vacaciones, problemas económicos, enfermedad de los hijos y la situación de pérdida reciente ©. (su formulación se fundamenta en una llamada de Julieta en la que nos comenta que se habían incrementado las tensiones en casa).

Sesión 14.- Menor preocupación, mayor comprensión y esperanzas de que se de un cambio hacia la responsabilidad como ocurrió en el caso del padre ®.

Sesión 15.- Es posible que la disminución de la confrontación entre C. E. y el padre sea debida por un lado a una percepción diferente de ambos padres de las respuestas de C. E., explicándolas como consecuencia de la etapa de adolescencia por la que atraviesa, lo que lleva a una mayor flexibilidad del padre y una reacción diferente al imponer límites sin dejar de ser firme y constante en estos. Por otro lado, C. E. podría estar cumpliendo la disciplina en casa debido a que experimenta un beneficio personal y obtiene mayores concesiones y permisos ©.

Sesión 16.- Continúa el decremento en la confrontación, se reconocen cambios y avances realizados y se evalúa positivamente el proceso terapéutico (sesión únicamente con los papás) ©.

Sesión 17.- Será difícil que en una sesión conjunta de padres e hijos se reconozcan los cambios unos a otros. Los hijos quizá manifiesten dificultad para reconocer el cambio en el padre (actitud más tolerante) y quizá lo expliquen como consecuencia de darle por su lado, lo que provocará malestar en el padre. Por otro lado puede existir un miedo en los padres a perder la postura de rigidez frente a los hijos al reconocer los cambios en estos ©.

Por lo tanto, para prevenir esto, se planeó la sesión de la siguiente manera: se trabajó esta sesión únicamente con los padres y se les señaló que la rigidez no es conveniente, en cambio sí lo es la firmeza, se manejó que la responsabilidad de adquirir o no los permisos está en los hijos, también se usó cuestionamiento circular para promover el reconocimiento de cambios “¿Qué dirían sus hijos si los escucharán hablar de estos cambios?” “¿También lo habrán notado ellos?” Finalmente a fin de prevenir una situación de enojo o desilusión en los padres, al final se les señala que puede suceder que por la situación y la edad, sus hijos no manifiesten verbalmente un reconocimiento de sus cambios y usen la siguiente sesión para quejarse y reclamarles, pero que finalmente lo importante es la respuesta que están teniendo ante su cambio.

Sesión 18.- Será una sesión donde pueden surgir reclamos y confrontaciones nuevamente entre padres e hijos, ante la falta de reconocimiento de unos a otros, lo que puede llevar a frustración y desmotivación en todos y poner en peligro el mantenimiento y constancia de los cambios, resultando una limitante para el avance del proceso ©.

Sesión 19.- El reconocimiento que Andrés hizo de los cambios facilitará un reconocimiento por parte de C. E. y una disminución del ambiente de tensión durante la sesión. (/) (contribuye también los cambios y mejoras académicas que presentó C. E.)

Sesión 20.- Seguirán manifestando y reconociendo avances. ©

Sesión 21.- Resultará más fácil que los hijos y padres se reconozcan por escrito, lo que resultará más alentador, emotivo y permanente ©.

VI. Intervenciones

Estrategias de intervención empleadas:

- Las **hipótesis** iniciales sirvieron para guiar todas las sesiones, a excepción de la sesión 9 en la que los padres trajeron otra problemática.
- La **neutralidad** se intentó llevar en la mayoría de las sesiones; sin embargo también se trabajó por subsistemas, por lo que las intervenciones, tiempo y preguntas eran diferentes para cada uno. Por otro lado se demostró aceptación en el sentido de atender y validar la preocupación, y de reconocer cambios de actitud en todos.
- La **circularidad** se utilizó al recabar información sobre el ciclo completo o patrón de interacciones, sobre resultados obtenidos de los intentos de controlar el problema, también al proporcionar información nueva sobre aspectos que la familia descuidaba o no tenía presente y para conducir la sesión sobre la base de la información que la familia brindaba.
- Se realizó **cuestionamiento circular** para la definición del problema, al promover que todos los miembros dieran su opinión sobre la situación y expusieran su percepción del problema. También para hacer patentes las diferencias en cuanto a cambios de conducta en todos.
- Se **exploraron** durante las sesiones **patrones de interacción**, mostrándose patrones rígidos y las mismas secuencias en conductas.
- Se **clasificaron e hicieron patentes** las siguientes **diferencias**:

Se evidenció la diferente percepción de la situación entre hijos y padres.

Se señaló la diferencia en la forma de enfrentar las situaciones entre jóvenes y adultos.

Se evidenció la diferencia antes y después, en cuanto a que los cambios en conducta se estaban dando a raíz de la etapa por la que atravesaban, lo que implicaba la necesidad de un cambio en cuanto a límites y libertades.

Se hacen evidentes las diferencias y desacuerdos entre padres e hijos.

Se manifestó la sensación de C. E. de un diferente trato por parte de sus padres ante el comportamiento de él y su hermano.

Se señaló la diferencia entre el uso que se da a la ropa íntima y la manera de conseguirla (con la idea de poner un límite relacionado con el robo y no con la utilización de la ropa).

Se separa las conductas positivas de los hijos de actitud y rendimiento académico (conductas controlables), de la situación del uso de las prendas íntimas.

Se señaló la diferencia entre poner límites y enojarse.

Se señaló la diferencia entre la rigidez y la firmeza.

Se hizo evidente que la falta de compromiso de C. E. era facilitada por el patrón de comunicación en la familia.

Se hizo evidente la diferencia que conllevó una actitud distinta por parte del padre (reaccionando con mayor control ante su enojo; en consecuencia sus hijos también expresaron cambios).

Se cambia la percepción de que son los padres los que otorgan los permisos, a la de que son los hijos quienes se otorgan los permisos y su misma conducta quien lo determina.

Se hicieron evidentes los cambios en el problema y las diferencias en la conducta; así como las consecuencias positivas que esto trajo en todos.

- Intervenciones cuyo objetivo fue **introducir nueva información** a la familia

Se realizó un movimiento de sillas con el objeto de introducir nueva información en la familia y de que ésta pueda reaccionar. A pesar de que lo que Julieta dijo ya había sido manifestado anteriormente a C. E. y no provocó ninguna reacción en él, sirvió para observar cómo se daba el patrón de comportamiento.

La tarea de peticiones evidenció la existencia de una rigidez de los padres y falta de compromiso en los hijos.

Se intentó trabajar bajo un modelo de orientación más educativo y proporcionar nueva información a la familia, así se introduce el tema de los cambios que conlleva la etapa por la cual atraviesan, las diferencias de percepciones y de formas de enfrentar las situaciones entre jóvenes y adultos y la necesidad de modificar anteriores medidas en cuanto a límites y libertades. Se señala la diferencia entre poner límites y enojarse (se pueden poner límites

sin evidenciar enojo), también se señala la diferencia entre la rigidez y la firmeza. Se orienta acerca de las diferentes formas de filiación sexual y sobre las cosas que el uso de ropas femeninas puede implicar. Se aborda el tema de la necesidad de la intimidad en los adolescentes, lo que promueve mayor confianza y acercamiento con los padres cuando los hijos lo necesitan. Se señala la responsabilidad en los hijos por las decisiones que toman y las consecuencias que éstas tengan, en el sentido de que son ellos y no los padres los que se otorgan los permisos y su misma conducta quien lo determina.

- Se **reencuadró** el problema de la inquietud por las prendas íntimas como parte natural de la exploración sexual de los adolescentes que no implica necesariamente prácticas homosexuales. Se reencuadró el cumplimiento de compromisos desde una postura de convicción más que de obligación. Se reencuadró la expresión de afectos como parte importante de la educación y como compatible con la disciplina. Se reencuadró el distanciamiento de los hijos como propio de la edad y no como una cuestión personal hacia los padres o consecuencia de una deficiencia en la forma de educar a los hijos. Se reencuadró la compatibilidad de la disciplina con los momentos placenteros, ambos partes importantes en la educación. Se reencuadró el cuestionamiento a la autoridad como parte natural de la adolescencia, proceso que se tiene que atravesar para pasar a la siguiente etapa y no como una cuestión personal hacia los padres. Se reencuadró el aumento en las tensiones como relacionado con las situaciones externas por las que estaba atravesando en ese momento y no tanto como un verdadero retroceso. Se reencuadró la obtención de permisos como responsabilidad de los hijos y no de los padres. Se reencuadró que el ser tolerantes no significa que no se tenga límites y que estos son importantes.
- Se **connotó positivamente** la diferente forma de enfrentamiento de ambos padres ante la conducta de los hijos (en vez de verse como intolerancia y debilidad por separado, pueden ser útiles en conjunto), se les señaló el importante papel de la madre como puente de comunicación y del padre como complemento necesario para poner límites, con lo que se validan ambos estilos de educación tan diferentes como complementarios y ambos muy importantes. Se connotó positivo la propia experiencia familiar del Sr. César en el sentido del aprendizaje y cambio que realizó en la educación con respecto a sus propios hijos.
- Se utilizó la **metáfora** debido a que se empiezan a dar cambios positivos y nuevamente se recriminan conductas pasadas, entonces se le señala que es conveniente tener conciencia de lo que ha pasado antes como antecedente para comparar, pero es muy riesgoso si se usa para recriminar y se les comenta que la leche derramada ya no se puede recoger, lo importante es cuidar la que está hirviendo ahora para que no se derrame. También se les da la metáfora del bebé que vomita a su madre como parte natural de su desarrollo, con la finalidad de evitar que aspectos normales de la adolescencia sean percibidos como una cuestión personal y en cambio puedan ser entendidos como fases del desarrollo necesarias para poder pasar a la siguiente etapa. Con C. E. se usa la metáfora de un árbitro de fútbol al que no se le puede ganar cuando determina algo, con la finalidad de disminuir las confrontaciones con su padre.

- Se utilizó **búsqueda de alternativas** para incrementar las actividades placenteras en la familia y para el mantenimiento de los cambios. También con C. E. se buscaron alternativas para disminuir el ambiente de tensión, generar menos enojo, evitar confrontaciones con su padre y con esto obtener beneficios personales.
- Se buscaron explicaciones y **atribuciones de significado** a las conductas que los miembros de la familia estaban manifestando (en cuanto al uso de las prendas íntimas y en cuanto al cambio positivo de actitud en todos).
- No se utilizaron preguntas a futuro, paradojas, ni prescripción de rituales familiares durante las sesiones.
- Se hizo uso de **Mensajes Finales y Tareas**.

En la segunda sesión se evidenció la diferente manera de enfrentar las situaciones entre los jóvenes y los adultos. Se les pide a cada uno una lista de peticiones de lo que considere que necesita para que se mejore la relación familiar (con el objetivo de concretizar y llegar a acuerdos).

En la tercera sesión se les pidió a los hijos que se comprometieran a realizar un cambio mínimo durante la siguiente semana (hacer lo que les piden en el momento, con mayor disposición y sin que tengan que estarles diciendo muchas veces), Julieta se comprometió a no estarlos presionando, mientras el padre tenía que observar si esto se daba.

La cuarta sesión se les pide que jerarquicen sus prioridades, los padres deciden trabajar la inquietud de C. E. por las prendas íntimas.

En la quinta sesión el mensaje señala la importancia de un mayor acercamiento con los hijos, sustentando la relación en la confianza más que en la represión. Un miembro del equipo transmite el mensaje del importante papel que tiene Julieta como puente de comunicación entre su esposo y sus hijos, el cual se complementa con la forma de disciplina del Sr. César.

La sexta sesión se le pide al padre constancia al mantener el control de sus emociones, y a C. E. y a Andrés que acuerden un cambio de conducta concreta como respuesta comprometida ante la flexibilidad que estaban mostrando sus padres.

En la séptima sesión el mensaje señala que la graduación en su manera de responder fue la base para que todo se fuera dando y que era necesaria la constancia. También se envía un mensaje cuyo objetivo era centrarse en los cambios y que el pasado no interfiera con estos.

La octava sesión se les deja de tarea que hablen entre ellos de qué sería lo que estarían dispuestos a tolerar y hasta donde puede llegar su apoyo con respecto al uso de C. E. por las prendas íntimas.

La novena sesión se les transmite el mensaje de que el equipo sintió que por fin C. E. pudo expresar algo claramente, la familia concuerda con esta afirmación. Se le deja a C. E. que traiga por escrito los compromisos de los que habló en esta sesión. Se les señala que se captó la desilusión que estaban sintiendo cuando los compromisos no se cumplieron y se les dijo que las situaciones pasan por altibajos y que no porque ahora estén en un bache significa que todo lo que se ha logrado se ha perdido, además ellos ya han demostrado que pueden manejar la situación.

La décima sesión se le pide a C. E. que lleve a la práctica los acuerdos a los que se comprometió durante ésta sesión. Con los padres se habla de la importancia de la constancia, se reconoce los esfuerzos que están haciendo a pesar de no obtener los resultados que esperan y se les pide que se mantengan tolerantes y sin confrontar, así como que observen el efecto que esto tiene en C. E.

La onceava sesión se le expresa al Sr. César lo conmovido que estaba el equipo de escucharlo y se le pregunta si produciría el mismo efecto en sus hijos si lo escucharan. Se comenta que la expresión de afectos es parte importante de la educación y que no está peleada con la disciplina. Finalmente se le señala al Sr. César la importancia de descargarse de tantos problemas y se le pide que jerarquice sus prioridades para liberarse de las menos importantes.

La treceava sesión se les transmite el mensaje de reconocimiento y agrado al escuchar el enorme cambio que ha realizado el Sr. César en cuanto a la forma de educación que él recibió y el esfuerzo que esto debió haber implicado. Se les comenta que las historias de ambos y los estilos distintos de educación de cada uno se complementan muy bien. Se comenta que cuando C. E. y Andrés eran niños era más fácil llevar el control y ahora que crecen es importante modificar varias cosas. Por lo cual se les deja de tarea que cada uno reflexione qué expectativas tienen para C. E. y Andrés en este momento y que nos comenten la próxima sesión qué actividades recreativas tienen juntos como familia.

La catorceava sesión el mensaje pretende reafirmar la importancia de momentos placenteros en la familia, por lo que se comenta que la disciplina no es incompatible con los momentos placenteros. Se les deja de tarea que escriban concretamente qué conductas esperan observar en cada uno de sus hijos en términos de acciones específicas (esto con la finalidad de que ellos lo tengan claro para posteriormente llevar a acciones que lo logren). Se les deja que piensen en los momentos placenteros que ya tienen en la familia y qué sugieren para incrementarlos.

En la quinceava sesión el equipo se muestra de acuerdo con el comentario del Sr. César de que todavía faltan cosas por lograr, también se les comenta que en ocasiones puede observar inconsistencia en sus hijos (como ya ha ocurrido antes), por lo que se habla de la importancia de tener la madurez de su lado. Se retoma la necesidad de los adolescentes de cuestionar la autoridad de los padres y la importancia de no ver este aspecto como una cuestión personal, sino más bien como algo natural que les permite pasar a la siguiente etapa. Se les da la metáfora del bebé que vomita a su madre como parte natural de su desarrollo. Se les deja de reflexión que piensen que ha hecho diferente cada uno (Julieta y

César) y si consideran que habría algo más de su lado que les quede por hacer para que se sigan dando estos cambios.

En la dieciseisava se transmite el agrado del equipo al escuchar los avances que han manifestado cada uno y se reconoce el enorme esfuerzo que han tendido que hacer para lograrlo, lo que ha tenido consecuencias también en sus hijos. Se les pide de tarea que reflexionen por separado qué recursos de cada uno los han llevado a tener estos avances.

En la diecisieteava se transmite un mensaje que confirma la evidencia de los cambios y que rescata a Julieta y a César como padres, calificándolos de padres de excelencia y resaltando la capacidad de entrega y sensibilidad de Julieta, que se conjunta y complementa con la capacidad y fortaleza del Sr. César para controlar emociones en afán de conservar a su familia, logrando ambos un excelente equipo.

En la dieciochoava sesión el equipo manifiesta su observación de una situación tensa, que el equipo percibe como una demanda de C. E. de ser escuchado y del Sr. César de ser reconocido y reconoce que hasta en esa situación tan tensa el Sr. César ha podido mantenerse ecuánime.

En la veinteava sesión se les pidió a cada uno una carta dirigida a un miembro de su familia, esta carta debía contener: qué aprendí de ti durante el proceso terapéutico, qué reconozco que me ha ayudado a mí de esto que aprendí de ti, qué necesito de ti que me puede ayudar y me ha ayudado a mí. De esta manera se les pide que C. E. dirija su carta a su papá, el Sr. César a la Sra. Julieta, la Sra. Julieta a Andrés y Andrés a C. E.

VII. Evolución del motivo de consulta

El motivo que los trajo a consulta fue aprender un modelo de supervisión más adecuado con sus hijos ya que desde hace dos años han cambiado de comportamiento y han bajado su rendimiento escolar.

El proceso de evolución de la familia no fue sencillo, debido a la desesperación de los padres, al compromiso inconstante de los hijos y a una poca disposición de todos a ceder.

Al principio se intentó llegar a acuerdos sin éxito y el padre manifestó que ya había cedido demasiado y no estaba dispuesto a ceder en nada más.

Posteriormente, en la medida en que los padres muestran una mayor tolerancia en cuanto al control de emociones, los hijos empiezan a manifestar algunos cambios en actitud y comportamiento, sin embargo los cambios en un principio resultan ser insuficientes y poco reconocidos ya que los padres en repetidas ocasiones se siguen mostrando molestos y preocupados, por lo que se continúa trabajando sobre la constancia, tolerancia, comprensión, rigidez y escalada simétrica.

Se trabaja sobre la comprensión y adaptación a los cambios que implica la etapa por la que está atravesando la familia (familia con hijos adolescentes). Se logra que los padres tengan

una visión diferente de lo que está sucediendo en casa al verlo como una reacción propia de la edad y no una cuestión personal.

La inquietud por el uso en C. E. de prendas íntimas femeninas se trabaja por separado con C. E. y con los padres se indaga creencias, temores y expectativas, se les explica esta conducta como una manera de manifestar su sexualidad que no implica necesariamente una orientación homosexual. Los padres se muestran menos preocupados al saber el uso que C. E. da a las prendas íntimas y no vuelven a mencionar la presencia de esta conducta.

Se trabaja la manera de imponer límites por parte del Sr. César, ya que se observa una escalada simétrica entre C. E. y el padre. Se logra que el padre controle su enojo en el momento de poner límites y que C. E. reconozca un beneficio individual de seguir las indicaciones de su padre (obtener permisos y un ambiente más relajado al no sentir la presión sobre él), con lo que disminuye la confrontación entre el padre y el hijo.

Se explora la educación que Julieta y César han tenido, lo que explica los distintos estilos complementarios de educación hacia los hijos. Se logra un entendimiento y comprensión a la propia etapa por la que están pasando los hijos al recordar como vivió el padre una situación similar y como salió bien librado de ésta.

Surge la importancia de la expresión de afectos y se reconoce que la disciplina no es incompatible con ésta. También surge la importancia de actividades placenteras en la familia y se busca la posibilidad de incrementar estos momentos en familia.

Los padres reconocen un avance en el proceso en cuanto a disminuir la confrontación entre el padre y el hijo. El padre se muestra menos rígido y sin embargo se mantiene firme al poner límites, cambia su tono y manera de imponerlos. C. E. y Andrés manifiestan un mayor cumplimiento de la disciplina, se observa una mayor comprensión y adaptación a la etapa por la que están atravesando. Los padres se manifiestan más tranquilos y relajados durante las últimas sesiones. Evalúan el avance en 8 en una escala del 1 al 10.

VIII. Cambios obtenidos y cierre del proceso

Disminuye la escalada confrontativa entre C. E. y su padre, quien logra disminuir su enojo y reacción al poner límites en casa, los hijos ya respetan los límites y se consigue el cumplimiento de la disciplina con una mayor disposición de C. E. y Andrés para seguir las indicaciones de sus padres. Se elimina la inquietud de los padres por el uso de las prendas íntimas. Los padres se muestran más satisfechos con respecto al rendimiento académico de C. E. Por otro lado Julieta logra expresar pequeños desacuerdos a su esposo y se logra una mejor comprensión entre estos con respecto a la educación de sus hijos. La familia manifiesta verbalmente una mejor convivencia y armonía familiar.

IX. Análisis de la manera de intervenir y evaluación del propio trabajo terapéutico

Durante el proceso terapéutico se presentaron ciertas dificultades de mi parte en cuanto al adecuado manejo del modelo y también relacionadas con las características inherentes de la familia, este caso lo podría mencionar como uno de los más complicados que me tocó.

Estas deficiencias no fueron repetitivas, es decir que, eran diferentes las que se presentaron en cada sesión y afortunadamente pudieron corregirse y no se mantuvieron a lo largo del proceso, lo que resulta muy importante ya que la ventaja que da un proceso terapéutico en la práctica supervisada es la oportunidad de poderse percatar de estas deficiencias y poder rescatar el proceso, lo cual se logró al ir puliendo sesión con sesión nuestras intervenciones y al ir desarrollando mayores habilidades terapéuticas.

En un inicio del proceso faltó realizar intervenciones directas, también hubo dificultad para evidenciar secuencias repetitivas de interacción y la rigidez que estaba manifestando la familia, en algunas sesiones existió dificultad para concretizar en conductas, en algunas no se respetaron los tiempos en el sentido de que se hizo la pausa o se terminó la sesión después del tiempo establecido y existió confusión por mi parte en la transmisión adecuada de un mensaje del equipo.

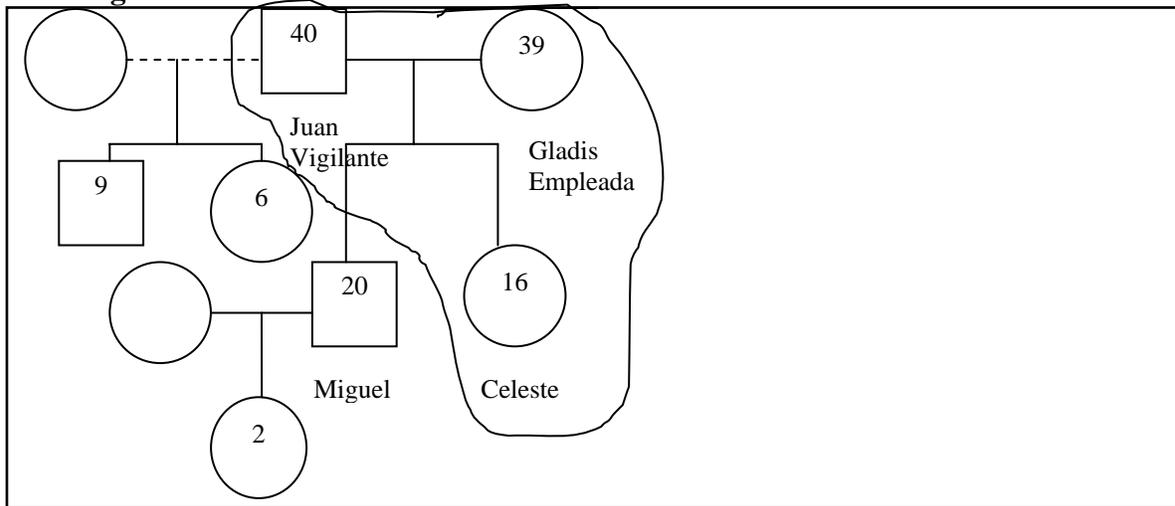
En una sesión descuidé la neutralidad terapéutica y los padres sintieron una alianza con los hijos, lo que dificultó su disposición y provocó que se cerraran aún más ante cualquier intervención.

Sin embargo se logró rescatar la alianza con los padres y se logró también transmitir algo de confianza en que se podían dar cambios, ambos aspectos manifestados en el compromiso expresado en la constancia de sus asistencias y en la disposición de la familia a seguir indicaciones (aunque en ocasiones en la práctica les costaba trabajo llevarlas a cabo del todo).

Por otro lado, se logró evidenciar diferencias; así como transmitir información nueva y a pesar de la simetría tan rígida se logró poco a poco cambios de actitud en el padre, lo que promovió a su vez cambios en C. E. y en todos los integrantes.

CASO NO. 4
FAMILIA: PEÑA CASTRO

Familiograma



Periodo de atención: Del 23 de marzo de 2004 al 9 de Julio de 2004

No de sesiones: 10

Integrantes de las sesiones: Gladis, Juan, Celeste y Miguel

Modalidad de trabajo: Terapia Familiar

Modelo utilizado: Modelo Dinámico Sistémico Integrativo

Supervisores: Raymundo Macías

Terapeuta (s): Yazmín Quintero

RESUMEN DEL PROCESO

La **primera sesión** se realiza la presentación, encuadre y explicación de la manera de trabajo del centro, exploración del motivo de consulta y antecedentes del caso.

Motivo de Consulta.- El motivo de consulta inicial, escrito por Gladis es ayuda familiar para superar diferencias entre sus hijos y esposo

Antecedentes del caso

Gladis tiene 39 años, trabaja en el instituto de investigaciones jurídicas como auxiliar de inventarios y está casada con Juan de 40 años quien es vigilante. Ambos tienen dos hijos: Miguel de 20 años, casado quien vive en el mismo terreno con su esposa e hija de 2 años y Celeste de 16 años quien actualmente no estudia.

Durante esta sesión acuden Gladis, Juan y Celeste, se expone como motivo de consulta diferencias en modos de pensar que llevan a discusiones entre Juan y su esposa e hijos. Juan se queja de que no existe comunicación hacia él, de no sentir el apoyo de su familia y comenta que intenta platicar pero no llega a ningún acuerdo y entonces explota (golpes hacia esposa e hijos). Gladis se siente culpable porque aunque siente que sus hijos no son

malos Juan le dice que no ha sabido educarlos. Comentan de una ocasión en la que pudieron platicar tranquilos y se sintieron muy bien. Se les reconoce su disposición y que se hayan podido poner de acuerdo para acudir, lo que habla de un compromiso e interés para trabajar por el bienestar de su familia. Se les reconoce también que hayan podido platicar tranquilos en una ocasión a pesar de las diferencias en opiniones, percepciones y puntos de vista, se sugiere que analicen cómo pudieron hacerlo en esa ocasión. El padre comenta que ya acudió anteriormente a dos sesiones de terapia y no lo ayudaron, se le comenta que su situación problemática lleva años y que el desahogo es el primer paso pero no es suficiente, se le comenta que se necesita más de dos sesiones para empezar a observar progresos y para que los cambios sean duraderos.

Para la **segunda sesión** cambia el plan de trabajo, ya que sólo acude Celeste y Gladis quienes comentan que Juan sintió que lo hicieron quedar mal en la sesión anterior y que nada más fueron a echarle tierra, por lo tanto decidió ya no acudir más, comentan que él quería demostrar que las que estaban mal eran ellas y sintió que el que estaba mal era él. Comentan que el resultado de la terapia fue mayor agresión en Juan (cuentan de una situación que ocurrió en la semana en que discutió con su hijo Miguel, lo golpeó y lo corrió de la casa). Toda la sesión Celeste y Gladis hablan de que no pueden acercarse a Juan y surge el miedo que Gladis le tiene (él empieza a enojarse y ella empieza a temblar). Surgen las culpas que siente por ser mala madre y esposa. Se explora el objetivo de acudir: Gladis habla de tener una separación bonita, adquirir seguridad y mantenerse firme en su decisión, Celeste habla de ya no tenerle miedo y comenta su convicción de que su padre no va a cambiar. Surge la última ocasión en que ellas intentaron irse en diciembre y regresaron de nuevo por la esperanza, ya que Juan busca a Gladis transformado y le promete cambiar, habla de la desilusión y de ya no querer vivir una situación así. Se exploran las implicaciones de la decisión de separarse, Gladis comenta que ella siempre ha tenido independencia económica e instrumental. (durante casi toda la sesión Gladis expresa llanto).

Se reconoce su dolor por la agresión que están viviendo y la importancia de trabajar esta agresión. Se habla sobre la posibilidad de que lo platicuen con Juan (señalándoles que aquí no se va a juzgar a nadie) o en caso de que decidan que él no acuda se puede trabajar sólo con ellas. Se indaga si Juan ve la situación de la violencia como un problema y responden que no. Se les señala también, con el fin de eliminar culpas, que el que agrede es el único responsable de la agresión (no hay gestos, palabras o acciones que justifiquen los golpes). Con respecto a la pregunta que se hace Gladis de por qué lo sigue queriendo, se le señala que existen momentos buenos y que finalmente ha sido el padre de sus hijos. Se comenta sobre el círculo de la violencia y sobre la importancia de proteger la integridad física y emocional.

Durante la **tercera sesión** acude Gladis, Celeste y Miguel. Comentan que ya se salieron de su casa (Gladis y Celeste) en la noche sin avisarle a su esposo. Se observa el apoyo de sus hijos en esta decisión. Todos comentan que se sienten más tranquilos y seguros. Se retoma el círculo de la violencia, se les valida el miedo natural, se señala la responsabilidad de quien ejerce la violencia, se normalizan los afectos, se subraya la importancia de la protección de la integridad física poniéndose a salvo y la importancia de redes y recursos. Se les reconoce y valida su decisión. Se prevén consecuencias y cambios a futuro a raíz de

esta decisión para lo cual se les pide de tarea que reflexionen sobre esto. Se les deja también que reflexionen la diferencia entre esta ocasión que se salieron y la anterior. Se reconoce la importancia de que continué acudiendo Miguel.

El objetivo de la **cuarta sesión** es fortalecer a Gladis y a sus hijos, así como explorar alternativas, recursos y redes. Durante la sesión acude Gladis, Celeste y Miguel. Surgen los afectos (negativos) hacia el padre. Se habla acerca de convertir las cargas negativas en energía positiva. Se habla sobre la posibilidad de llegar en un futuro a perdonar al padre, lo que no implica volverse a unir. Se les reconoce el dolor, enojo, rabia y la posibilidad de poder dejarlo en el pasado y usar toda esa energía para reconstruirse a sí mismos. Se reconoce el apoyo de los hijos. Se valida también los sentimientos positivos que Gladis mantiene hacia Juan. Se ejemplifica la situación en la que anteriormente Juan tenía dominada a Gladis diferenciándola de la que actualmente mantiene ahora con él, ya que él está realizando un esfuerzo adicional al intentar dominarla; esto con el objetivo de señalar que si ella se mantiene él finalmente se va a cansar.

La **quinta sesión** acuden Gladis y sus hijos. Gladis comenta que se siente deprimida porque su esposo la buscó en la semana. Se explora qué es lo que ha cambiado esto en su sentir y pensar. Se retoma su decisión de separarse y se prevén alternativas en caso de que vuelva a ocurrir un nuevo acercamiento. Se retoma cómo puede protegerse ante una posibilidad de agresión. Se logra que ella misma reconozca la firmeza que tuvo al mantenerse en su decisión a pesar de que él la buscó y la sensación positiva que esto generó en ella. Sus hijos también la reconocen. Se exploran las circunstancias en las que se dio el encuentro y se observa que él la buscó con la finalidad de expresarle algo que descubrió en Celeste (diario de Celeste en el que ella se expresó hacia Juan con una palabra agresiva. Celeste comenta que lo escribió porque así lo sentía en ese momento. Se señala que las emociones cambian de momento a momento y no son definitivas). Miguel comenta que esto sólo fue el pretexto para acercarse, Celeste coincide con esto. Surge la culpa que siente ella por los sentimientos que tienen sus hijos hacia su padre. Después de la pausa se retoma que ella no puede ser responsable por los sentimientos que cada uno genere en el otro. Se distingue la diferencia en la secuencia y los diferentes niveles de gravedad de las faltas (invasión a la intimidad al leer el diario y falta de respeto). Se le señala a Gladis la mezcla que se puede hacer de la relación conyugal con la parental y la importancia de tener una distinción clara de éstas. Se le deja a Gladis que reflexione qué características ve en Celeste que le generan una expectativa diferente a la que Juan tiene. Se les deja a los hijos que reflexionen qué características ven en Gladis que los hace pensar que puede decir no y mantenerse en esa postura a pesar de lo difícil que puede ser hacerlo.

La **sexta sesión** sólo acude Gladis porque pidió una sesión únicamente para ella. Durante la sesión Gladis comenta que ha estado saliendo con su esposo y que le gustaría mantenerse cerca de él y salir como pareja, pero no vivir juntos. Gladis comenta que se siente mal y que a veces piensa que no ha sabido educar a sus hijos. Comenta que se enteró que su hijo ya no vive con su esposa y que eso la hizo sentir mal. Comenta que tiene miedo de que su esposo tenga razón y Celeste no vaya por buen camino (no estudie y tenga relaciones sexuales). Gladis sugiere la inquietud de contar con la ayuda de su esposo para la educación de sus hijos. Se normalizan las relaciones sexuales en los adolescentes y se señala que el hecho de que los padres se mantengan juntos no implica que los hijos no tengan relaciones sexuales,

(ejemplificando que éstas ya ocurrían desde antes en Celeste). Se señala la responsabilidad compartida entre ambos padres para educar a sus hijos independientemente de que estos vivan juntos o no. Se abre la posibilidad de mantener una relación con su esposo o incluso regresar con él, siempre y cuando sea una decisión firme. Se pretende que reflexione sobre qué es lo que ella quiere y se responsabilice de cualquier decisión que tome y no la vea como algo que sólo sucedió o como una muestra de debilidad y fracaso. Se retoma la importancia de tomarse su tiempo para reflexionar en esta decisión tan importante. Lo anterior es con la finalidad de fortalecerla y de que adquiera seguridad, cambiando la percepción de debilidad que tiene de ella misma.

La **séptima sesión** no acude Celeste por trabajo y Miguel ya no quiere acudir argumentando que no tiene caso si su madre regresa con su padre. Gladis comenta que Juan fue a ver a Miguel para decirle que se estaba viendo con ella y que iban a regresar. Celeste le manifiesta a Gladis su inconformidad ante esta posibilidad. Gladis reafirma su decisión de no regresar y a la vez la preocupación por el temor de sus hijos. Comenta de la insistencia de Juan y el arrepentimiento y promesas verbales que le expresa. Comenta que siente que todos le mienten. Gladis se sigue responsabilizando y culpando por las decisiones de los demás y comenta de la dificultad que tiene para expresarle firmemente a Juan su decisión. Se le encamina a reflexionar si no puede o aún no está segura de querer separarse. También se le cuestiona qué quiere en la relación con Juan. Se trabaja sobre su lista de miedos y sobre la tarea de expectativas que tiene hacia Celeste y la fundamentación de éstas. Finalmente se reconocen y normalizan los sentimientos ante una situación de cambio, se le reconocen los cambios que ella ha efectuado y se le pide no apresurarlos y paciencia, también se le señala que únicamente se puede responsabilizar por las decisiones que ella tome y que cada quien es responsable de las suyas.

Para la **octava sesión** el objetivo es encaminarla hacia la seguridad y el reconocimiento de que está realizando cambios para lo cual surgen los indicadores del cambio y el establecimiento de diferencias con respecto a anteriores situaciones de separación, se establece la diferencia entre los cambios de primer y segundo orden. Se continúa trabajando para eliminar la responsabilidad por las conductas de los demás, por lo que se le comenta que se le percibe como una mujer sobrecargada que lleva en su espalda el peso de las mochilas de los demás. Finalmente se promueve la desnaturalización de la violencia.

La **novena sesión** se trabaja únicamente con Celeste la inconformidad ante las salidas de Gladis con su padre, se validan sus sentimientos (molestia, preocupación y tristeza) y se retoma el apoyo que ella puede ofrecerle a su madre. Celeste abre una situación de agresión sexual por lo que es canalizada a una institución para el trabajo específico de ésta. El resto de la sesión se trabaja únicamente con Gladis, quien se manifiesta más tranquila y relajada y más segura de su decisión y alternativas para continuar manteniéndose dentro de ésta. Se le pide la tarea sobre sus cambios y el reconocimiento de sus propios recursos y fortalezas para obtenerlos, se le comenta que por cuestiones de tiempo la siguiente sesión se continuará la revisión de su lista de cambios y se le pide que siga atenta a indicadores de estos así como la evaluación que ella pueda hacer del proceso hasta el momento.

La **décima sesión** Se trabaja sobre su lista de cambios y el reconocimiento de sus propios recursos y fortalezas. Surge el tema del peso que ha estado cargando y la búsqueda de

alternativas para descargarlo. Se le señala que ahora le toca sentirse bien a ella y que es el momento de sentirse bien independientemente de lo que digan sus hijos y esposo, también se le menciona que en la medida que ella esté bien podrá serles de mayor apoyo sin que esto implique nuevamente una responsabilidad de su parte. Gladis comenta que el proceso le ha hecho mucho bien porque ha podido platicar lo que siente y ha disminuido su dolor de cabeza y colitis. Se retoma la posibilidad de cierre y un contacto posterior regresando de vacaciones para programar una cita de seguimiento, también se le deja un teléfono y se le reitera la confianza de comunicarse en caso de necesitarlo.

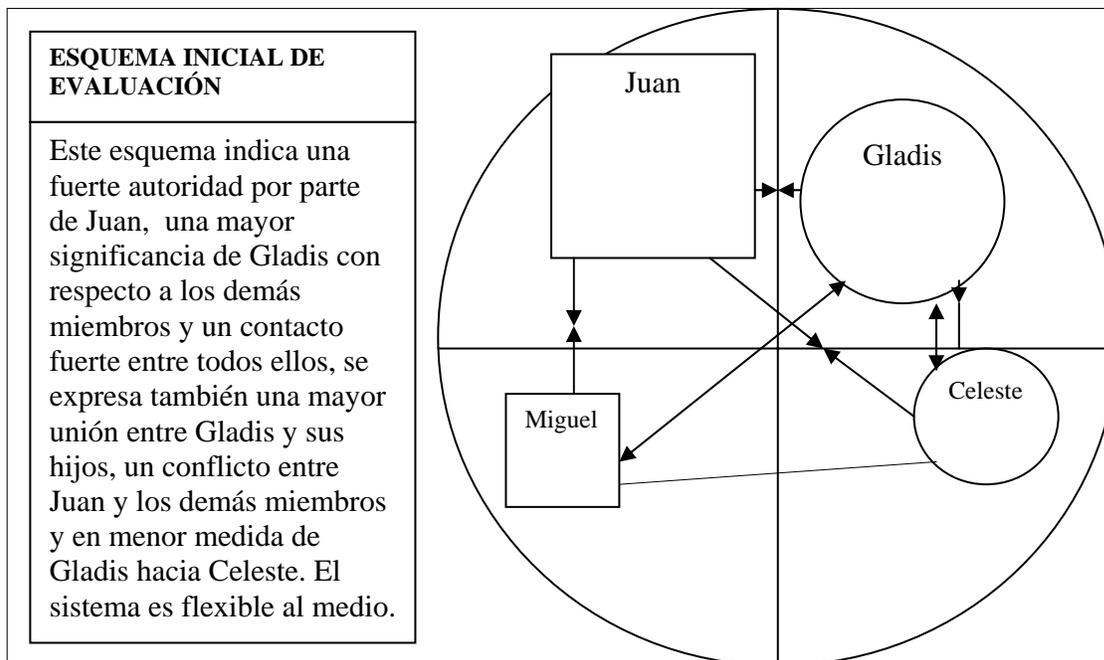
Gladis se comunica en dos ocasiones comentando ahora de problemas entre Celeste y su novio, pide atención para Celeste. En otra ocasión llama Celeste pidiendo nuevamente el teléfono de la institución para la atención de la agresión sexual. Posterior a vacaciones se intenta un contacto con Gladis para una cita de seguimiento a la cual no acude cancelando el mismo día, en un contacto posterior para conocer los motivos (cuestiones de horario en su trabajo) comenta que se ha sentido bien y que continúa viviendo con su prima y Celeste. Debido a que no puede acudir a sesión de seguimiento se decide realizar un contacto telefónico a dos meses en casa de su prima, en este contacto Gladis manifiesta sentirse bien y expresa seguridad en que la decisión que tomó fue la correcta.

ANÁLISIS TEÓRICO-METODOLÓGICO DEL PROCESO TERAPÉUTICO SEGÚN EL MODELO DINÁMICO SISTÉMICO INTEGRATIVO

I.- Descripción de la familia: A las sesiones llegan a acudir Gladis, Juan, Celeste y Miguel, trabajándose la mayoría con Gladis.

ESQUEMA DE EVALUACIÓN FAMILIAR DINÁMICO ESTRUCTURAL

Este modelo utiliza el esquema de evaluación familiar dinámico estructural para representar la organización familiar, el círculo está dividido por dos ejes que separan al sistema en subsistema paterno, filial y de género (en caso de una tercera generación se traza una línea horizontal para dividir este subsistema), la autoridad de cada miembro se simboliza mediante el tamaño de las figuras, la significancia por medio de la distancia respecto del centro del círculo, el tipo de interacción entre los miembros se señala con líneas: punteadas indican relación difusa, continuas relación constante, gruesas contacto fuerte, las flechas que chocan entre sí indican que la relación es de conflicto, las flechas que señalan a cada miembro indican unión entre estos, la permeabilidad con respecto al medio exterior se representa mediante el tipo de línea del círculo, línea continua significa que es un sistema flexible, punteada difuso y doble rígido (cada subsistema puede tener diferentes permeabilidades).



II. Motivo de consulta

En la solicitud Gladis escribe ayuda familiar para superar diferencias entre sus hijos y esposo, en la primera sesión surge la agresión que Juan mantiene hacia sus hijos y esposa, por lo que para la segunda sesión Juan decide ya no acudir y se establecen nuevos objetivos terapéuticos.

III. Objetivos terapéuticos

Gladis expone como objetivo terapéutico tener una separación bonita con Juan, adquirir seguridad y mantenerse firme en su decisión. Celeste y Gladis hablan de trabajar sus miedos. Por lo tanto se decide trabajar sobre la decisión de una separación.

IV. Comentarios y observaciones. Análisis del sistema terapéutico, de sus comunicaciones y relaciones

Se observa que Juan quiere controlar e imponer sus reglas, las cuales no son aceptadas por sus hijos, lo que provoca en él molestia y entonces le reclama a su esposa Gladis, a quien califica de “alcahueta”. Gladis tiene un papel de mediadora y conmutador en la familia, sintiéndose entre la espada y la pared y en ocasiones culpable. Celeste como adolescente está en busca de su autonomía, siente la intrusión del padre y no le comunica lo que ella hace por miedo a su reacción violenta.

Juan tiende a justificar las propias acciones y descalificar a los demás. Juan se siente señalado en la primera sesión y decide no acudir más, por lo que después de intentar recuperarlo sin éxito se determina trabajar con los demás miembros únicamente.

V. Formulación del plan estratégico

Se siguió el Modelo Dinámico Sistémico Integrativo propuesto por el supervisor del caso, por lo que se formuló el siguiente plan estratégico: 1. Dividir el proceso terapéutico en fases 2. Evaluar el problema, apoyados en el esquema de evaluación del funcionamiento familiar por áreas de Mc. Master 3. Determinar los recursos, fortalezas y las limitaciones; 5. Establecimiento de los objetivos terapéuticos. En base de todo lo anterior se diseña el plan o estrategia terapéutica.

La fase I (inicial), incluye evaluación del problema, de recursos, de limitaciones; diagnóstico, hipótesis, definición de objetivos y definición del plan terapéutico. Durante la fase II (intermedia), se implementan algunas técnicas, durante la fase III (final) se evalúa el avance y alcance de objetivos, se realizan las conclusiones, recomendaciones, cierre y seguimiento.

Dentro del **esquema de evaluación** según el modelo de Mc Master, existen problemas en las siguientes áreas:

- 1 Afectiva (emociones de tristeza, culpa, enojo, rabia, impotencia y miedo; así como la manera en que Juan expresa con violencia su enojo y malestar).
- 2 Comunicación, donde la observada en esta familia es indirecta (Juan expresa la inconformidad por las conductas de sus hijos a través de Gladis, quien sirve de mediadora. Juan expresa malestar por la falta de comunicación hacia él), (Gladis expresa también su malestar hacia algunas conductas de sus hijos a través de la terapia y no lo hace directamente a ellos), (Celeste expresa la inconformidad hacia su padre a través de su diario, esto por el miedo a la reacción violenta de su padre).
- 3 Control del comportamiento (agresión física en Juan). (También se observa un patrón de comportamiento rígido en Juan).

Problemas:

- 1 Diferencias entre Juan con sus hijos y esposa; lo que provoca sentimientos de miedo, enojo, tristeza, resentimiento, rabia e impotencia y la expresión de malestar de Juan a través de la agresión.
- 2 Inseguridad en Gladis lo que la lleva a dudar y a una dificultad para mantenerse firme en sus decisiones (separarse o continuar su relación).

La Jerarquización de problemas sigue dos criterios: de emergencia y de trascendencia. En cuanto a criterios de emergencia se establece trabajar prioritariamente el problema del riesgo a la integridad física y emocional y posteriormente siguiendo el criterio de trascendencia trabajar el problema de inseguridad de Gladis y las emociones negativas generadas en cada uno de los miembros (miedo, enojo, rabia, resentimiento, impotencia y culpa).

Recursos y fortalezas:

- 13 Apoyo entre Gladis, Celeste y Miguel, así como otras redes de apoyo en Gladis (hermano y prima).

- 14 Capacidad de reflexión de Gladis para identificar sus propios recursos (independencia económica e instrumental), sus emociones (cariño hacia su esposo e hijos y miedo) y las situaciones que la pueden hacer dudar en su decisión de separarse (inseguridad hacia el poder educar ella sola a sus hijos adecuadamente y esperanza de que Juan y la situación cambie).

Limitaciones:

- 1 Inseguridad de Gladis hacia lo adecuado de sus funciones como madre y esposa, y la culpa generada por esto.

Hipótesis: Existe una necesidad de control e imposición de reglas por parte de Juan las cuales no son aceptadas por los hijos, esto lleva a una respuesta de agresividad física y verbal del padre y a una sensación de miedo, rabia e impotencia en los demás miembros y de culpa e inseguridad por parte de la madre. Todos estos sentimientos y conductas se van incrementando generando una repetición del patrón lo que conlleva una mayor dificultad para poder terminar con éste.

Diagnóstico: La familia se encuentra dentro del círculo de violencia en el cual después de la etapa de agresión, surge el arrepentimiento manifiesto, el perdón y la reconciliación junto con la fase de luna de miel, llevando posteriormente a una repetición del círculo agravándose cada vez más la intensidad y reacción de las conductas y sentimientos.

Objetivos terapéuticos:

Los objetivos terapéuticos se establecen según los problemas y se clasifican en inmediatos (intervención en crisis) y mediatos (a corto, mediano y largo plazo). En este caso no se realiza intervención en crisis.

- 1 A corto plazo el objetivo es adquirir recursos y herramientas para proteger la integridad física y emocional.
- 2 A mediano plazo el objetivo es trabajar sobre el manejo de los miedos y emociones en todos los miembros.
- 3 El objetivo terapéutico a largo plazo es fortalecer en especial a Gladis. Para lo cual se trabaja sobre la decisión de Gladis de separarse, de tal manera que cualquier decisión que tome (separarse o continuar) sea tomada de manera consciente, responsable y firme; con esto se pretende que adquiera mayor seguridad y firmeza (objetivo terapéutico expresado por ella).

Plan o Estrategia terapéutica:

En general las estrategias terapéuticas estuvieron encaminadas hacia:

- 1) Proteger la integridad física y emocional, para lo cual se exploran redes y se prevén alternativas para enfrentar una posible situación futura de agresión.
- 2) Fortalecer a Gladis y proveerla de seguridad y firmeza, para lo cual se promovió en ella una toma de decisión (separarse o continuar y de qué manera y en qué

condiciones) consciente y responsable (evaluando todas las alternativas y posibilidades).

El marco de trabajo se realizaba sesión por sesión e incluía los planes o estrategias terapéuticas (tareas, reflexiones, cuestionamientos y comentarios) junto con la evaluación de los resultados y cambios manifestados.

En un principio se planeó trabajar con Juan sobre su patrón de interacción donde justifica las propias acciones y descalifica a los demás, promover la capacidad de escucha y atención de las necesidades del otro, promover la reflexión sobre las acciones que realiza y no por qué las realiza (responsabilidad vs. justificación), encontrar el momento oportuno para evidenciar la violencia física y no permitir que se minimice y de esta manera trabajar sobre identificar lo que le provoca enojo y otras maneras para sacarlo sin usar la violencia. Se planeó empatizar con Juan de dos maneras: entendiendo la forma en que él aprendió la disciplina y validando su jerarquía, se pretendía reafirmar la importancia de las reglas pero encontrar otras alternativas para hacer que se cumplan ya que su dinámica de golpes no ha dado resultado.

Este plan de trabajo es cambiado debido a que Juan se siente señalado en la primera sesión y decide no acudir más, por lo que se trabaja con los demás miembros hacia la protección de la integridad física y emocional, manejo de miedos y el fortalecimiento de recursos.

Se planeó trabajar sobre la decisión de separarse y el objetivo terapéutico de adquirir mayor seguridad y firmeza, así como trabajar sobre el miedo. Buscar recursos y redes que permitan proteger la integridad física. Desnaturalizar la violencia. Eliminar la culpa en Gladis, responsabilizando al agresor de la agresión y eliminando su sensación de responsabilidad por las conductas de otros. Trabajar la sensación de haber sido mala madre y mala esposa (la autoestima por la poca iniciativa y el sentimiento de falta de dignidad como parte natural del miedo). Retomar los sentimientos afectuosos hacia el esposo. Explorar intentos previos de solución (últimas separaciones). Explorar creencias acerca de la separación, redes de apoyo, alternativas y consecuencias de la decisión de separarse. Explorar la historia de otras situaciones violentas en Gladis y amplificar otras situaciones de respeto hacia ella.

Se planeó trabajar con todos los miembros la expresión de sentimientos, validación y reconocimiento de estos y el manejo adecuado hacia lo positivo.

VI. Intervenciones

Estrategias de intervención empleadas:

Técnicas:

Una vez que decidieron salirse de su casa se les dejó de tarea que previeran todas las posibilidades futuras y escribieran al lado alternativas para enfrentarlas buscando proteger la integridad física.

Se les pide que reflexionen la diferencia que tiene esta situación de separación de las anteriores en las que han regresado nuevamente (con el fin de que identifiquen recursos y limitaciones para el mantenimiento de su decisión).

Con el fin de ejemplificar y llevar a la reflexión de las características de su situación, se realiza un ejercicio en el que se utilizan los brazos para explicar metafóricamente la situación en la que se encontraban anteriormente, la situación en la que se encuentran en este momento y la que puede existir en un futuro.

Con el fin de fortalecer a Gladis se les pide a Celeste y Miguel que escriban qué características ven en Gladis que los hace pensar que ella puede ser firme.

Para trabajar los miedos e inquietudes de Gladis ante la posibilidad de que sus hijos no lleguen a ser unas personas de bien (en especial Celeste). Se le pide que reflexione qué características ve ella en Celeste que la hace generar una expectativa diferente a la que Juan tiene de Celeste.

Con la finalidad de trabajar los miedos se les pide a todos que traigan una lista de sus miedos.

VII. Evolución del motivo de consulta

Llegan con el motivo de consulta inicial expresado como diferencias en modos de pensar que llevan a dificultades entre esposo e hijos, por lo que el objetivo inicial buscado era manejar estas dificultades, posteriormente surge la situación de violencia por parte de Juan, por lo que deciden trabajar sobre el fortalecimiento de Gladis, seguridad y firmeza, mantenimiento en su decisión de separarse, miedos de cada uno y protección de la integridad física y emocional de todos.

VIII. Cambios obtenidos y cierre del proceso

Se abre la agresión física y los miedos que ésta genera. Deciden protegerse y terminar con esta agresión saliéndose de casa (Gladis y Celeste por un lado y Miguel por otro). Buscan redes de apoyo. Gladis pudo expresarle de frente y de manera firme a su esposo su decisión. Gladis, Celeste y Miguel han adquirido mayor tranquilidad y disminuido sus miedos generados ante la posibilidad de nuevas agresiones. Gladis expresó una disminución de sus dolores de cabeza y colitis.

IX. Análisis de la manera de intervenir y evaluación del propio trabajo terapéutico

Se siguieron las fases del proceso terapéutico y se lograron los resultados esperados, pudo lograrse un adecuado enganche manifestado en la constancia de Gladis al asistir a sesiones terapéuticas y en la confianza generada para llamar cuando ella creía necesitarlo.

Se realizaron cambios de segundo orden y se mantuvieron a largo plazo, pude confirmarlo ya que en un contacto posterior Gladis continuaba sintiéndose bien, manifestó tener seguridad y ya no vivir con Juan.

Por otro lado quizá pude descuidar a los demás miembros, al enfocarme en el fortalecimiento de Gladis y al dejarme llevar por la percepción de una mayor sensación de necesidad en ésta, además las sesiones que se programaron únicamente con ella fue a petición de ésta y con el acuerdo de los demás miembros, por otro lado resultó importante para el logro de los objetivos el que Gladis pudiera tener un espacio especial para ella, con esto se fortaleció la independencia con respecto a las conductas de los demás y se promovió mayor confianza para la expresión de sentimientos.

2.-HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN

Durante los dos años de la maestría se impartieron materias de tronco común, es decir, comunes a todas las residencias, dentro de estas materias estaban las que tenían la finalidad de proveerte de herramientas de investigación dentro de la metodología cuantitativa y cualitativa, así se llevó durante primer semestre “Métodos de investigación aplicada I” y “Medición y evaluación I”; en segundo semestre se llevó la materia de “Métodos de investigación aplicada II” y “Medición y evaluación II” y finalmente en tercer semestre se llevó “Metodología cualitativa.”

En la materia de Métodos de investigación aplicada I cada uno de nosotros desarrolló un proyecto de investigación, en mi caso elabore un proyecto de investigación titulado “Satisfacción marital y etapas del ciclo de convivencia familiar en parejas casadas que habitan la ciudad de México”, el cual tenía el propósito de medir el nivel de satisfacción en la pareja y realizar un análisis comparativo según el ciclo de vida, por cuestiones de tiempo sólo se presentó el proyecto con la finalidad de que más adelante lo pudiéramos echar a andar ya que el objetivo primordial de la materia era adiestrarnos para poder realizar una investigación cuantitativa, objetivo que considero fue cubierto ya que me brindó las herramientas esenciales para planear una investigación, paso principal para llevar a la práctica cualquier investigación psicológica. Esta materia me ayudó a ampliar mis conocimientos de metodología cuantitativa y a adquirir los principios básicos de la investigación psicológica, me capacitó para poder seguir adecuadamente los pasos en un proyecto de investigación, desde cómo realizar la investigación documental y reportar las referencias bibliográficas, hasta cómo se debe plantear una pregunta de investigación, establecer los objetivos, conocer los diferentes tipos de diseños y elegir según nuestros objetivos el mejor para resolver cada pregunta de investigación específica, establecer las hipótesis, definir las variables, y finalmente seguir el método de investigación apropiado estableciendo el procedimiento, los sujetos, el muestreo y el instrumento que va a medir las variables (*El proyecto se incluye en el Anexo 2*).

Aunque cada alumno trabajó sobre su propio proyecto de investigación en clases se tuvo la oportunidad de comentar dudas, de esta manera podíamos adquirir un aprendizaje variado, ya que aprendíamos de los proyectos de los demás (diversos diseños y sus ventajas y desventajas, así como los procedimientos más óptimos para responder diversas preguntas de investigación).

El curso de Medición y evaluación I me permitió conocer acerca de los términos para realizar una evaluación psicológica y la manera de llevarla a cabo, ya que se nos pidió

trabajar sobre un constructo de nuestra elección y en base a su definición incluir las conductas observables con las que se podría medir, para finalmente elaborar los reactivos de un instrumento tentativo.

Durante este curso adquirí conocimientos teóricos sobre la manera en que están contruidos los instrumentos y adquirí las herramientas básicas para empezar a elaborar instrumentos de evaluación y medición de constructos psicológicos y analizar su confiabilidad y validez, utilizando los distintos métodos destinados a ello.

Ya en segundo semestre, en la materia de Medición y evaluación II traduje del ingles al español un instrumento de evaluación para la pareja y se realizó su adaptación a la población de estudiantes de la facultad de psicología a quienes se les aplicó una vez terminada esta adaptación, se realizó un mínimo de 100 aplicaciones por instrumento y posteriormente un análisis estadístico que consistió en un análisis factorial y de índices de confiabilidad. Esto me permitió conocer y familiarizarme con algunos términos y aprender a realizar el análisis estadístico del instrumento. *(La adaptación del instrumento y su análisis estadístico se incluyen en el Anexo 3)*

Ambos cursos me capacitaron en la construcción de instrumentos válidos y confiables.

El curso de Métodos de investigación aplicada II se llevó a cabo de manera teórica y práctica. De esta manera durante el curso se aplicaron varios métodos de investigación y análisis cualitativos, realizándose generalmente primero las actividades prácticas con el objetivo de vivenciar sus limitaciones y alcances, para posteriormente revisar lo que se hizo a manera de reflexión y conocer los fundamentos teóricos de cada método.

Durante este curso adquirí conocimiento sobre los principales conceptos y principios básicos de la investigación y análisis cualitativo; y aprendí a aplicar algunos métodos de investigación y análisis, lo cual me permitió obtener las herramientas esenciales para iniciar una investigación de este tipo.

El programa de maestría y doctorado en psicología profesional fomenta la creación de productos de innovación tecnológica, de tal manera que en la materia de Metodología cualitativa, se preparó una investigación documental que aspira a formar parte de un libro sobre métodos de investigación cualitativa, el capítulo que a mi me tocó desarrollar fue sobre historia de vida y autobiografía, lo cual me permitió adiestrarme en la investigación documental de este tipo.

3.-HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

Durante mi estancia en la maestría tuve la oportunidad de exponer a otros compañeros y profesores algunos temas que me tocó desarrollar y presentar. Las exposiciones tenían la finalidad de transmitir conocimientos y prepararnos en la adquisición de habilidades de enseñanza. Eso me permitió adquirir herramientas didácticas, de exposición, comunicación y transmisión de información. La mayoría de los temas fueron impartidos a compañeros de mi mismo semestre, mientras que otros iban dirigidos a alumnos de generaciones más recientes.

A continuación menciono algunos de los temas que me tocó presentar, así en la materia de Epistemología de la terapia sistémica expuse el tema: “Epistemologías Alternativas”, en la materia de Medición y Evaluación I el tema: “Evaluación de parejas y evaluación de la disfunción marital”, en la materia de Medición y Evaluación II el tema: “La medición de la comunicación aprehensiva en la Relación de Pareja”, en métodos de Investigación Aplicada II presente los temas: “Análisis narrativo” y “Diario de Investigación: El extra-texto se convierte en texto”, en la materia de Metodología cualitativa los temas: “Historia de Vida” y “Autobiografía”, en la materia de Teorías y Modelos de Intervención II los temas: “El constructivismo radical: preguntas y respuestas”, “Formas y facetas de la psicología constructivista”, “Las demandas psicológicas para un psicoterapeuta constructivo”, “Nuevos modelos y metáforas comunicacionales: el pasaje de la teoría a la praxis, del objetivismo al construccionismo social y de la representación a la reflexividad”, dentro del Modelo de Terapia Breve se presentaron los temas: “Axiomas de la comunicación humana” y “La planificación del caso”, en la materia de Seminario de Integración de estudios clínicos los temas: “Estudios empíricos de los factores comunes en terapia”, “Factores psicosociales comunes en la terapia psiquiátrica con drogas” y “El establecimiento de la relación terapéutica”, en la materia de Teorías y Modelos de Intervención III el tema: “La historia llega a ser su historia: Una terapia en colaboración y orientada hacia la solución de los efectos secundarios del abuso sexual”. Finalmente como parte de mis actividades de apoyo académico al tutor, desarrolle los temas de: “Post-modernidad” y “Post-modernidad y Educación”.

Dentro de los beneficios que brinda el programa de maestría y doctorado en psicología profesional está la oportunidad de presentar trabajos en congresos, de tal manera que presente dos trabajos de investigación en el IX Congreso de Terapia Familiar organizado por la Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C., que se realizó del 19 de octubre al 22 de octubre del 2004, en la Ciudad de Veracruz. Los trabajos fueron: “La construcción social del abuso sexual: Una propuesta de intervención con familias que han vivido abuso”, este consistía en una propuesta de intervención que desarrolle basada en un modelo postmoderno y en mi propia experiencia trabajando con personas que han vivido agresión sexual y “Manejo de un proceso de separación, duelo, bajo los modelos de terapia breve y soluciones” el cual consistía en un análisis de caso que fue atendido durante la residencia, este trabajo fue expuesto conjuntamente con la co-terapeuta con la que se llevó el caso. *(Los trabajos presentados se incluyen en los Anexos 4 y 5).*

La presentación en congresos fue un excelente entrenamiento, que me preparó para estar al frente de un mayor número de personas y adquirir habilidades para dirigirme a un auditorio quizá más crítico y numeroso.

Posteriormente también desarrolle un trabajo titulado “Violencia familiar y Violencia sexual infantil”, este trabajo fue presentado en un diplomado por parte del Colegio de la Frontera Sur, Tech Palewi, el H. Ayuntamiento de Cd. Nezahualcoyotl y la Secretaria de Desarrollo Social, el día 13 de septiembre del 2005 en Cd. Nezahualcoyotl, Edo. Mex.

ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

El programa de maestría y doctorado en psicología profesional fomenta la creación de productos de innovación tecnológica y promueve la realización de actividades de servicio comunitario con la finalidad de prepararnos en habilidades dirigidas hacia la prevención y atención mediante la elaboración y aplicación de programas y proyectos de salud comunitaria. De esta manera durante el cuarto semestre se realizó esta actividad de servicio mediante un taller, el cual era preparado, desarrollado e impartido en equipos de dos personas. La elaboración de este taller resultó muy satisfactoria para mí ya que además de darme las bases para la creación de talleres y proveerme de habilidades como facilitadora, fue una experiencia nueva muy agradable.

En mi caso nosotros elaboramos el taller titulado: “Comunicación y Expresión Afectiva y Efectiva: Mejorando la forma de comunicar lo que piensas y sientes”, el cual estaba dirigido a estudiantes universitarios y fue impartido en el Tecnológico Universitario de México (TUM) del 26 de abril al 12 de mayo del 2004, dividido en cuatro sesiones de 2 horas cada una. Primeramente nosotros consideramos necesario realizar una detección de necesidades en el plantel que previamente se nos permitió trabajar y así se determinó que tema desarrollar. Antes del taller la profesora asignada en la materia de Seminario de Intervención Comunitaria nos asesoraba sobre la elaboración del manual y carta descriptiva del mismo, cada semana realizábamos sesiones conjuntas con la profesora y demás compañeros de residencia en las cuales exponíamos nuestros avances, durante estas sesiones semanales se proveía de ideas y sugerencias acerca de cada taller (en nuestro grupo se impartieron y elaboraron manuales para cuatro talleres diferentes, lo que nos permitió retroalimentarnos así como aprender y conocer de las técnicas y estrategias aplicada en cada taller).

El nuestro específicamente tenía el objetivo general de que los asistentes obtuvieran herramientas para aprender a comunicar los pensamientos y sentimientos de una manera clara, directa y oportuna, con la finalidad de llegar a una interacción humana más satisfactoria, así el taller se dividía en cuatro temas: Introducción e importancia de una adecuada comunicación, Comunicación verbal, Comunicación no verbal y Asertividad, impartidos uno en cada sesión (*La carta descriptiva, la planeación y ejecución, así como los resultados y conclusiones obtenidos se incluyen en el Anexo 6*).

4.-HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

La ética se refiere a actuar en beneficio del paciente y no en beneficio de nuestros intereses personales o en perjuicio del paciente.

Estos dos años de formación me motivaron a desarrollar valores personales como el compromiso y responsabilidad como terapeuta con las familias que se ponen en mis manos, la aceptación y el respeto por el ser del otro; la credibilidad en lo que dice al ser tan válida su realidad como la mía, la confianza en su capacidad de desarrollo como ser activo y la humildad para aceptar que finalmente el cambio se debe a él.

Estos valores me ayudaron a desarrollar habilidades éticas, dentro de las cuales adquirí:

La capacidad para sentir un interés genuino por las familias y sus problemáticas fuera de intereses o valores personales.

La capacidad de empatía, refiriéndome con esto al hecho de sentir y estar con el otro y a la comprensión de su problemática, lo cual implica una proximidad con sus emociones que sólo pueden llegar a compartirse cuando se ha establecido un vínculo de confianza.

La habilidad para establecer un vínculo de confianza estando emocionalmente presente y respondiendo sensiblemente a sus cuestionamientos y sufrimientos.

La consciencia de que como terapeuta tengo una inmensa responsabilidad y a la vez la capacidad para equilibrar el que no puedo crearme autoridad para imponer lo que es correcto o incorrecto, ni tampoco confiar indiscutiblemente en mis propias percepciones o experiencias.

Lo que implicó adquirir un sentido de humildad para evitar creer que mis propias percepciones son la realidad absoluta y obtener la capacidad de un actuar consciente y alerta para evitar imponer mis propios valores a las familias e impedir que mis propias emociones que se generen en mí les afecten.

La capacidad de creer y confiar en los recursos, habilidades y alternativas funcionales de las familias, en su capacidad de reconstruirse, con lo cual pude llegar a una mayor confianza en su posibilidad de cambio.

La capacidad de respeto hacia la propia manera de ser del otro, a pesar de lo diferente que pueda ser de la mía.

También adquirí la capacidad de discernir y equilibrar los derechos individuales y las responsabilidades sociales, ya que considero que el respeto por la libertad en el pensar y hacer del otro no debe nunca transgredir o lastimar a nadie.

Me parece ilustrativa de estos puntos la metáfora del viajero dentro del proceso de psicoterapia:

“El terapeuta acompaña al paciente en su viaje con la disposición y respeto por la necesidad del paciente de descansar, con la compasión y confort hacia él. El poder para moverse y la elección de la dirección es siempre responsabilidad del paciente. Cuando hay peligros el terapeuta permanece centrado en la seguridad y bienestar del paciente y cuando es el momento ambos toman caminos separados”.

OTRAS ACTIVIDADES

Una de las responsabilidades profesionales y éticas que como terapeutas tenemos es seguirnos preparando día con día y no quedarnos sólo con lo que nos ofrezcan, por lo tanto es importante no desaprovechar las oportunidades para informarnos, entrenarnos y adquirir mayores conocimientos y habilidades. Es por esto que en el presente reporte de experiencia profesional se incluye este apartado sobre otras actividades, el cual pretende informar sobre la asistencia a cursos, seminarios y talleres de formación extracurricular a los que asistí para incrementar y complementar la formación que como terapeuta familiar podía tener.

Así tuve la oportunidad de asistir al curso-taller: “Integración de pruebas psicológicas para el diagnóstico de la agresión sexual infantil”, el cual fue impartido por la Mtra. Ma. Martina Jurado Baizabál, en las instalaciones de Adivac, México, del 19 al 23 de agosto del 2003 con una duración de 25 horas; al seminario: “Desarrollo Emocional y Social Dirigido”, impartido en Editorial Trillas México D.F el 8 de agosto del 2004 por la profesora Virginia López de Galindo, con una duración de 8 horas; al curso de: “Capacitación para el manejo de un Programa de Intervención Psicoeducativa para Mujeres que presentan Depresión” impartido por la Dra. Ma. Asunción Lara Cantú, en el Instituto Nacional de Psiquiatría, México, del 16 de octubre al 8 de diciembre del 2005 con una duración de 32 horas; al taller: “La aplicación de la Terapia Breve Estratégica para resolver problemas familiares”, impartido por el Dr. Giorgio Nardone, en las instalaciones del Cudec, México, los días 29 y 30 de Enero del 2005 con una duración de 20 horas; al curso: “La inclusión de los niños en la Terapia Familiar” impartido por parte del Ilef por el Dr. Eduardo Carrasco Bertrand el 25 de febrero del 2005 con una duración de 4 hrs; al “IX congreso de Terapia Familiar” en Veracruz del 14 al 17 de octubre del 2004; y al seminario: “Prevención de la Violencia Familiar y de Pareja” impartido por Tech Palewi el 13 de septiembre del 2005 con una duración de 8 hrs., en Edo. Méx.

Pude también acudir al Taller FOT (Familia de Origen del Terapeuta), dirigido por Jaime Wickler el 7 y 8 de mayo del 2004, con una duración de 15 hrs. Debido a que es innegable el impacto que tiene la propia persona del terapeuta en la manera de intervenir dentro de un proceso terapéutico y en consecuencia en los resultados que éste tenga para las familias, fue muy valioso haber contado con un apoyo en este sentido y resultó un plus para nuestro proceso de formación integral este espacio personal que me permitió retomar mi propia familia de origen en una experiencia emotiva y vivencial muy intensa conduciéndome a la reflexión y sensibilización de ciertos aspectos de mi historia de vida, con la finalidad de que puedan ser puestos al servicio de las familias al ser manejados de tal forma que la repercusión que tengan en ellas sea positiva.

IV .-CONSIDERACIONES FINALES

Reflexión y análisis de la experiencia.

El entrenamiento durante estos dos años de residencia en la maestría dejó en mí una huella y un aprendizaje muy valioso, una nueva manera de ver al mundo y de hacer terapia, pude darme cuenta de ello al analizar y reflexionar sobre las habilidades y competencias profesionales adquiridas, algunas de las cuales se han consolidado y desarrollado aún más, otras, que han nacido por primera vez; todas evidencian una selección e integración personal de modelos, estilos y particularidades de cada una de las personas que intervinieron en mi formación como terapeuta familiar sistémica.

CONCLUSIONES SOBRE LAS HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

Habilidades clínicas terapéuticas: Puedo resumir las habilidades clínicas desarrolladas a lo largo de la residencia, en las siguientes:

Capacidad de observación bajo un enfoque sistémico, es decir, del sistema terapéutico total, tanto de las interacciones que están alrededor de la problemática con la que acuden las familias o individuo, como de las del propio sistema terapéutico, basadas en su propia historia y forma de co-construir realidades.

Evaluación y definición de la problemática, desde una perspectiva sistémica, circular, pudiendo detectar los factores involucrados alrededor del problema.

Detección y atención primordial a la demanda específica de la familia.

Establecimiento de empatía, alianza y adherencia terapéutica, atendiendo al lenguaje y necesidades de las familias y a la reacción provocada en la propia persona del terapeuta.

Capacidad de análisis, reflexión, integración y síntesis.

Integración del marco teórico en la práctica terapéutica.

Aplicación de estrategias de evaluación e intervención de acuerdo a los siguientes modelos: estructural, estratégico, Milán, breve, soluciones, integrativo, narrativo, colaborativo y equipos de reflexión.

Establecimiento y concretización de objetivos terapéuticos bien definidos acordes a la demanda de la familia y que ayuden a la evaluación de resultados.

Establecimiento de hipótesis.

Búsqueda de alternativas para la familia, selección de técnicas y procedimientos adecuados de intervención.

Evaluación de la evolución del motivo de consulta.

Detección de estrategias de intervención inadecuadas que no están funcionando.

Flexibilidad para cambiar de estrategia de intervención y para redefinir el camino en caso de ser necesario.

Capacidad de observación atenta hacia la detección de recursos y fortalezas que puedan servir al logro del objetivo terapéutico, no sólo de límites, problemas y/o “patologías”.

Capacidad para observar y atender a las sensibilidades y reacciones provocadas durante la sesión en cada integrante de la familia y en mi propia persona.

Habilidad de intervenir de una manera más fluida y natural frente a las familias, logrando un adecuado balance entre el cuidado de la técnica terapéutica y la atención a las propias necesidades surgidas durante la sesión.

Habilidad para realizar un adecuado cierre terapéutico con el fin de prever/prevenir recaídas y regresando a la familia la confianza en sus propios recursos y fortalezas para salir del problema.

Habilidades Éticas: Actitud de respeto, aceptación, libertad y confidencialidad, compromiso y reflexión personal.

Respeto por las individualidades y realidades de cada persona que acude a terapia, esto implica no censurar, ni juzgar, ni pretender tener la razón o la verdad absoluta, implica también una actitud atenta, enfocada en las necesidades de la familia, jamás en satisfacer egos científicos o terapéuticos, nunca tratando de adaptar la familia a la teoría; por lo tanto es básico una postura igualitaria, una postura de no saber, de curiosidad y de verdadero interés por tratar de conocer y entender a la familia.

Confidencialidad durante todo el proceso terapéutico, que fomentaba la libertad de los integrantes para abrirse y su confianza en que se llevaría un adecuado manejo de los secretos familiares.

Compromiso manifestado en una actitud de verdadero interés y sensibilidad ante las preocupaciones y problemáticas que traían las familias.

Reconocimiento de las propias limitaciones terapéuticas y capacidad de trabajar con éstas, reflexionando sobre el impacto que tiene en la propia persona del terapeuta la actitud y problemática que traían las familias a terapia.

Habilidades de compromiso social: Al conocer y adoptar una visión sistémica y al estar en contacto directo y tan involucrada con las problemáticas por las que atraviesa el país y en específico con las de las familias que acudieron al centro, me ayudó a ser más sensible, a reconocer y a reafirmarme el valor e importancia que tiene la familia como apoyo, ésta

puede actuar como limitante o como recurso para el desarrollo social y personal. Esta enseñanza incrementa mi compromiso con la familia como unidad de intervención.

Habilidades Personales: El haber convivido compartiendo opiniones y experiencias personales tan variadas con mis compañeros de equipo terapéutico, me dejó un aprendizaje muy valioso, me ayudó en el camino hacia la aceptación, tolerancia y flexibilidad para escuchar y aceptar múltiples realidades, perspectivas y puntos de vista acerca de un mismo problema o situación y a considerar todos encontrando su sentido y utilidad.

El considerar la perspectiva de la validez de cualquier punto de vista me permitió también tener la confianza para abrirme y participar más activamente con mis impresiones y comentarios y con mi propia historia de vida; lo que me ayudó también a adquirir mayor seguridad y confianza al intervenir con las familias, pasando de, intervenciones más cuidadas y enfocadas en aspectos técnicos hacia una mayor fluidez y naturalidad, logrando un adecuado balance entre éstas.

Incidencia en el campo psicosocial

El campo de incidencia del terapeuta familiar abarca una serie de problemáticas sociales que se manifiestan de manera específica en forma de violencia intrafamiliar, abandono, migración, adicciones, baja en el desempeño académico, enfermedades físicas, etc. y que repercuten de manera general en la economía y desarrollo de nuestro país al ser la familia la unidad social básica.

De ahí la importancia de tener una unidad familiar fortalecida, sana e integrada que favorezca el adecuado funcionamiento de sus miembros y más ampliamente de la sociedad en general.

Resulta primordial entonces que el país cuente con profesionales de la salud que contribuyan a la solución de estas problemáticas que afectan a los individuos y familias.

Por lo tanto es importante reconocer la trascendencia que tienen espacios de formación de terapeutas familiares capaces de intervenir de manera adecuada, que tengan habilidades terapéuticas que permitan prevenir y atender diversos problemas, que desarrollen habilidades de investigación que les permitan conocer los procesos que afectan a las familias y la manera de combatirlos, es preciso contar también con programas adecuados de intervención comunitaria y con personas capaces de desarrollarlos y aplicarlos, por último es importante formar profesionistas con un amplio sentido ético y compromiso social que les permita ser conscientes y sensibles a las problemáticas que necesitan ser atendidas.

Análisis del sistema terapéutico total

El marco de interacción en el que se desarrolla la terapia familiar sistémica incluye la participación activa y la colaboración conjunta de un gran número de personas que influyen dentro del proceso terapéutico.

El sistema terapéutico se puede definir como el conjunto de elementos que interactúan entre sí para lograr objetivos terapéuticos, el cual está formado por dos polos, el polo terapéutico (supervisor, equipo y terapeuta) y el polo paciente-familia; también se le ha dividido en sistema observante (equipo y supervisor) y sistema observado (terapeuta y familia).

Sin embargo, la cibernética de segundo orden plantea la imposibilidad de que exista un observador fuera de un sistema observado, pues al estar observando ya se está participando dentro de ese sistema, con lo que se reconoce que el sistema terapéutico no es unidireccional, por el contrario cada uno de los integrantes influye en los demás y tanto paciente como equipo terapéutico se ven afectados y responden en consecuencia a la reacción del otro.

Por lo tanto hay que estar muy conscientes de lo que esto implica dentro de un proceso terapéutico en cuya modalidad de trabajo intervienen muchos integrantes, de esta manera debemos estar quizá más atentos a las repercusiones que tenga en cada uno de los participantes dentro de este proceso.

Al aceptar que todos somos parte se eliminan los protagonismos y se promueve la humildad y el reconocimiento de que los cambios son promovidos por el conjunto y no dependientes de uno solo.

Este modelo bicameral de observación abre las posibilidades terapéuticas al reunir dos miradas distintas, es decir, dos puntos de vista sobre lo observado y la ventaja de que cualquier posición pueda ser evaluada por el otro.

También fomenta mayor compromiso ético al conducirnos a tener un mayor cuidado dentro del proceso terapéutico.

Finalmente implica la posibilidad de una multiplicidad de voces y por lo tanto de un mayor número de alternativas, con lo que también se evita caer atrapados en una única visión.

Así, resultó enriquecedor para nuestro proceso de formación el que dentro de nuestra práctica supervisada como terapeutas hayamos podido contar del otro lado del espejo con un equipo terapéutico (formado por mis siete compañeros de la residencia y el supervisor del caso), lo cual resultó una ventaja por las siguientes razones:

En los casos en que pudimos sentirnos atorados nos ayudó a destrabar el proceso y a conducirlo hacia una evolución positiva de éste.

Por otro lado, en ocasiones los terapeutas podíamos descuidar aspectos que pasábamos desapercibidos y que tenían repercusiones importantes para el proceso terapéutico, de esta manera la experiencia con un equipo terapéutico me permitió percatarme, reconocer y trabajar sobre mis propias limitaciones terapéuticas a fin de evitar repetir errores.

La conjugación de estilos y técnicas le permite al terapeuta aprender de cada uno, mi participación como parte del equipo terapéutico del otro lado del espejo, me permitió retomar e integrar en mi quehacer cotidiano algunos aspectos que me parecieron útiles y

valiosos en un intento de poder aprender de las cualidades de mis compañeros y supervisores.

Me parece importante mencionar que para poder lograr lo anterior fue de gran ayuda el haber contado con un ambiente interaccional de confianza, apertura, integración y apoyo, donde fueron respetados la variedad de puntos de vista alternativos y se evitaron los comentarios destructivos, descalificaciones, censuras o imposiciones que pudieran limitar mi actividad terapéutica para intervenir o, como parte del equipo para participar con mis impresiones.

Mi experiencia personal al trabajar con un equipo terapéutico fue variada y progresiva, ya que en un primer momento el sentirme observada resultó estresante y me llevó a estar más preocupada, a ser más precavida con respecto a mis propias intervenciones y a conducirme de manera más rígida; sin embargo poco a poco gracias al apoyo que sentí de mis supervisores y equipo, en un segundo momento esta misma experiencia me dio la posibilidad de poder mostrarme más relajada y actuar de manera más natural sin descuidar la técnica, con lo cual pude darme la libertad de sentir el proceso, estando atenta a otros aspectos como a mis propias reacciones y a las de la familia; lo que en un tercer momento se convirtió en una sensación de desprotección ante la posibilidad de un actuar independiente.

Sin embargo finalmente toda esta experiencia me proporcionó la facilidad de dejar fluir el proceso terapéutico más libremente conjugando de mejor manera la teoría, técnica y características personales y me brindó mayores herramientas con las que ahora me siento más fortalecida y las que puedo emplear en mi labor terapéutica actual.

Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

Además de los conocimientos teóricos y las herramientas técnicas que adquirí, estos dos años de formación me dieron la oportunidad de conocer, asimilar y adoptar un nuevo enfoque que amplió mis posibilidades de intervención.

Este nuevo enfoque me brindó la posibilidad de ver al mundo distinto y en consecuencia a un actuar diferente no sólo en la práctica sino en cada actividad de mi vida diaria; así, el que haya aprendido a considerar el valor de tener una visión amplia, no excluyente, ha producido en mí una postura de curiosidad, de interés verdadero por conocer otros puntos de vista sobre las cosas, ya que no hay ninguno que pueda ser más real o válido que otro y ninguno que no pueda ser conveniente si se sabe utilizar; por el contrario, he experimentado la ventaja que brinda el darme la oportunidad de explorar una mayor cantidad de visiones alternativas.

Adquirí una nueva postura de vida al reconocer que la realidad no es absoluta ni universal y que está basada en interpretaciones, lo que personalmente me ha ayudado a revalorar situaciones que en su momento yo había interpretado de cierta manera; sobretodo al reconocer que mi sentir está basado en una interpretación propia pude retomar acontecimientos de mi propia vida y pude no sólo pensarlos de manera diferente sino

sentirlos también de manera distinta, experimentar los beneficios de esta posibilidad me ayuda más fácilmente a ponerla en práctica con las familias.

Adopte la idea básica de que cada quien construye su realidad y de que ésta puede ser reconstruida o rescrita nuevamente, lo que abrió múltiples posibilidades y caminos en mi vida no sólo como persona, sino también como terapeuta al poner esta postura al servicio de quienes buscan ayuda; considerar que la realidad no es estática, permanente e indisoluble, la hace factible de cambio y el futuro resulta mucho más alentador para cualquiera.

Adquirí el reconocimiento del individuo como un ser activo que escribe y construye su historia, lo cual implica una gran responsabilidad y puede ser un gran peso si no se sabe manejar adecuadamente, ya que en ocasiones resulta mucho más sencillo culpar a otros de lo que nos pasa, por lo tanto esta postura implica también una reasignación de responsabilidades en mi vida y en mi quehacer como terapeuta, un aprender a aceptar lo que me corresponde y lo que no.

Este enfoque me reafirma que finalmente los terapeutas somos humanos, con una historia propia con la que enfrentamos las situaciones incluso de terapia, lo cual implica por un lado la obligación de realizar una reflexión personal, de estar atenta a mis propias sensaciones, de aceptar mis propias limitaciones y de enfrentarlas de manera que no afecte a las familias que atiende y por otro lado, también me brinda la maravillosa posibilidad de poner mi propia persona al servicio de la familia y me da la libertad de “ser en terapia”, ya que finalmente nuestra herramienta de trabajo somos nosotros mismos.

Al estar abierta a diferentes realidades y al aceptar que el terapeuta no es todopoderoso ni conecedor de la verdad absoluta, pude comprender que el aprendizaje durante el proceso terapéutico es bidireccional, lo que me ha ayudado a tener una mayor apertura para aprender también de las familias.

Finalmente confirme la importancia de la familia como fuente de apoyo, recurso o limitante del desarrollo, una idea con la que inicie al entrar en la maestría y que fui reafirmando al conocer y estar en contacto directo con las problemáticas por las que las personas atravesaban, lo que me ayudó a ser más sensible y a valorar la importancia de la familia como unidad social y objeto de intervención.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andersen, T. (1994). El equipo reflexivo. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Andersen, T. (2002). Palabras preliminares. En G. Licea, F. I. Paquentin y H. Selicoff (comps.), Voces y más voces: El equipo reflexivo en México. México: Alinde, Instituto de psicoterapia. Pp. 3,4.
- Anderson, H. (1999). Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1988). Los sistemas humanos como sistemas lingüísticos: Implicaciones para la Teoría Clínica y la Terapia Familiar. Psicoterapia, Vol 2, No. 6-7.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En S. McNamee y K.J. Gergen (eds), La terapia como construcción social. España: Ed. Paidós. Pp. 45-60.
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1998). Narrativa y self. Algunos dilemas posmodernos de la psicoterapia. En D. Fried (ed.), Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad. Buenos Aires: Ed. Paidós. Pp. 293-306.
- Andolfi, M. y Zwerling, I. (1993). (comps.). Dimensiones de la terapia familiar. México: Paidós.
- Bertalanffy, Ludwig Von. (1993). Teoría General de los Sistemas: Fundamentos, desarrollo y aplicaciones. México: Fondo de cultura económica, S.A. de C.V.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (1996). Los tiempos del tiempo. España: Ed. Paidós.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1987). Terapia familiar sistémica de Milán. Argentina: Ed. Amorrortu.
- Cecchin, G. (1989). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: una invitación a la curiosidad. Family Process, Vol. 26, No. 4, 405-413.
- Corredor, B. (1962). La familia en América Latina. Madrid: Federación internacional de los institutos católicos de investigaciones sociales y socioreligiosas (FERES).
- De Shazer, S. (1992). Claves en psicoterapia breve. España: Ed. Gedisa.
- Engels, F. (1984). El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid. Iberia.
- Epstein, N. B., Bishop, D.S., & Baldarin, L. M., (1981). Mc Master Model of family Functioning. In Normal family problems, F. Walch, ed. New York: Guilford Press.
- Fish, R., Weakland, J.H., Segal, L. (1994). La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia. Barcelona: Ed. Herder.

- Foerster, Heinz Von. (1996). Las semillas de la cibernética: Obras escogidas. (Marcelo Pakman, ed.) Barcelona: Gedisa.
- Friedman, S. (2001). El nuevo lenguaje del cambio. Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. (1989). La psicología posmoderna y la retórica de la realidad. En Ibañez, T. El conocimiento de la realidad. Barcelona: Sendaí.
- Gergen, K. (2002). La terapia como una construcción social: Dimensiones, deliberaciones y divergencias. E.U.A: Swarthmore College.
- Gracia, F.E. y Musitu, O.G. (2000). Psicología social de la familia. Barcelona: Paidós.
- Guerin, Philip J. edit. (1976). Family Therapy: Therapy and practice. New York: Garden Press, American Orthopsychiatric Association.
- Haley, J. (1988). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Haley, J. (1989). Estrategias en psicoterapia. Barcelona: Ed. Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1999). Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.
- Hoffman, L. (1990). Constructing Realities: An art of lenses. Family Process, Vol. 29, No. 1, 1-11.
- Hoffman, L. (1991). A reflexive stance for family therapy. Journal of strategic and Systemic Therapies, Vol. 10, No. 3 y 4, 4-16.
- Hoffman, Lynn. (1992). Una postura reflexiva para la terapia familiar. En McNamee, S. y Gergen, K. (1992). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Hoffman, Lynn. (1998). Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el marco de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, Lynn. (1998). Fundamentos de la terapia familiar: Un marco conceptual para el marco de sistemas. México: Fondo de Cultura Económica.
- Keeney, P. B. (1991). Estética del cambio. Barcelona: Paidós.
- Lipchick, E. y de Shazer, S. (1986). La terapia breve centrada en la solución. En M. Selekman, Abrir caminos para el cambio. España: Ed. Gedisa. pp.18-21
- Mac Gregor, R. (1967). Progress in multiple impact theory. In Expanding theory and practice in family therapy, N. W. Ackerman, F. L. Beatman, and S. N. Sherman, eds. New York: Family Service Association.
- Madanes, C. (1984). Terapia Familiar Estratégica. Buenos Aires: Ed. Amorrortu

- Mastache, M. y Limón, A. (1996). La transición construccionista en la Terapia Familiar. En: Tesis. Antecedentes, evolución y tendencias contemporáneas en la Terapia Familiar Sistémica. México: Facultad de Psicología de la UNAM.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1992). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Minuchin, S. (1990). Familias y terapia familiar. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. Ch. (1991). Técnicas de terapia familiar. México: Ed. Paidós.
- Nichols, Michael P, Ph. D. & Schwarz, Richard C. Ph. D. (1995). Family Therapy: concepts and methods. United States of America: Allyn and Bacon.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. España: Ed. Paidós.
- Payne, M. (2002). Terapia Narrativa. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Ruz, Alberto. (1993). El pueblo Maya. México: Salvat.
- Sabau, G.M.L. et al. (1994). Estampas de la familia mexicana. México.
- Sánchez y Gutiérrez, Daniel. (2000). Terapia Familiar: modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Sánchez y Gutiérrez, Daniel. (2000). Terapia Familiar: modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Sánchez, A.J. (1980). Familia y sociedad. México: Joaquín Martí.
- Sandoval, M.D. (1984). El mexicano psicodinámica de sus relaciones familiares. 1ª ed. México: Villacaña.
- Selvini, Mateo (1990) (comp.) Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini-Palazzoli. México: Paidós.
- Selvini, P. M., Boscolo, L. Cecchin, G. y Prata, G. (1991). Paradoja y contraparadoja. México: Ed. Paidós.
- Simon, B.F., Stierlin, H. y Wynne, C. L. (1988). Vocabulario de Terapia Familiar. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Tuirán, Rodolfo. (2000). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En Cristina Gómez (comp.). Procesos sociales, población y familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre la vida doméstica. México. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Umbarger, C. (1983). Terapia familiar estructural. Buenos Aires: Ed. Amorrortu.

Watzlawick, P. y Nardone, G. (2000) (comps.). Terapia Breve Estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad. Terapia Familiar. Barcelona/Buenos Aires: Paidós.

Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fish, R. (1999). El arte del cambio: formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Ed. Herder.

Watzlawick, P., Weakland, J. y Fish, R. (1999). Cambio. Barcelona: Herder.

Watzlawick, Paul; Bavelas, Beavin y Jackson, D.D. (1997). Teoría de la comunicación humana: Interacciones, patologías y paradojas. Barcelona: Herder.

Weakland, J. H., Fish, R., Watzlawick, P., & Bodin, A. M. (1974). Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process. June, 1974. Vol.13. No. 2.

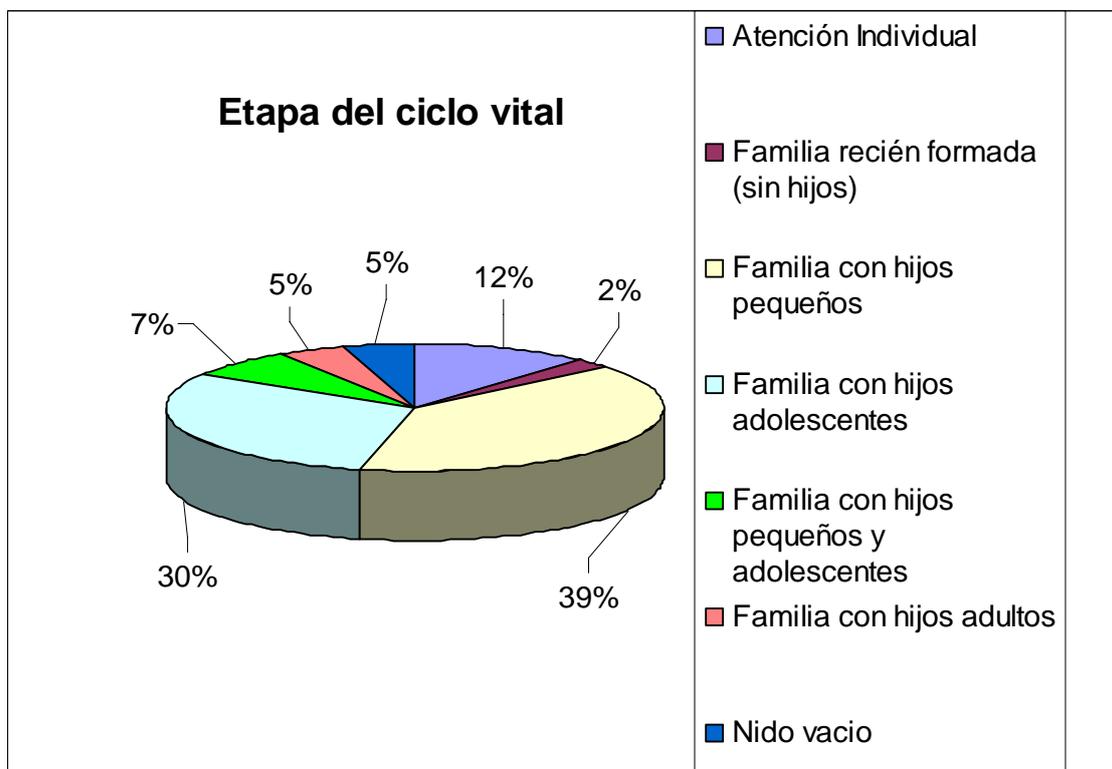
White, M. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Ed. Gedisa.

White, M. y Epston, D. (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Ed. Paidós.

TABLAS

ETAPA DEL CICLO VITAL

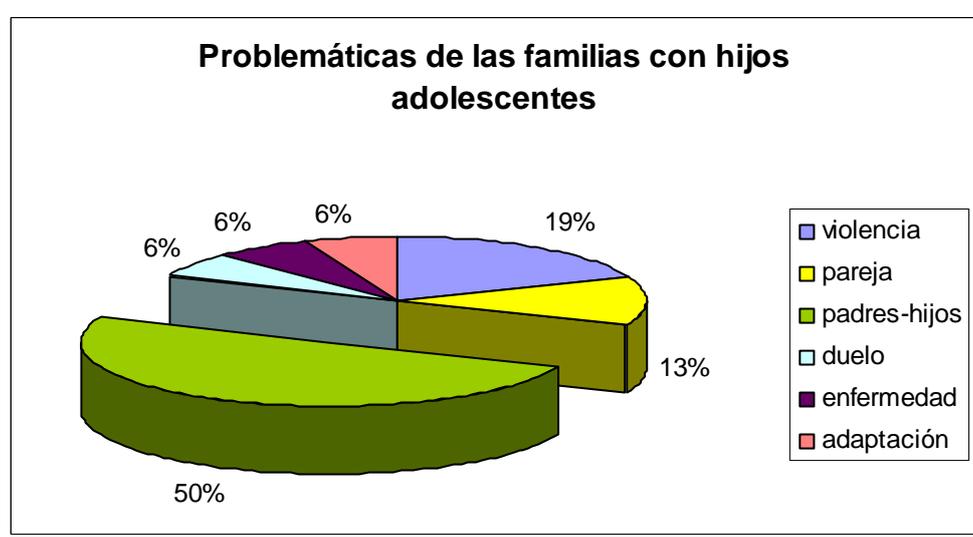
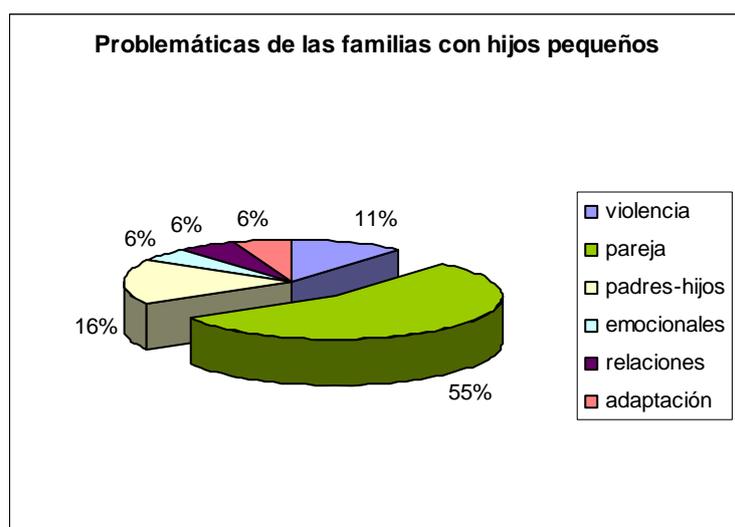
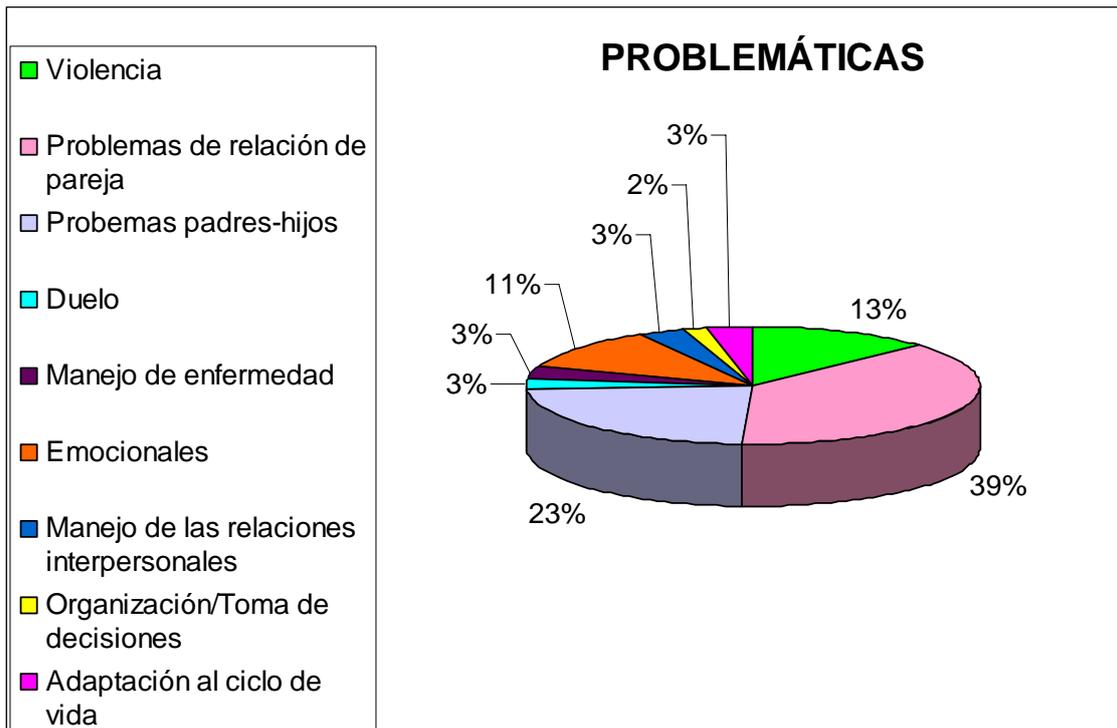
| ETAPA DEL CICLO VITAL | |
|---|----|
| Atención Individual | 5 |
| Familia recién formada (sin hijos) | 1 |
| Familia con hijos pequeños | 17 |
| Familia con hijos adolescentes | 13 |
| Familia con hijos pequeños y adolescentes | 3 |
| Familia con hijos adultos | 2 |
| Nido vacío | 2 |



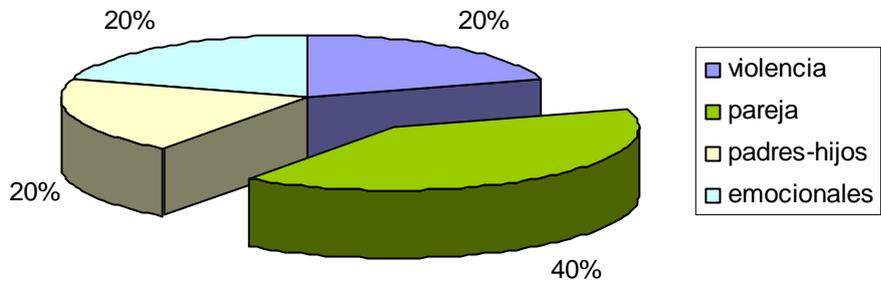
PROBLEMÁTICAS

Nota: Hay más problemáticas que familias porque algunas familias acudían con una o más problemáticas.

| PROBLEMÁTICAS | Casos |
|--|-------|
| Violencia | 8 |
| Problemas de relación de pareja | 23 |
| Problemas padres-hijos | 14 |
| Duelo | 2 |
| Manejo de enfermedad | 2 |
| Emocionales | 7 |
| Manejo de las relaciones interpersonales | 2 |
| Organización/Toma de decisiones | 1 |
| Adaptación al ciclo de vida | 2 |



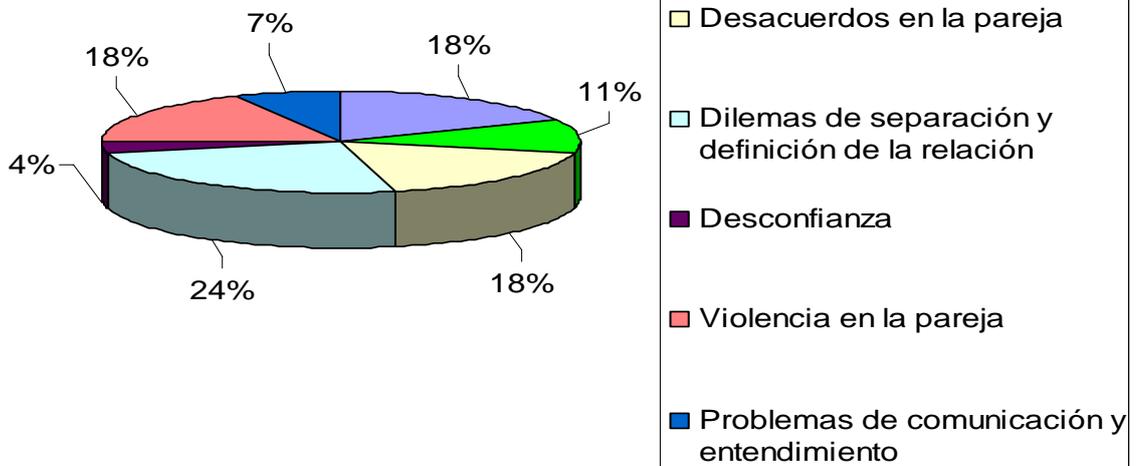
Problemáticas de las familias con hijos pequeños y adolescentes



PROBLEMAS DE RELACIÓN DE PAREJA

| PROBLEMAS DE RELACIÓN DE PAREJA | |
|---|---|
| Infidelidad | 5 |
| Dificultades sexuales | 3 |
| Desacuerdos en la pareja | 5 |
| Dilemas de separación y definición de la relación | 7 |
| Desconfianza | 1 |
| Violencia en la pareja | 5 |
| Problemas de comunicación y entendimiento | 2 |

Problemas en la relación de pareja



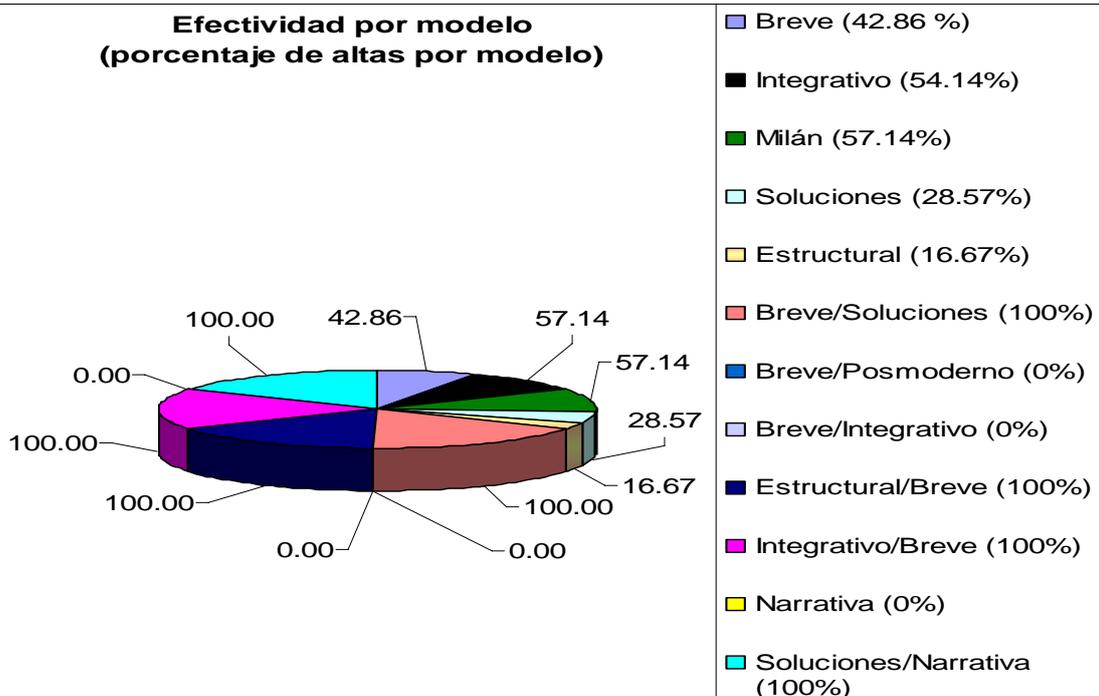
MOTIVO DE TERMINACIÓN DEL PROCESO



ALTAS POR MODELO

| MODELOS | N° casos | altas | bajas | cierres |
|----------------------|----------|-------|-------|---------|
| Breve | 7 | 3 | 3 | 1 |
| Integrativo | 7 | 4 | 2 | 1 |
| Milán | 7 | 4 | 3 | 0 |
| Soluciones | 7 | 2 | 5 | 0 |
| Estructural | 6 | 1 | 5 | 0 |
| Breve/Soluciones | 3 | 3 | 0 | 0 |
| Breve/Posmoderno | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Breve/Integrativo | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Estructural/Breve | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Integrativo/Breve | 1 | 1 | 0 | 0 |
| Narrativa | 1 | 0 | 1 | 0 |
| Soluciones/Narrativa | 1 | 1 | 0 | 0 |

Efectividad por modelo (porcentaje de altas por modelo)



ANTEPROYECTO:

“SATISFACCIÓN MARITAL Y ETAPAS DEL CICLO DE CONVIVENCIA FAMILIAR EN PAREJAS CASADAS QUE HABITAN LA CIUDAD DE MÉXICO.”

INTRODUCCIÓN

La satisfacción marital ha sido motivo de atención por parte de los estudiosos del comportamiento humano, debido a que buena parte de la insatisfacción del hombre surge de lo problemático de sus relaciones interpersonales y en especial de las de la pareja. De hecho, se sabe lo importante que es para un desempeño adecuado, la relación satisfactoria de un ser con su pareja.

Históricamente, el hombre ha buscado vivir en pareja y crear así una familia, la cual va a ser fuente de su seguridad y desarrollo en general (Barragán, 1984); sin embargo, sabemos igualmente que la vida marital es fuente de constante conflicto e insatisfacción, produciendo serios desajustes en los individuos en diversas áreas de su vida.

Por este motivo, si estudiamos los factores que pudieran estar influyendo en el grado de satisfacción-insatisfacción, podemos entonces trabajar con ellos y quizá hasta prevenirlos, ya que conociendo cuáles son las características y problemas específicos que se presentan en cada etapa del ciclo de convivencia en pareja, podemos crear programas informativos (difusión de artículos dirigidos a la comunidad, donde se pueda prever con antelación las posibles desavenencias) e interventivos (mediante talleres donde se enseñe la mejor manera de manejar las problemáticas de pareja).

Pick de Weiss y Andrade Palos (1985), mencionan algunas definiciones de satisfacción marital tomadas de diversos autores que han investigado acerca del tema: así, Spanier y Lewis (1980), la definen como la evaluación subjetiva experimentada al matrimonio propio; así mismo, ha sido conceptualizada como un continuo de satisfacción-insatisfacción por Mc Namara y Babo (1980); por su parte, Berger y Kellner (1970), afirman que no es lo que sucede en el matrimonio sino cómo definen sus miembros lo que es importante, así la definen como una realidad construida por los miembros de la pareja; para Burges y Locke (1945), la satisfacción se presenta como una correspondencia entre la relación actual y la esperada o, como una comparación de la relación actual con una alternativa, si la presente se termina. Por su parte Pick y Andrade, la definen como, la actitud hacia la interacción marital y aspectos del cónyuge. En este estudio se tomará la definición de Pick y Andrade, quienes la definen también, como el grado de actitud favorable que el cónyuge expresa con respecto a aspectos de su pareja y de la interacción conyugal.

Se han desarrollado diversos modelos sobre satisfacción marital, con el objeto de poder explicar porque uno de los cónyuges o la pareja llega a sentirse satisfecho o no con su relación matrimonial; entre estos, se puede mencionar el de Miller (1976), quien habla de factores como antecedentes de socialización, roles de transición en la familia, número de

hijos, frecuencia y duración de la convivencia, nivel socioeconómico y espacio para los niños.

En este estudio nos centraremos sobretodo en el número de años de casados. Bahr, Chapell y Leig (1983), no encontraron relación entre el tiempo de matrimonio y la satisfacción marital. Por otro lado, la mayoría de los estudios concuerdan en que inicialmente existe un decremento de la satisfacción de la pareja, pero la velocidad e intensidad de la reducción varía de un estudio a otro; así estos estudios mencionan que la satisfacción de la pareja es mayor en los períodos inicial y final, con un decremento en el período intermedio (Burr, 1970; Rollins y Feldman, 1970; Rollins y Cannon 1974), estos autores encontraron cambios en la satisfacción marital en forma de U, es decir, que existe una mayor satisfacción al principio, un descenso con el nacimiento del primer hijo, se mantiene estable en etapas subsecuentes en la vida familiar, sufriendo un incremento en la etapa de jubilación o cuando los hijos abandonan el hogar paterno. Así una posible explicación que dan estos autores a la curva en forma de “U”, es que la presencia de los hijos pequeños interfiere con la interacción e intimidad de los esposos, cuando los hijos se van y el trabajo de criarlos se acabó, la amistad y el interés se vuelven factores de gran peso en la satisfacción marital.

Este planteamiento de un descenso en la satisfacción matrimonial al aumentar los años de casados, es corroborado por los estudios llevados a cabo en México por Pick de Weiss y Andrade Palos (1986).

Con respecto al sexo, Rollins y Feldman (1970), revisaron 12 estudios sobre satisfacción marital en el ciclo de convivencia familiar, los 12 estudios fueron consistentes en cuanto a un decremento en la satisfacción marital de mujeres desde los primeros 10 años de matrimonio, o bien, aproximadamente hacia la etapa de “edad escolar de los hijos”; mientras que sólo cuatro estudios muestran un decremento en las primeras etapas para los hombres. Como conclusión estos autores mencionan que, en general los hombres se ven menos afectados que las mujeres por las etapas del ciclo de convivencia familiar en su evaluación subjetiva de la satisfacción marital, desde las fases de nacimiento de los hijos hasta que estos están listos para abandonar el hogar. Después de esta etapa, ambos cónyuges muestran un incremento substancial en la satisfacción marital. Nock (1981), acepta que la satisfacción marital puede decrementar en el momento de la paternidad ya que el nacimiento de los hijos influye en la dinámica familiar.

Por otra parte Pineo (1961), sugirió que el desencanto ocurre más temprano en el hombre que en la mujer. Marlowe (1968), encontró que los hombres al inicio de su matrimonio están menos satisfechos que las mujeres, mientras que en la etapa “preescolar” se encontraban ambos en el mismo nivel de satisfacción, posteriormente a través del tiempo la satisfacción decreta en las mujeres y en los hombres esto no sucede. Estudiando únicamente a las esposas, Blood y Wolfe (1960) encontraron un decremento continuo en la satisfacción marital a lo largo del ciclo de vida familiar. Bossard y Boll (1955), no encontraron mayor decremento después de la etapa de “edad escolar de los hijos” ni en mujeres ni en sus esposos (tomado de Rollins y Cannon, 1974 y Rollins y Feldman, 1970).

Otros trabajos como el de Ryhne (1982), le asignan gran relevancia a los ciclos de vida de la pareja, este autor concluye que los ciclos de vida afectan la evaluación de la calidad

marital en mayor grado en las mujeres, las diferencias de sexo sólo son importantes en las etapas en que los hijos entran en la adolescencia y posteriormente abandonan el hogar (las mujeres están menos satisfechas que los hombres), también encontró que la calidad marital mejora en ambos sexos en la etapa post-paternal. De manera similar Rollins y Cannon (1974), encontraron que las mujeres se ven más afectadas en su satisfacción marital por la edad y la presencia de los hijos que los hombres. El estudio de Rhyne (1982), determinó que los hombres tienden a estar más satisfechos con su matrimonio que las mujeres.

Sería interesante mencionar algunas otras variables estudiadas que afectan la satisfacción marital: con respecto al nivel socioeconómico se encontró que las personas que desempeñan ocupaciones de poco prestigio, con bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad, estaban más insatisfechas con sus matrimonios; con respecto a la educación profesional se encontró que las esposas menos satisfechas son las profesionistas; con respecto al número de hijos, se habla de una relación negativa entre el número de hijos y la satisfacción marital Pick de Weiss y Andrade (1985). Gleen (1975), encontró esta misma relación entre tener hijos pequeños y la satisfacción marital. Otras investigaciones (Miller, 1976), hablan propiamente de la interacción marital como uno de los elementos de mayor correlación con la satisfacción marital, se menciona que a más años de matrimonio, más hijos, menos compañerismo y menos satisfacción marital; de manera similar se ha hablado de la interacción y tiempo que disfruta juntos la pareja, aquí surge la cuestión de si es la interacción la que precede y crea la satisfacción marital o viceversa. Así mismo, se han estudiado factores como, el papel sexual, la competencia en los roles y la comunicación, entre otros.

El tema de la satisfacción marital es muy extenso y conlleva una diversidad de variables, estos estudios nos muestran la amplia gama de aspectos que un terapeuta de pareja deberá tomar en cuenta al trabajar con sus pacientes, debido a que muchas veces éstos acudirán a buscar ayuda debido a la baja o ausente satisfacción en su relación marital.

Como podemos observar los resultados de estos estudios resultan contradictorios, de ahí la importancia de contextualizar la situación en nuestro lugar y época, ya que no se comportarán igual, ni tendrán las mismas problemáticas, parejas rurales que urbanas, de Estados Unidos que de la ciudad de México, de clase social alta que de clase social baja, y de tiempos pasados que de actuales. Como mi labor terapéutica se desarrollara en el presente y probablemente en la ciudad de México, es por esto que el interés de este estudio se centra en investigar la actitud en cuanto a satisfacción marital de parejas que vivan actualmente en la ciudad de México.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe alguna relación entre la cantidad de satisfacción marital y el tiempo de relación de la pareja en una población de parejas casadas que habitan actualmente en la ciudad de México? Y en caso de que ésta se presente, ¿Habría alguna diferencia en cuanto al grado de satisfacción marital de hombres y mujeres?

OBJETIVOS

1. Demostrar la existencia de relación entre el grado de satisfacción marital y el tiempo de relación de la pareja en una población de parejas casadas que habitan actualmente en la ciudad de México.

Si se encuentra esta relación, se pretende ubicar el tiempo de relación en alguna de las etapas del ciclo de convivencia, etapas que presentan ciertas características y problemáticas específicas por la situación que teóricamente está viviendo la pareja, con esta información posteriormente se podrá incidir mediante talleres grupales diseñados especialmente para trabajar con las parejas que puedan presentar mayores problemáticas relacionadas con el ciclo de convivencia específico.

2. Encontrar diferencias por sexo, ya que esto nos puede arrojar información sobre que aspectos específicos trabajar y poner más énfasis en cada miembro de la pareja.

DISEÑO

La investigación será ex post facto, ya que no se tendrá un control directo de variables porque las manifestaciones ya habrán ocurrido o no son directamente manipulables.

El diseño que se realizará en la investigación es un diseño transeccional correlacional, ya que se pretende describir relaciones entre 2 variables (satisfacción marital y tiempo de convivencia de la pareja) en un momento determinado.

Se realizará un estudio correlacional en el que se pretenderá encontrar la relación entre el grado de satisfacción marital y el tiempo de relación de la pareja. Dicha correlación será analizada por la prueba estadística de Spearman, ya que esta prueba es útil en variables continuas y con un nivel de medición ordinal.

Se realizará una investigación de tipo transeccional o transversal, ya que se estudiará a distintas parejas en un sólo momento y en un tiempo único.

El diseño del presente estudio incluirá 6 grupos de parejas de igual número de sujetos (20) en cada grupo, el primer grupo estará conformado por parejas que tengan de 0 a 3 años de matrimonio, el segundo parejas que tengan 3 a 5 años de matrimonio, el tercer grupo parejas de 5 a 10 años de matrimonio, el cuarto parejas que tengan 10 a 15 años de matrimonio, el quinto grupo parejas de 15 a 25 años de matrimonio y el sexto grupo parejas que tengan 25 o más años de matrimonio. Esta división se realizará en base a la clasificación de las etapas del ciclo de convivencia familiar realizada por Rock (Pick de Weiss y Andrade Palos, 1986)

El diseño será intergrupos ya que son observaciones de grupos independientes entre si.

El estudio será de campo ya que está encaminado a descubrir variables sociológicas y psicológicas en estructuras sociales reales y no en situación de laboratorio.

Finalmente se realizará un estudio de diferencia de grupos en cuanto a la satisfacción marital de hombres y mujeres en cada etapa, este pretende determinar si hay diferencias

entre la satisfacción de hombres y mujeres en cada etapa del ciclo de convivencia, este análisis se realizará mediante la prueba estadística t de diferencias de grupos.

HIPÓTESIS

Hipótesis nula (Ho): No hay relación entre el grado de satisfacción marital y el tiempo de relación de las parejas.

Hipótesis alternativa (Ha): Sí hay relación entre el grado de satisfacción marital y el tiempo de relación de las parejas.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente.- Tiempo de relación de la pareja.

Variable dependiente.- Grado de satisfacción de la pareja.

Definición conceptual

Grado de satisfacción marital.- Grado de actitud favorable que cada cónyuge expresa con respecto a aspectos de su pareja y de la interacción conyugal (Pick de Weiss y Andrade, 1985).

Definición operacional

Grado de satisfacción marital.- Se considerará de acuerdo con el puntaje obtenido en la escala de Satisfacción Marital de Pick de Weiss y Andrade.

Tiempo de relación de la pareja.- Se tomará en cuenta el tiempo que llevan viviendo juntos desde que se casaron a la fecha de aplicación del instrumento, sin tomar en cuenta si hubo tiempos de separación, o no. Este número se considerará en años cumplidos de casados.

MÉTODO

SUJETOS

Esta investigación incluirá una muestra de 180 parejas casadas que habiten en la ciudad de México y que vivan actualmente juntas.

La muestra incluirá 20 parejas en cada uno de los seis grupos, el primer grupo estará conformado por parejas que tengan de 0 a 3 años de matrimonio, el segundo parejas que tengan 3 a 5 años de matrimonio, el tercer grupo parejas de 5 a 10 años de matrimonio, el cuarto parejas que tengan 10 a 15 años de matrimonio, el quinto grupo parejas de 15 a 25 años de matrimonio y el sexto grupo parejas que tengan 25 o más años de matrimonio.

La pareja deberá cubrir los siguientes requisitos: estar constituidas por un hombre y una mujer que estén casados, que vivan actualmente juntos y que ambos tengan un nivel de secundaria mínimo (este dato pretenderá controlar en alguna medida el nivel socioeconómico, para que éste no varíe demasiado y no influya en los resultados de la muestra).

Dentro de la información adicional que se incluirá en el instrumento es edad, sexo, ocupación, escolaridad, número de matrimonio y número y edades de los hijos. Esta información aunque no está incluida en el diseño de investigación, es importante conocerla para que podamos explicar la variabilidad de los resultados, si es que dicha variabilidad se presenta.

MUESTREO

Se realizará un muestreo casual y por cuota, es decir, se seleccionará a los sujetos conforme al acceso que se tenga a ellos, así hasta cubrir una cuota de 20 parejas por cada uno de los seis grupos de tiempo de relación y hasta formar una muestra total de 120 sujetos.

La muestra que conformará el estudio será seleccionada de manera intencional y por cadena, es decir, a todas las parejas conocidas que cumplan los requisitos antes mencionados, se les invitará a participar en la investigación, posteriormente se les pedirá información sobre otras parejas con estas características a las cuales se contactará para pedir su participación.

INSTRUMENTO

El instrumento que se empleará para la evaluación de la satisfacción marital, fue elaborado por Pick de Weiss y Andrade (1985). Para diseñar el instrumento las autoras tomaron como base la siguiente definición de satisfacción marital: grado de actitud favorable hacia aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal.

Con base en instrumentos anteriores y entrevista con hombres y mujeres casados de nivel socioeconómico medio y bajo de la ciudad de México, estas autoras elaboraron para el primer estudio 64 reactivos dicotómicos (me gusta como está pasando, me gustaría que pasara diferente de lo que está pasando), que se refieren a diferentes aspectos de la relación conyugal. Dentro de estos aspectos las autoras incluyen actitudes hacia la interacción marital y hacia el cónyuge. Dado que en el primer estudio algunas personas expresaron que algunas cosas preferirían que fueran muy diferentes y en otras algo diferentes, decidieron incluir en su segundo estudio, una tercera opción de respuesta, por lo cual finalmente quedó: me gusta como está pasando, me gustaría algo diferente y me gustaría muy diferente.

De acuerdo con el contenido de los ítems, se definieron los factores: Factor I.- Satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge, que se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a las reacciones emocionales de su pareja. Factor II.- Satisfacción de la interacción conyugal, que se refiere a la satisfacción que un cónyuge tiene con respecto a la relación que lleva con su pareja. Factor III.- Aspectos estructurales, que mide la

satisfacción que un cónyuge expresa de la forma de organización y del establecimiento y cumplimiento de las reglas de su pareja.

En los resultados del segundo estudio se analizaron las frecuencias de cada reactivo, encontrándose que todos los reactivos discriminaban. Se obtuvo la consistencia interna de cada factor, encontrándose los siguientes coeficientes a través de un alfa Crombach = .90 para la satisfacción con la interacción conyugal (factor I con 10 ítems), un alfa Crombach = .81 para la dimensión de satisfacción con los aspectos emocionales del cónyuge (factor II con 5 ítems) y un alfa Crombach = .85 para la satisfacción con aspectos estructurales del cónyuge (factor III con 9 ítems).

ESCALA DE SATISFACCIÓN MARITAL

Cada uno de nosotros espera diferentes cosas de su matrimonio, y en base a lo que espera le gusta o no lo que está pasando. A continuación se presenta una lista con tres opciones de respuesta, por favor conteste en base a la siguiente lista de opciones:

- Me gustaría muy diferente (3)
- Me gustaría algo diferente (2)
- Me gusta como está pasando (1)

- 1.- El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio
- 2.- La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito
- 3.- El grado al cual mi cónyuge me atiende
- 4.- La frecuencia con que mi cónyuge me abraza
- 5.- La atención que mi cónyuge pone a mi apariencia
- 6.- La comunicación con mi cónyuge
- 7.- La conducta de mi cónyuge enfrente de otras personas
- 8.- La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales
- 9.- El tiempo que dedica a si mismo
- 10.- El tiempo que me dedica a mí
- 11.- La forma como se comporta cuando está triste
- 12.- La forma como se comporta cuando está enojado
- 13.- La forma como se comporta cuando está preocupado
- 14.- La forma como se comporta cuando está de mal humor
- 15.- La forma como se organiza mi cónyuge
- 16.- Las prioridades que tiene en la vida mi cónyuge
- 17.- La forma como pasa su tiempo libre
- 18.- La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales
- 19.- La puntualidad de mi cónyuge
- 20.- El cuidado que mi cónyuge tiene a su salud
- 21.- El interés que mi cónyuge pone a lo que yo hago
- 22.- El tiempo que pasamos juntos
- 23.- La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas
- 24.- Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa

FACTORES DE SATISFACCIÓN MARITAL

Factor I.- “Satisfacción con aspectos emocionales del cónyuge”

| Ítems: | I | II | III |
|---|----------|-----------|------------|
| La forma como se porta cuando está triste | .05 | .74 | -.08 |
| La forma como se porta cuando está enojado | .03 | .77 | -.02 |
| La forma como se porta cuando está preocupado | .15 | .72 | .10 |

| | | | |
|--|------|-----|------|
| La forma como se porta cuando está de mal humor | -.05 | .66 | .09 |
| La reacción de mi cónyuge cuando no quiero tener relaciones sexuales | -.02 | .37 | -.07 |

Factor II.- “Satisfacción con la interacción conyugal”

| Ítems | I | II | III |
|---|-----|------|------|
| El tiempo que mi cónyuge dedica a nuestro matrimonio | .32 | -.01 | .08 |
| La frecuencia con la que mi cónyuge me dice algo bonito | .60 | .14 | .01 |
| El grado al cual mi cónyuge me atiende | .47 | .18 | .09 |
| La frecuencia con la que mi cónyuge me abraza | .77 | .09 | -.15 |
| La atención que mi cónyuge pone en mi apariencia | .49 | .24 | .09 |
| La comunicación con mi cónyuge | .71 | -.05 | -.05 |
| La conducta de mi cónyuge frente a otras personas | .38 | .09 | -.19 |
| La forma como me pide que tengamos relaciones sexuales | .73 | .05 | .09 |
| El tiempo que dedica a mi | .37 | .19 | .27 |
| El interés que mi cónyuge pone a lo que yo hago | .34 | .01 | .31 |

Factor III.- “Satisfacción con aspectos organizacionales y estructurales del cónyuge”

| Ítems | I | II | III |
|--|------|------|-----|
| El tiempo que dedica a si mismo | .04 | .19 | .47 |
| La forma como se organiza mi cónyuge | .08 | .02 | .64 |
| Las prioridades que tiene en la vida mi cónyuge | -.08 | .09 | .40 |
| La forma como pasa su tiempo libre | -.00 | -.01 | .53 |
| La puntualidad de mi cónyuge | -.04 | .07 | .62 |
| El cuidado que mi cónyuge tiene a su salud | -.02 | .07 | .73 |
| El tiempo que pasamos juntos | .26 | .11 | .43 |
| La forma como mi cónyuge trata de solucionar los problemas | .20 | .06 | .46 |
| Las reglas que mi cónyuge hace para que se sigan en casa | .20 | -.04 | .45 |

PROCEDIMIENTO

El instrumento se aplicará de manera simultánea o independiente a ambos cónyuges en su lugar de residencia, trabajo, escuela o cualquier otro lugar previamente autorizado por estos. Se pretende que ambos lo contesten sin comentar los reactivos o las respuestas dadas entre si.

Se realizará una presentación con los sujetos, se les explicará los objetivos de la investigación y se indagará si son matrimonios que viven actualmente juntos en la ciudad de México, de igual manera se les pedirá su autorización y cooperación voluntaria para responder al instrumento, se les explicará que el cuestionario es anónimo, que no incluirá su nombre, que los resultados serán confidenciales y que es necesario que lo respondan con la mayor sinceridad posible.

A las parejas que accedan participar en la investigación, se les entregará el instrumento en el cual se anexarán previamente los datos referentes a edad, sexo, ocupación, escolaridad, número de matrimonio, número y edades de los hijos de la pareja (en caso de hijos de otras parejas especificar cuántos, edades y si viven con ellos), lugar de residencia y años de casados. Se les pedirá que lean las instrucciones, se verificará su comprensión, se les pedirá que empiecen a contestar el cuestionario y que lo entreguen al terminar, al final se les agradecerá su colaboración.

Finalmente se codificará las respuestas de cada sujeto sobre una base de datos de Excel y se procederá a realizar el siguiente análisis estadístico:

Se correlacionarán los resultados del instrumento (Escala de satisfacción marital) con el tiempo de relación, es decir, años de matrimonio. Este análisis se realizará mediante la prueba de correlación de Spearman, ya que ambas variables son continuas y es útil para variables con un nivel de medición ordinal. La correlación entre grado de satisfacción marital y el tiempo en años de matrimonio, también se realizará de manera separada por sexo.

Posteriormente se realizará un análisis separado por grupos para conocer si hay alguna diferencia estadísticamente significativa en la satisfacción marital de los 6 grupos (conformados en base al tiempo de matrimonio), este análisis se realizará mediante el análisis estadístico ANOVA.

Finalmente se realizará un estudio de diferencia de grupos en cuanto a la satisfacción marital de hombres y mujeres en cada etapa, éste pretende determinar si hay diferencias entre la satisfacción de hombres y mujeres en cada etapa del ciclo de convivencia, este análisis se realizará mediante la prueba estadística t de diferencias de grupos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bahr, S., Chappell, B., & Leig, G. (1983) Age at marriage, role enactment, role consensus and marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 15 (4), 795-803.

Barragan, M. (1984) Apuntes sobre terapia de pareja. *Asociación Mexicana de Terapias de Pareja*, México.

Burr, W. R. (1970) Satisfaction with various aspects of marriage over the life cycle: A random middle class sample. *Journal of Marriage and the Family*, 32 (feb), 29-37.

Glenn, N. D. (1975) The contribution of marriage to the psychological well-being of males and females. *Journal of Marriage and the Family*, 40 (aug), 594-597.

Miller, B.C. (1976) A multivariate developmental model of marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 643-656.

Nock, S. L. (1981) Family life cycle transitions: Longitudinal effects on family. *Family*, 43, (4), 703-713.

Pick de Weiss y Andrade P. (1985) Satisfacción marital en parejas. *IV Congreso Mexicano de Psicología Social*.

Pick de Weiss y Andrade P. (1985) Desarrollo y validación de la escala de satisfacción marital (sometido a publicación), México.

Pick de Weiss y Andrade P. (1986) Satisfacción marital en matrimonios mexicanos: diferencias por número de hijos, años de casados, escolaridad, sexo y edad. *La Psicología Social en México, 1*.

Ryhne, D. (1982) Bases of marital satisfaction among men and women. *Journal of Marriage and the Family, 36* (nov), 941-955.

Rollins, B., & Cannon, K. (1974) Marital satisfaction over the family life cycle. *Journal of Marriage and the Family, 36* (may), 271-282.

Rollins, B., & Feldaman, H. (1970) Marital satisfaction over the family life cycle. *Journal of Marriage and the Family, 33* (feb), 20-27.

ADAPTACION DE LA “ESCALA DE MEDICIÓN DE LA COMUNICACIÓN APREHENSIVA EN LA PAREJA” EN UNA POBLACIÓN DE ALUMNOS DE LA FACULTAD DE PSICOLOGIA UNAM

**Lic. Ivette Delgado Vincero
Lic. Yazmín Alejandra Quintero Hernández**

Como parte de las actividades de la asignatura Medición y Evaluación II y para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el curso, se pidió un artículo el cual presentara una escala para medir procesos familiares.

En este sentido se tomó el artículo titulado "*The measurement of communication apprehension in the marriage relationship*" de los autores William Powers y Kevin Hutchinson (1979), quienes diseñaron y aplicaron para su validez y confiabilidad una escala titulada: "*Escala de medición de la comunicación aprehensiva en la pareja*"

A continuación se presenta el sustento teórico, una breve descripción del instrumento, así como el proceso de adaptación de la escala a nuestro país y la confiabilización en una muestra de estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México.

ENFOQUE TEORICO:

Como lo plantea Bochner (1976), se han llevado a cabo una serie de investigaciones relacionadas específicamente con la comunicación de pareja. La evidencia apoya el rol crucial de la comunicación en el desarrollo y la satisfacción de la relación de pareja. El aumento de reportes de la insatisfacción marital ha estado acompañado por indicaciones acerca de la comunicación inadecuada entre los miembros de la familia (Bey y Lange, 1974; Satir, 1964).

La comunicación aprehensiva es una variable que tiene consecuencias profundas para el individuo en la relación de pareja.

Ha sido conceptualizada como un síndrome relacionado con la personalidad en la cual el alto miedo individual de aprehensión de comunicar vale más que la ganancia proyectada de la interacción (McCroskey, 1970). El instrumento de auto reporte más prevalente designado para medir la comunicación aprehensiva es el PRCA (Personal Report of Communication Apprehension) desarrollado por McCroskey en 1970. Este instrumento mide la comunicación aprehensiva oral. La confiabilidad interna estimada se encuentra entre los valores .92 y .94 con una confiabilidad test-retest de .83.

Las adaptaciones del instrumento han sido realizadas para categorías específicas de individuos en diferentes contextos (estudiantes de secundaria y preparatoria y adultos en empresas), con cada adaptación se ha mantenido la alta confiabilidad y validez estimadas. Cada uno de los instrumentos son designados a medir una orientación individual hacia la

comunicación en una variedad de contextos, la forma PRCA no incluye ítems específicamente orientados hacia la comunicación en el contexto de pareja. Los ítems en la presente forma del PRCA reflejan comunicación con diferentes tipos de receptores (nuevos conocidos, audiencia, reuniones, grupos, en público, con amigos, etc.) bajo más o menos condiciones potencialmente estresantes.

Dentro del ambiente marital, sin embargo, la persona está constantemente involucrada emocionalmente. Puede haber una situación en la cual se produce un tipo de aprehensión distinta de la comunicación aprehensiva general.

Muy poco se ha conocido acerca de la comunicación aprehensiva en el contexto marital. La comunicación aprehensiva de los esposos es definida como un síndrome duradero en el cual el individuo tiene miedo de comunicarse a pesar de la ganancia proyectada de la interacción en una variedad de situaciones. Es posible que la comunicación aprehensiva del esposo, tratada como una característica de personalidad o como un estado situacional, pueda estar relacionada con la comunicación generalizada de una manera antecedente o consecuente.

La comunicación aprehensiva de los esposos debe distinguirse de la comunicación aprehensiva en general y mantener un impacto hacia el reconocimiento de variables maritales ambientales.

DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

Definiciones:

Comunicación aprehensiva: Ha sido conceptualizada como un tipo síndrome de personalidad en el cual la alta aprehensión del individuo y su miedo de comunicar resta peso a la ganancia en el proyecto de interacción.

Comunicación aprehensiva marital: Es conceptualizada como un síndrome de sufrimiento en el cual el miedo de un esposo de comunicarse con el otro esposo resta peso a la ganancia en el proyecto de interacción.

El desarrollo del instrumento de autoreporte de la “*Comunicación Aprehensiva de los esposos (PRSCA)*”, es un trabajo relacionado con las variables de comunicación en el ambiente marital.

Es posible que la comunicación aprehensiva de los esposos se trate tanto de un factor de la personalidad, como de un estado situacional relativo al clima comunicacional entre esposos.

El instrumento surge a razón de que se habían desarrollado varias formas del PRCA para medir la orientación general de los individuos hacia la comunicación en una variedad de contextos; sin embargo, aunque incluían ítems especiales para situaciones de estrés, no se había creado hasta entonces ítems especiales para el ambiente marital, no existían ítems de comunicación orientados hacia un receptor con el cual se tenían lazos emocionales.

Consta de 30 ítems. Escala tipo Liker (5 puntos que van desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo), que refleja la comunicación aprehensiva en el ambiente, estos ítems son relativos únicamente a la interacción entre esposos. La mitad de estos ítems se especifican de manera positiva y la mitad de manera negativa.

Se realizó un estudio inicial en el que se comparó los 20 ítems del PRCA, con los 30 ítems del PRSCA, el estudio se realizó con 105 matrimonios de sujetos que participaron voluntariamente, se indicó que era anónimo y que lo contestaran en su casa, también se les dio las instrucciones de no comentar las respuestas entre ellos.

Este estudio tenía como objetivo determinar la relación entre la comunicación aprehensiva en el ambiente marital y la comunicación aprehensiva general, para desarrollar una medida de autorreporte de la comunicación aprehensiva que refleje el ambiente marital y provea indicativos preliminares de confiabilidad y validez.

Los puntajes de los 50 ítems del instrumento fueron sometidos al análisis factorial con rotación varimax. Dos factores fueron registrados. El análisis factorial inicial produjo dos factores. El factor I denominado PRCA, contó para 19% de la varianza. El factor II denominado PRSCA (reporte personal de la comunicación aprehensiva del esposo), contó con 13% de la varianza. La consistencia interna obtenida para los 18 ítems cargados como altos fue substancial ($r=.95$). Los 15 ítems catalogados como altos en el PRSCA obtuvieron una consistencia interna comparable ($r=.88$). La correlación total de los ítems en cada instrumento excedió el nivel .001 de significancia. La correlación entre los puntajes totales en cada dimensión fue significativa ($r=.16$), pero débil.

El análisis factorial de este estudio, reveló una diferencia de carga de los ítems en los 2 factores requeridos. Para que un factor fuera significativo al menos 3 ítems tenían que estar propiamente cargados. Para que un ítem fuera considerado propiamente cargado sobre un factor, se pidió que tuviera una carga de al menos .50 (y no tuviera una carga secundaria más grande de .40 en el otro factor).

Este estudio reveló que la comunicación aprehensiva de los esposos es distinta de la comunicación aprehensiva general (personalidad), por lo tanto el instrumento para medir la comunicación aprehensiva de los esposos encontró ser factorialmente distinto de la comunicación aprehensiva en general.

Con la medida del PRCA como una característica de la personalidad y el PRSCA confinado a los receptores de una aprehensión específica, parece plausible que esta última puede ser considerada como una medida de la comunicación aprehensiva en una situación específica.

ADAPTACION DEL INSTRUMENTO

Para llevar a cabo la adaptación del instrumento, se hizo una traducción al español de cada uno de los ítems con la colaboración de los compañeros de la clase, quienes daban su opinión acerca de las palabras que fueran más comprensibles para la población. Se

realizaron dos revisiones para asegurar que el sentido de cada uno de los ítems no se haya perdido con la traducción.

Se diseñó el formato de la escala con el escudo de la universidad, los datos de los sujetos (sexo, semestre, licenciatura y tiempo de duración de la relación) y las instrucciones, las cuales incluían las opciones de respuesta para cada uno de los ítems.

Con el instrumento ya listo, nos dispusimos a hacer los contactos con alumnos de la Facultad de Psicología para la aplicación del instrumento.

MUESTRA

La muestra de sujetos a quienes se les aplicó la “Escala de Medición de la Comunicación Aprehensiva en Parejas”, con la finalidad de confiabilizar el instrumento, fueron 100 alumnos de diferentes semestres de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Es importante destacar que no necesariamente debían tener una relación de pareja para el momento de la aplicación del instrumento. Para ello se les indicó a quienes no tuviesen, que recordaran la última que haya sido la más significativa.

Las aplicaciones se realizaron en grupos de 2do, 4to, 6to y 8vo semestre, tanto a hombres como a mujeres. Participaron 45 alumnos de 2º semestre, 13 de 4º, 7 de 6º y 35 de 8º; siendo un total de 24 alumnos de sexo masculino y 76 alumnos de sexo femenino.

Se les entregó el cuestionario, se procedió a leer las instrucciones y se les preguntó si tenían dudas acerca de lo que se debía hacer. Algunos de los estudiantes manifestaron dudas en los ítems que comenzaban con una negación, ya que para ellos eso podía confundir la respuesta. De una manera general, los estudiantes respondieron al cuestionario en un tiempo de 15 minutos aproximadamente.

Cuando ya se completaron los 100 cuestionarios, procedimos a capturar los datos en el programa Excel y ya con estos datos recolectados, el Dr. Javier Aguilar nos facilitó el programa SPSS para el cálculo de la confiabilidad de la prueba y de las correlaciones.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO Y RESULTADOS

Se realizó un análisis por separado de la confiabilidad de ambas partes de la escala: comunicación aprehensiva en general y comunicación aprehensiva de los esposos y un análisis de la escala total.

El análisis de la primera parte de la escala reveló una confiabilidad alpha de .8521, mostrando como al quitar el reactivo 2 la confiabilidad aumentaba a .8776. (este reactivo pudo resultarles confuso ya que fue el primero que se expresó en términos negativos).

El análisis de la segunda parte de la escala revela una confiabilidad de .8808

El análisis de la escala en general se realizó eliminando el reactivo 2 y este análisis reveló una confiabilidad total de .9006

Se observó que la confiabilidad aumentaba ligeramente (.9013) si se quitaba el reactivo 38 que dice “Evito hablar cuando mi pareja está cansada” (este reactivo puede entenderse tanto en términos de una comunicación positiva como negativa).

También se realiza la estadística descriptiva de la frecuencia de alumnos de cada semestre y de ambos sexos.

Finalmente se correlacionan las puntuaciones en la escala de comunicación con el tiempo de relación y con el sexo.

No se encuentra correlación entre el tiempo de relación y las puntuaciones de la escala de comunicación; sin embargo sí se encuentra una correlación de .206 al nivel de significancia de .05, entre el sexo y las puntuaciones en la escala de comunicación, observándose una mayor comunicación expresada por las mujeres.

ESCALA DE COMUNICACIÓN

Sexo: _____
Semestre: _____
Licenciatura: _____
Duración de la relación: _____



A continuación presentamos una serie de aseveraciones referentes al empleo de la comunicación. La segunda parte se refiere a la comunicación en la pareja, considera tu más reciente relación de pareja que haya sido duradera y evalúa la frecuencia con que se presentó cada situación utilizando la siguiente escala:

- 1- Casi nunca
- 2- Pocas veces
- 3- Muchas veces
- 4- Casi siempre

Después de cada afirmación anota uno de los números del 1 al 4 para indicar la frecuencia con que se presentó dicha situación.

- 1. Cuando participo en una conversación con alguien que acabo de conocer me siento muy nervioso ()
- 2. No tengo miedo de hablar en público ()
- 3. Busco la oportunidad para expresar mi opinión en reuniones ()
- 4. Busco la oportunidad para hablar en público ()
- 5. Encuentro agradable la posibilidad de conversar ()
- 6. Cuando me comunico me siento extraño (a) y artificial ()
- 7. Me pongo tenso (a) y nervioso (a) cuando participo en discusiones de grupo ()
- 8. Aunque hablo fácilmente con amigos, me siento perdido (a) cuando me encuentro frente a un público ()
- 9. Cuando estoy frente a un público me tiemblan las manos cuando trato de tomar algo ()
- 10. De ser posible evito hablar en público ()
- 11. Al hablar con otras personas siento que lo hago con mayor fluidez que ellos ()
- 12. Estoy temeroso (a) y tenso (a) todo el tiempo mientras hablo ante un grupo de personas ()
- 13. Mis pensamientos se confunden y revuelven cuando hablo ante un público ()

14. Aunque me siento nervioso (a) justo antes de hablar en público, pronto olvido mi miedo y disfruto la experiencia ()
15. Al conversar con personas que tienen posiciones de autoridad, me siento temeroso (a) y tenso (a) ()
16. Me desagrada usar mi voz y cuerpo expresivamente ()
17. Me siento relajado (a) y cómodo (a) mientras hablo ()
18. Me cohibo cuando contesto una pregunta o doy una opinión en clase ()
19. Me siento confiado (a) ante la posibilidad de dar un discurso ()
20. Disfrutaría dar un discurso ante un programa de televisión local ()
21. Me siento torpe al iniciar una conversación con mi pareja después de un argumento acalorado ()
22. Me siento torpe al iniciar una conversación cuando mi pareja está ocupada ()
23. Me siento tenso (a) y artificial cuando intento mantener una conversación con mi pareja ()
24. Busco expresarle mi opinión a mi pareja sobre temas controversiales ()
25. Me siento tenso (a) y nervioso (a) al comunicarme cuando mi pareja está de mal humor ()
26. Siento más fluidez al hablar con mi pareja que con la mayoría de las personas ()
27. Me siento cohibido (a) cuando respondo a la opinión de mi pareja ()
28. No siento preocupación alguna al expresar mis sentimientos a mi pareja ()
29. Busco la oportunidad de platicar con mi pareja ()
30. Mis pensamientos se confunden y revuelven al discutir temas importantes con mi pareja ()
31. Me siento cómodo (a) al aceptar ante mi pareja que cometí un error ()
32. Generalmente dejo de comunicarme cuando es obvio que mi pareja discrepa conmigo ()
33. No tengo dificultad para expresarle a mi pareja mis verdaderos sentimientos ()
34. Normalmente intento resolver los problemas por mi mismo, en lugar de hablar de ellos con mi pareja ()
35. Busco discutir con mi pareja los aspectos de nuestra relación más importantes para mí ()
36. No dudo al criticar a mi pareja ()
37. Hay algunos aspectos de nuestra relación que definitivamente dudo en discutir con mi pareja ()
38. Evito hablar cuando mi pareja está cansada ()
39. No dudo en decirle a mi pareja exactamente como me siento ()
40. Normalmente le digo a mi pareja exactamente lo que quiero decirle ()
41. No dudo en decirle a mi pareja mis necesidades ()
42. Incluso en conversaciones casuales siento que debo cuidar lo que digo ()
43. Busco decirle a mi pareja mi opinión sobre un tema ()
44. Siento que me comunico abiertamente ()
45. Durante los momentos de conflicto siempre dejé que mi pareja hable ()
46. No hablo con mi pareja de las cosas que suceden en el transcurso del día ()
47. Dudo en realizar conversaciones casuales con mi pareja ()
48. Me siento cómodo (a) al tener conversaciones íntimas con mi pareja ()
49. Me siento cómodo (a) al tener una conversación a fondo con mi pareja ()
50. Dudo en tener una comunicación a fondo con mi pareja ()

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Bey, D. y Lange, J. (1974) **Waitings wives: women under stress.** *American Journal of Psychiatry*, 131, pp. 283-286

Bienvenu, M. (1970). **Measurement of marital communication.** *The family coordinator* 12, pp. 26-31.

Bochner, A. (1976) **Conceptual frontiers in the study of communication in families: an introduction to the literature.**

McCroskey, J. (1970) **Measures of communication-bound anxiety.** *Speech Monographs* 37, pp. 269-277.

Powers, W. y Hutchinson, K. (1979) **The measurement of communication apprehension in the marriage relationship.** *Journal of marriage and the family*(2).

Satir, V. (1964) **Conjoint family therapy.** Palo Alto California: Science and behavior books.

**PROCESO DE SEPARACIÓN. INTERVENCIÓN APLICADA A UN CASO
BAJO LOS MODELOS DE TERAPIA BREVE Y SOLUCIONES.**

Presentación en el IX Congreso de Terapia Familiar

Elaborado por:

Lic. Ivette Delgado Vincero

Lic. Yazmín Alejandra Quintero Hernández

Resumen

El presente trabajo expone el manejo terapéutico bajo los modelos de terapia breve y de soluciones, a través de su aplicación en un caso de separación.

Después de exponer brevemente el proceso terapéutico, se rescatan los siguientes aspectos e intervenciones más significativas y sus respectivos resultados:

El modelo de terapia breve ayudó en la planificación del caso a establecer el problema, las soluciones intentadas y el enfoque estratégico a seguir, de igual manera a formular objetivos y evaluar el resultado.

Tras un periodo de estancamiento se decidió implementar el modelo de soluciones que rescató los recursos en el cliente que le permitieron guiarse hacia una toma de decisión consiente y adquirir la firmeza para seguirla. Este modelo fue muy adecuado al momento del proceso, ya que se habían venido manifestando muchos cambios y era necesario evidenciarlos, reconocerlos y amplificarlos para que se continuaran dando, así mismo lograr este reconocimiento por parte del cliente para que recuperara su seguridad necesidad primordial para ella, una vez que pudo obtener seguridad pudo tomar decisiones firmes y mantenerse en ellas (motivo de consulta).

Las estrategias de intervención bajo el modelo de soluciones permitieron centrarnos en problemas resolubles y enfocarnos en las fortalezas y recursos. Algunas de las estrategias que se incluyeron fue amplificar los cambios, preguntas presuposicionales a futuro, buscar excepciones al problema, normalizar y despatologizar, utilizar elogios y localizar y destacar tendencias positivas.

Los logros al cierre del proceso fueron los siguientes: mayor seguridad y firmeza en sus decisiones (en especial con su ex pareja), logro de objetivos materiales (aumento de sueldo, obtención de un terreno y terminación de construir su casa), relación más cordial con su ex pareja y su familia; emocionalmente: mejor humor, ánimo para organizar cosas y salir, y una mejor percepción física.

Al finalizar la presentación del caso y proceso clínico se pudo concluir lo siguiente:

- Los modelos de terapia breve y soluciones resultaron efectivamente complementarios en el tratamiento del proceso de separación.
- Se observó la importancia de estar atentos a las características y necesidades del paciente y ser flexibles para poder adoptar las estrategias y el modelo más adecuado.

Referencias bibliográficas:

Fish, R. y Weakland, J. (1982) **Tácticas de cambio**. Barcelona: Herder.

O'Hanlon, W., Weiner-Davis (1990) **En busca de soluciones**. Buenos Aires: Paidós.

LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL ABUSO SEXUAL
(Una propuesta de intervención con familias que han vivido abuso sexual)

Elaborado por:
Lic. Yazmín Alejandra Quintero Hernández

El abuso sexual en niños, adolescentes y adultos genera **consecuencias emocionales** que pueden llegar a tener efectos adversos en la vida de las personas, desde incapacidad para relacionarse, problemas sexuales y somáticos, culpa, sentimientos de minusvalía, inseguridades, miedos y depresión entre otros. En niños abusados sexualmente se ha encontrado depresión, incapacidad en el control de esfínteres, miedos, aislamiento, agresividad y baja en el rendimiento escolar.

Así mismo llama la atención el que una persona sea asaltada y/o agredida físicamente y no presente consecuencias emocionales tan devastadoras, que sí se presentan comúnmente en personas que han sufrido una experiencia de agresión sexual en la que incluso no ha habido golpes.

Este trabajo pretende cuestionar si algunas consecuencias emocionales adversas, en parte podrían estar relacionadas con la construcción que se ha hecho del abuso sexual, construcción que cambia dependiendo del contexto social y cultural. Por lo tanto es importante considerar cómo se produce la concepción que se tiene sobre lo que significa y representa el ser abusado sexualmente y los mitos que hay alrededor del abuso.

Así surgen las siguientes cuestiones a resolver: ¿Qué es lo que hace al abuso sexual una experiencia tan devastadora? ¿Están relacionados los efectos emocionales con la concepción social, cultural y familiar que se tiene en el contexto donde la persona vive o, son resultado natural de la propia condición del ser humano que vive potencialmente agresiva y devastadora esta situación? ¿Cómo viven los niños agredidos su propio abuso y cómo construyen esa vivencia? ¿Qué influencia tiene los padres en esto? ¿Cómo crear en los padres una nueva narrativa que cambie las ideas y mitos que pueden tener efectos perjudiciales en sus hijos abusados sexualmente? ¿Qué lenguaje, actitud y expresiones verbales habría que cuidar para no perjudicar a los niños que han vivido abuso sexual?

**I.- ASPECTOS HISTÓRICOS Y CULTURALES DE LA EVOLUCIÓN DE LA
ÉTICA Y COMPORTAMIENTO SOCIAL**

Suele encontrarse un sentimiento de responsabilidad y culpa en la persona que vive agresión sexual, por lo que es importante tratar de entender cómo es promovida esta culpa a través de los mitos que hay en torno a esto, así resulta preciso realizar una revisión histórica de la evolución social, específicamente de las creencias y comportamientos socialmente permitidos y censurados a través del tiempo, creencias y comportamientos generados en una cultura fundamentalmente patriarcal.

Muchas de las consecuencias emocionales adversas de un abuso sexual en parte podrían deberse a cuestiones relacionadas con la manera en que es vivida la sexualidad en nuestra cultura; por lo tanto estas consecuencias van a estar relacionadas con los mitos, tabúes y valores alrededor de la sexualidad, con los cuales se crece y posteriormente se adoptan como propios.

Es importante considerar que un abuso o agresión sexual no es una relación sexual y no debiera ser considerada como tal, sin embargo la concepción que se tiene es comúnmente relacionada a ésta, por lo tanto se mencionaran algunos aspectos históricos y culturales de la ética sexual, donde entenderemos por ética sexual el conjunto de costumbres y normas que rigen las conductas sexuales. Esta ética ha estado formada desde la sociedad antigua por la más amplia serie de prescripciones y prohibiciones que cualquier otra función biológica.

Según Morali-Daninos (1974), el hombre actúa según un triple juicio de valores, el primero está de acuerdo con su interés individual, el segundo se refiere a la necesidad social y el tercero es un juicio moral que distingue entre el bien y el mal. Si sucede que estos tres juicios coinciden el hombre se encuentra en paz consigo mismo y con el mundo que le rodea, cualquier desacuerdo tiende a romper este equilibrio y le lleva a una ansiedad.

Históricamente existieron sociedades donde el incesto era vivido de manera natural. En los pueblos primitivos el marco de la necesidad dictaba la norma, los grupos humanos dispersos y sin estructura practicaban el incesto.

Luego aparece la técnica: armas y herramientas que condicionan la caza y la pesca, esta técnica conduce automáticamente a la estructuración social, ya que para cazar y pescar es necesario agruparse y especializarse, con lo que también surge la transformación de nómadas a sedentarios y el establecimiento de un territorio que contribuyó más tarde al establecimiento de la propiedad privada.

En los pueblos primitivos los escasos bienes debían obtenerse, conservarse y repartirse de una determinada forma; así la posesión de mujeres. La horda humana era controlada por un “macho dominante”, quien era el más fuerte, el mejor cazador, el mejor proveedor de alimentos y guerrero en general. Este personaje era seguido por la manada ya que en gran parte la supervivencia dependía de él, este macho dominante era el primero en alimentarse, en escoger refugio, y por supuesto era el primero al escoger las hembras de su “harém”, sin poner mucho reparo en la edad o el consentimiento de las escogidas.

Los problemas éticos y sexuales de los primitivos estaban estrechamente ligados con la exogamia y la endogamia, es decir la elección obligatoria de las mujeres fuera o dentro de la tribu. Estos están estrechamente ligados con el problema de la consanguinidad.

En tribus que adquirirían una mayor estructura la endogamia se daba en parte por la convivencia necesaria entre los mismos miembros de una tribu y la adoración a sus dioses, donde era considerado una ofensa y poco digno que estos fueran adorados por un sucesor ilegítimo, es decir que no fuera de su propia sangre.

El paso de la endogamia a la exogamia ha sido explicado como una manera de negociar acuerdos entre tribus a través del intercambio de mujeres; otro fenómeno que pretende explicarlo es la idea de la sangre como símbolo de pertenencia y de diferenciación de otras tribus; así sólo se podría ser pariente o extraño, por lo tanto fue necesario encontrar un sistema de alianza para que los extraños no fueran enemigos.

Se habla también de que la exogamia estaba relacionada con el miedo y prohibición del incesto, el cual tenía que ver con la sangre que se pensaba como fenómeno mágico; así se habla de un terror provocado por la menstruación que salía del cuerpo de la mujer sin herida aparente, donde resultaba peligroso el acto sexual y arriesgado el hecho de introducir un órgano que en cualquier momento podría salir sangrante; de esta manera una mujer de parentesco cercano era considerada más peligrosa pues si había derramamiento de sangre era la propia sangre la que se perdía.

Al comienzo de la historia Griega (1300 A.C.) las mujeres gozaban de independencia de pensamiento y acción y por lo tanto de libertad sexual; sin embargo esta libertad sexual se vio restringida siglos más adelante.

El gineceo o reclusión de las mujeres con libertad sexual surge seiscientos o setecientos años más tarde. Empieza la misoginia y el aislamiento de las mujeres. Para las mujeres sólo existían dos caminos, el matrimonio o la prostitución, pero nunca podían optar por una verdadera independencia. El matrimonio era un contrato de procreación con obediencia absoluta de la mujer al hombre, que por ser superior debe ser amado más de lo que él ama, el amor y la admiración hacia la mujer se permitían siempre y cuando no se estuviera casado con ella.

En los romanos durante la época primitiva de los etruscos, las mujeres tenían un importante papel social. Posteriormente los sabinos tenían una sociedad patriarcal. Con el surgimiento de Roma, se establece la familia romana bajo la autoridad absoluta de un jefe de familia que incluso podía ejercer el derecho de muerte sobre su mujer y sus hijos.

Las costumbres patriarcales desembocaron en un periodo de mayor licencia para la mujer, sin embargo el estatuto social de las mujeres, aun de las libres, no era exactamente igual que el de los ciudadanos, ellas eran consideradas inferiores y tenían que obedecer a los hombres. La mujer pasa de las manos del padre a las del marido.

Existían mujeres emancipadas, las cuales eran divorciadas o viudas que poseían medios de existencia bastante confortables y se dedicaban a una vida de desenfreno y orgías.

El amor era un estado de locura y para combatirlo se necesitaba cierto grado de repugnancia y desprecio por la mujer, era preciso guardarse de sentir alguna emoción.

Entre los años 18 y 19 A.C. se promulgan las leyes julianas con las que se intenta reformar las costumbres, se realizaban matrimonios a muy temprana edad (12 o 14 años, incluso hay casos de niñas casadas a los 7 años) con efectiva consumación del matrimonio, esto se hacía con el deseo de educar prontamente en la forma de pensar, obrar y hablar de la que se entraba a formar parte.

Los comportamientos socialmente aceptados han sido diversos a través de los tiempos y sociedades; sin embargo para nuestros fines convendría centrarnos en la religión Judeo-Cristiana que es la que impera actualmente en nuestra sociedad y época, y la que influye por lo tanto en muchas de nuestras concepciones y construcciones.

Según Morali-Daninos a partir del siglo II comienza la decadencia del imperio romano en el momento en que el deseo suplanta en todas partes al amor. La desintegración de la familia fue la causa de la caída de la civilización Romana que se había basado en la solidez de esa misma familia. La búsqueda del placer y las excesivas diversiones reemplazaron a la cooperación, al civismo, al construir y al combatir. Por todo esto entre los siglos II y III algunos ciudadanos se vieron atraídos por una doctrina procedente de Judea que predicaba el amor incondicional al prójimo, el abandono de las riquezas y placeres y la promesa de una vida eterna en unión espiritual e infinita con el Creador.

De esta religión se derivaron dos consecuencias fundaméntales que se impulsaron con una fuerza increíble: el ascetismo y el menosprecio de la mujer (ya en el siglo I algunos filósofos apoyándose en parte de las enseñanzas judías y de Platón, habían elaborado una doctrina de restricción sexual y de bienes materiales). Unos consideraban que todo acto sexual fuera del matrimonio era pecado, para otros incluso dentro del matrimonio. Los neoplatónicos profesaban que lo que es carnal es efímero y vil, mientras que lo espiritual es eterno y noble.

Se forman numerosas sectas, todas sostienen que la vida sobre la tierra es un pecado (se vuelve al antiguo testamento que corrobora la actitud ascética y antifeminista: desde la falta inicial de Eva que “hizo comer” el fruto prohibido a Adán, pasando por la vergüenza de verse desnudo ante Dios hasta llegar a la maldición final: darás a luz a tus hijos con dolor, desearas a tu marido y él te dominará).

El cristianismo en sus inicios establecía una relación entre el sexo, la caída y la responsabilidad de la mujer en ésta.

San Pablo denunciaba el sexo dondequiera que lo encontraba, para él la mujer en sí misma era instrumento del pecado y Eva la responsable de la tentación inicial. San Pablo establece una distinción entre el espíritu y el cuerpo: la pureza pertenece al espíritu, el pecado al cuerpo; por otro parte, el cuerpo no pertenece al hombre sino al creador, al que el hombre deberá rendir cuentas del uso que haya hecho de él durante su vida terrestre. De ahí surgen tres grandes proposiciones: el pecado sexual, el dualismo alma-cuerpo y la pertenencia del cuerpo al señor.

Al sexo se le ha reconocido como el culpable de todos los males que pueden afectar a la humanidad, y la mujer ha sido señalada como el vector más importante de esta maldición. Nada parecía más bello y digno de alabanza que ver a una mujer que conserva su virginidad.

La institución de la culpabilidad sexual quedó remarcada por San Agustín a fines del siglo IV y mediados del siglo V, quien estableció que el hombre es malo por naturaleza a consecuencia del pecado original, de este modo quedaban sometidos al pecado incluso las vírgenes, los solteros de ambos sexos y los niños recién nacidos.

La finalidad del relato de Adán y Eva es hacer reflexionar antes de dejarse arrastrar por la tentación. La lección ética de éste es que el mal existe en el hombre en forma potencial. El hombre puede o hacerle aparecer o mantenerle en estado de virtualidad.

Cuando Adán y Eva fueron arrojados del edén se inició una larga vida de dolores para ellos y su especie. Desde entonces surge una lucha para recuperar la gracia a fuerza de trabajo y de pureza.

El dominio de las ideas Cristianas se mantuvo fuertemente toda la edad media hasta el siglo XV, posteriormente en el Renacimiento se da una postura menos restrictiva sexualmente aunque no del todo.

Desarrollo y descubrimiento socio-histórico del abuso sexual.

Freud contribuyó con su teoría sobre la sexualidad infantil a que el tema saliera de la oscuridad de la era Victoriana. Las experiencias sexuales de la niñez jugaron un papel clave en las primeras teorías de Freud sobre la neurosis. Así se conocieron los primeros casos de mujeres atormentadas quienes reportaban haber sido abordadas sexualmente a temprana edad por sus padres y hermanos. Freud sugirió la idea de que el trauma sexual de la niñez era la raíz de los problemas psicológicos adultos.

Posteriormente Freud cambio de opinión argumentando que las historias eran fantasías y elaboró su teoría del complejo de Edipo, en donde habla de fantasías del niño con su padre e incluso algunos actos abiertos. Es interesante analizar las implicaciones que tal negación pudo producir, además de que se culpó al niño y no al adulto de cualquier suceso que le haya ocurrido.

Más adelante los estudios de Kinsey establecieron que las experiencias sexuales de los niños eran virtualmente universales, pero las seguía colocando en la imaginación.

Antes de la década de los 60's, el abuso sexual infantil tuvo por mucho tiempo un estatus intermedio entre problema social (no reconocido por un amplio segmento de la población) y asunto de interés público (reconocido por un amplio sector de la sociedad).

Durante la década de los 60's y 70's el abuso sexual empieza a alcanzar bastante interés público, aunque no completamente debido en parte a la dificultad de la gente de discutir abiertamente muchos temas sobre el sexo. La gran mayoría de las personas que han tenido esta experiencia en su infancia la mantienen en secreto, donde la vergüenza y la culpabilidad son un gran peso.

Es hasta muy recientemente que las actitudes moralistas sobre el sexo han disminuido lo suficiente para permitir que la discusión de "anomalías sexuales" de varios tipos se dé. Esta

apertura para destapar socialmente los casos de abuso también tiene que ver con que muchos pertenecen a una clase media o incluso se destaparon casos en los que las personas afectadas ocupan puestos de poder, de esta manera el problema adquirió una credibilidad que muchas veces ciertos problemas no llegan a tener cuando se cree que se trata de casos aislados o que están restringidos a las clases más bajas.

Lo expuesto anteriormente demuestra que a pesar de que durante la época victoriana se bloqueó un reconocimiento social de la gravedad de estas experiencias infantiles, éstas no dejaban de tener efectos devastadores para las personas que las vivían, incluso cuando se minimizaban o negaban socialmente. Tal negación sólo pudo haber contribuido a incrementar las consecuencias emocionales adversas, además la teoría del complejo de Edipo pudo contribuir a incrementar la culpa al responsabilizar al niño y hablar de una sexualidad infantil dirigida hacia los padres. Es importante recordar que la sexualidad no ha dejado de ser considerada hasta cierto punto tabú y vista negativamente en una sociedad restrictiva y principalmente Judeo-Cristiana.

Conclusiones:

- Muchas de las consecuencias emocionales adversas de un abuso sexual en parte podrían deberse a cuestiones relacionadas con la manera en que es vivida la sexualidad en nuestra cultura; por lo tanto estas consecuencias pueden estar relacionadas con los mitos, tabúes y valores alrededor de la sexualidad.
- Las personas que han vivido abuso sexual llegan a sentir culpa por haberlo permitido, no haberlo evitado, no haberlo dicho antes, haber sentido placer o incluso por pensar que ellas pudieron haberlo provocado (concepción socialmente construida).
- La creencia socialmente arraigada de que la persona provoca en cierta medida la agresión, puede tener efectos devastadores en la persona en cuanto a la incidencia de culpa en ésta.
- Muchos de los efectos más adversos relacionados con el abuso es la culpa y de ésta se pueden derivar otras consecuencias comúnmente manifestadas en personas que han vivido abuso sexual, como son el auto-desprecio, los sentimientos de minusvalía, el miedo y la expectativa de castigo, que llevan a pensar en un futuro desalentador y a una sensación de desprotección, además de un bloqueo quizá no intencional de las situaciones positivas o agradables que se les puedan ir presentando en su vida.

II.- UNA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DIRIGIDA A CREAR UNA NUEVA NARRATIVA MÁS FUNCIONAL PARA EL PACIENTE.

Algunos principios centrales del enfoque narrativo

- Pone en duda las metas narrativas (es decir, la existencia de lo correcto e incorrecto).
- Existe una crítica a la misión de la objetividad.
- Menciona la existencia de una construcción social de la realidad (el conocimiento surge dentro de las comunidades).
- Las historias culturales determinan las historias de nuestras narrativas particulares.
- Las realidades se construyen a través del lenguaje.
- El lenguaje es cambiante, lo que conduce a que las conversaciones terapéuticas sean oportunidades para cambiar el lenguaje y negociar diferentes significados.
- Las realidades se mantienen a través de la narrativa.
- Se habla de que somos prisioneros de nuestras propias descripciones.
- Existen narrativas dominantes que determinan nuestra forma de comportamiento.
- Menciona la importancia de adentrarnos en las narrativas dominantes a fin de encontrar eventos extraordinarios.
- La terapia narrativa se basa en un describir historias a través de un re-narrar, a fin de que estas historias se vuelvan transformativas.

Propuesta de Intervención

Esta propuesta de intervención se basa en la utilización del modelo narrativo a fin de crear una narrativa más funcional para personas que han vivido abuso sexual y/o sus familias.

Mi propuesta va encaminada a cambiar por medio del uso de un lenguaje más funcional, algunas concepciones negativas y emocionalmente adversas para el paciente.

Primeramente, cambiar la concepción de que una agresión sexual es una relación sexual, como primer paso para trabajar la culpa.

Trabajar sobre el concepto de virginidad tan socialmente valorado. Explorar el significado que se tiene de éste, llevando a los pacientes y a sus familias a un cuestionamiento de sus propias creencias.

Trabajar sobre la creencia socialmente construida de que la agresión sexual es provocada de alguna manera por la persona que la vive.

Trabajar la idea de que se pierde valor una vez que se ha sido agredido sexualmente.

Proceso terapéutico dirigido a trabajar estas narrativas dentro de la terapia

Dentro de este proceso terapéutico será importante:

1.-Atender a la **importancia del contexto y a la influencia de los mitos y creencias en la sensación de culpa y vergüenza:** La creencia socialmente arraigada de que la mujer lo provoca, es la parte activa o tiene alguna responsabilidad dentro de la agresión.

2. Cuidar el **lenguaje utilizado**: En este sentido, resultará muy importante atender al lenguaje que es utilizado por las personas significativas que rodean a la persona que vive agresión: “¿Por qué no hiciste nada?”, “¿Por qué no me dijiste?” “Te dije que no vistieras así”, “Lo escondiste porque sabías que estabas haciendo algo malo”, etc. Es importante cuidar de no utilizar en terapia un lenguaje inculpatorio.

3. Reconsiderar la **influencia de algunas de las proposiciones de la terapia familiar**: Ideas acerca de la disfunción familiar le han restado importancia a la significación de la conducta del padre. Conceptos provenientes de la terapia familiar como la idea de que el incesto cumple una función en la familia, o ideas como que el adulto agresor o el progenitor no implicado eran víctimas, ponen el acento en que la dinámica familiar y no el incesto mismo deben ser los focos de la terapia, muchos terapeutas que trabajan con familias en las que ha habido un incesto asignan la misma responsabilidad a todos los miembros.

3. Reconocer la **importancia de la familia** para avanzar en el proceso terapéutico o limitarlo.

4. Retomar en terapia la percepción de la **imagen de si misma**: La niña puede comenzar a considerarse *mala o sucia* y a *creer que debe avergonzarse* por haber sido víctima de abuso sexual. Este sentimiento puede ser alentado por el agresor, que apela a toda clase de recursos para estar seguro que el acto ha de permanecer en secreto y de alguna manera también por la familia al negar, dudar o no creerle.

Imágenes opresivas y negativas de las mujeres creadas por los perpetradores: “*Tu me provocaste, no debieras vestir así, sólo sirves para eso, nadie viola a una buen chica, las niñas son seductoras*”. Estas interacciones con el perpetrador establecen las condiciones para el desarrollo y la permanencia de hábitos tales como la **vergüenza y el desprecio de si mismas**. Todo esto puede contribuir a que la mujer engendre dudas sobre si misma a lo largo de la vida, puesto que ella recibió la versión de los hechos del perpetrador antes de haberse formado la propia opinión.

5. Retomar la experiencia de **falta de control**: Durrant y White (2002), describen la experiencia de abuso sexual como una experiencia en la cual la niña no pudo controlar los acontecimientos cuando ocurrió la agresión; experiencia que pudo ser exacerbada por los sucesos posteriores al abuso como el descreimiento de otra persona. La niña puede quedar atrapada en un círculo de conducta y emoción fuera de control, lo que en un proceso de terapia de abuso sexual llamamos “re-victimización”.

6. Retomar sentimientos de enorme **responsabilidad** hacia los demás: promovidos muchas veces por el agresor: “*Si cuentas lo nuestro me echaran de la casa*”, “*Si lo cuentas, tu madre podría sufrir un colapso*”, “*Si te niegas a hacerlo lo haré con tu hermana menor*”. La mujer recibe un entrenamiento intensivo para dar prioridad a las necesidades de los demás antes que a las propias.

7. Retomar las respuestas habituales de **miedo**: relacionadas con los medios utilizados por el perpetrador para ejercer control sobre la niña.

Una terapia enfocada en vencer la imagen dominante de si mismas

Restricciones: Los acontecimientos toman su curso porque hay restricciones que les impiden seguir otros cursos. Los supuestos y opiniones de los pacientes no les permiten tener acceso a una solución alternativa para sus dificultades. El paciente deja de lado la información que no se ajusta sus restricciones (White, 1994).

Versión dominante: White y Epston (1993), consideran que **los problemas se desarrollan en el lenguaje** y en la conversación de las personas más implicadas en ellos. ¿Hasta que punto la “imagen dominante” que tiene la persona de si misma limita sus posibilidades de tener acceso a sus propios recursos? Muchas mujeres que viven agresión sexual se ven a si mismas como personas arruinadas que posiblemente ya no tenían remedio.

Las imágenes también se sitúan en las **creencias y mitos** socialmente arraigados: White (1994), menciona que las imágenes que las personas han elaborado sobre sí mismas se sitúan en el contexto de ciertas ideologías que son imágenes culturales y sociopolíticas. White sugiere que **la terapia puede constituir un contexto apto para desafiar el modo en que obran las ideologías o los conocimientos dominantes.**

El terapeuta que trabaja tratando de alentar una **doble descripción** puede establecer en la terapia un contexto para lograr el cambio. El terapeuta trabaja con las pacientes a fin de desarrollar una cantidad de nuevas descripciones de los acontecimientos con el objetivo de generar “novedades de diferencia que hagan una diferencia”. Las pacientes deben ser capaces de percibir las distinciones para poder conservar un contraste entre la descripción que ellas mismas hicieron y la nueva descripción a fin de recibir novedades acerca de la diferencia de la nueva información. Este proceso impulsa la elaboración de nuevas respuestas que permiten que las pacientes vean nuevas soluciones (White, 1994).

El terapeuta ayuda a desarrollar la nueva caracterización valiéndose de una variedad de medios: **Externalizando los problemas** haciendo preguntas de influencia relativa, sobre los momentos críticos; planteando dilemas y respondiendo a las respuestas (White, 1994).

El objetivo de la terapia es incitar a las pacientes a describir aspectos de si mismas dejados de lado por la imagen dominante. Elaborar **preguntas de influencia relativa:** “¿*En qué situaciones la culpa- miedo, vergüenza, etc., no ha logrado apoderarse de ti?*” El terapeuta debe retomar excepciones o eventos extraordinarios que lleven a adquirir el control sobre el problema (White, 1994).

Estrategias de la terapia narrativa enfocada a personas que han vivido agresión sexual:

1.- **Externalizar el problema:** Tomm (1989), describió la actividad terapéutica de externalización del problema, como una separación lingüística que permite distinguir el problema mismo y la identidad personal de la persona tratada (White, 1994). En el Abuso sexual se establecen una serie de rótulos estáticos o patológicos a las mujeres, lo cual fortalece la opinión de que el problema está en la propia mujer y aumenta la vergüenza y la culpa de la paciente. La externalización del problema es el **primer paso para** invitar a la

mujer a **que se aparte de los efectos del rótulo** y para darle la posibilidad de que descubra otras versiones de si misma.

2.- Situar la imagen dominante en el contexto de las interacciones y en el contexto social más amplio: Ayuda a que la paciente descubra de donde proviene esa imagen y desarrolle algunas ideas sobre como con el tiempo esa versión logró hacerse tan influyente: *¿De qué modo otras personas promovieron la sensación de culpa en su vida? ¿Cómo se fortaleció ésta? ¿Qué enseñanzas la llevaron a dar prioridad a los demás antes que a si misma? ¿Crees que en la sociedad hay ciertas ideas que pueden fortalecer en las mujeres la sensación de culpa?* Preguntas que llevan a que la mujer comience a advertir las contribuciones realizadas por los demás a través de sus interacciones con ella. Es fundamental sacar a la luz un cuadro completo de esas contribuciones para facilitar a la paciente la tarea de nombrar las prácticas opresivas que permitieron la permanencia de los efectos de la agresión sexual sufrida en la infancia. Además le da la oportunidad de apartarse de la imagen patológica que tiene de si misma.

Utilizar **preguntas sobre la influencia relativa:** *¿Cómo influyeron los miedos en su vida? ¿Cómo pudo desafiar la vergüenza que la tenía dominada y revelar que su padre abusaba de usted?* (logros aislados que la lleven a la sensación de control sobre el problema) *¿Sintió alguna vez que el miedo le impedía continuar algo y aún así pudo superarlo y seguir avanzando?*

Preguntas que incitan a la elaboración de una imagen alternativa: Una vez que ha identificado los logros, el terapeuta la invita a mejorar la significación de esos logros (requisito para que la nueva versión se fije y se mantenga) y asegurar que la paciente perciba la importancia de los logros únicos. *¿Cómo fue capaz de hacerlo? ¿Cómo logró darse prioridad a si misma? ¿Qué dice de usted el hecho de haber logrado vencer sus miedos? ¿Cómo pudo contra restar las enseñanzas de su madre acerca de que la mujer tenía la responsabilidad por su conducta seductora? ¿Qué diferencia provocó esa reacción suya en la imagen que tiene de si misma? ¿Qué aspectos de si misma que usted no había advertido antes, le descubrió esa reacción?*

Referencias Bibliográficas:

- Durrant Michael y White Cheryl (comps.). (2002). Terapia del Abuso Sexual. Barcelona: Gedisa. Cap. 1: La formación de la imagen de sí misma. Terapia con mujeres que sufrieron abuso sexual durante la infancia, por Amanda Kamsler.
- Ivonne M. Dolan (1991). Resolving sexual abuse. Norton: New Cork.
- Mc.Namee, S. y Gergen, K. (1992). La terapia como construcción social. Barcelona: Paidós.
- Morali-Daninos, André (1974). Evolución de las costumbres sexuales. Madrid: Labor.
- White, M. (1994). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona: Ed. Gedisa. (Cap. 1, 2 y 8)
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios Narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Ed. Paidós. (Introducción y Cap. 1)

TALLER:

**“COMUNICACIÓN Y EXPRESIÓN AFECTIVA Y EFECTIVA”
Mejorando la forma de comunicar lo que piensas y sientes**

Elaborado por:
Lic. Marino Aparicio Burón
Lic. Yazmín Alejandra Quintero Hernández

CARTA DESCRIPTIVA

Duración: 8 horas divididas en 4 sesiones

Horario: Lunes y Miércoles de 15 a 17 horas

Fechas: 26 y 28 de abril y 3 y 12 de mayo del 2004

Dirigido a: Estudiantes de licenciatura interesados en mejorar la forma de comunicarse con los demás. Cupo máximo de 18 participantes

Temáticas:

- I.- Introducción e importancia de la comunicación
- II.- Comunicación verbal
- III.- Comunicación no verbal y expresión afectiva
- IV.- Asertividad

Objetivos:

- Objetivo general:

Obtener herramientas para aprender a comunicar los pensamientos y sentimientos de una manera clara, directa y oportuna, con la finalidad de llegar a una interacción humana más satisfactoria.

- Objetivos particulares:

I.- Identificar la importancia de una comunicación adecuada para lograr relaciones humanas satisfactorias.

II.- Adquirir herramientas y conocimientos para una mejor comunicación verbal

III.- Adquirir herramientas y conocimientos para una mejor comunicación no verbal (expresión de afectos)

IV.- Adquirir herramientas para conducirnos con asertividad (es decir, aprender a comunicar y defender los derechos propios expresando lo que se cree, piensa y siente de manera directa, clara, respetuosa y en un momento oportuno)

- Objetivos específicos:

Tema I:

- Dar la bienvenida a los participantes del taller.

- Aplicar un cuestionario que servirá como pretest del taller.
- Identificar las expectativas de los participantes y se aclaren los objetivos que persigue el taller.
- Que todos los participantes se integren y se conozcan mutuamente.
- Reconocer que toda conducta es comunicación.
- Reconocer que la interpretación se da con base a la puntuación que hacemos de la secuencia de los hechos.

Tema II:

- Reconocer los componentes digital y analógico de la comunicación.
- Adquirir la capacidad de escucha y atención necesarias para llegar a una comprensión y entendimiento.
- Adquirir herramientas verbales para expresar sentimientos e ideas de manera tal que podamos ser atendidos y entendidos.

Tema III:

- Explorar el papel de los mensajes no verbales en el proceso de la comunicación.
- Aprender a reconocer mensajes no verbales que puedan explicarnos y guiarnos hacia una respuesta adecuada.
- Adquirir la capacidad de expresar de manera no verbal emociones, sentimientos e ideas, de manera tal que exista una congruencia entre estos.

Tema IV:

- Definir y explicar la asertividad.
- Señalar situaciones en las que es útil la asertividad.
- Aprender a expresar y defender ideas y sentimientos con el fin de llegar a acuerdos satisfactorios.
- Aprender a detectar manipulaciones que nos llevan a responder de manera que no nos satisface.

Estrategia didáctica: Recapitulación, Actividad (dinámicas vivenciales y/o exposiciones) y Reflexión o Retroalimentación

PLANEACIÓN, EJECUCIÓN, RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Se buscó una institución a la que le fuera útil el taller (Tecnológico Universitario de México- TUM-), se habló con el director de la carrera de Psicología para obtener el permiso y las facilidades para impartirlo y además se hizo una carta dirigida al rector de esta universidad para obtener la aprobación.

Para determinar la temática del taller se realizó una detección de necesidades en los alumnos de la carrera de Psicología a través de un cuestionario que pretendía determinar dos aspectos: intereses y necesidades, así como los horarios de mayor disposición.

Se evaluó el cuestionario y de ahí se concluyó que el tema que más se requería tenía que ver con la comunicación. De esta manera se procedió a plantear los sub-temas que

integrarían el taller y a realizar el marco teórico y las cartas descriptivas que contenían tanto las dinámicas como el contenido teórico tomando en cuenta los tiempos.

Se planeó dar el taller en cuatro sesiones de dos horas cada una (8 horas en total) tomando en cuenta fechas que no interfirieran con días festivos o con los periodos de exámenes.

Decidimos que sólo habría un facilitador responsable de impartir cada sesión y el otro fungiría como apoyo logístico, así nos tocó a cada uno de los facilitadores dos sesiones como responsables. No obstante que había un responsable en cada sesión también se acordó que el otro facilitador intervendría cuando fuera necesario.

Para la promoción del taller nos presentamos en los grupos de Psicología para invitarlos a participar. También se pusieron carteles en diversos lugares del plantel y en ellos se invitaba a toda la comunidad estudiantil del TUM (carreras de Derecho, Contaduría, Administración e Informática).

Se pidió a los alumnos interesados que se inscribieran en una lista que se le dejó al director de Psicología. Se planeó el taller para un máximo de 14 participantes, sin embargo el cupo se llenó y dimos espacio para 4 lugares más, pensando en la deserción.

La universidad nos facilitó un salón con equipo audiovisual (pizarrón, pintarrón, proyector de acetatos, PC y cañón), además de que en cada sesión nos ponían una mesa con mantel para una presentación más formal.

Se elaboraron carteles para señalar el lugar donde se impartiría el taller y carteles de bienvenida. Llegábamos 30 minutos antes de cada sesión para preparar el escenario. La disposición de las sillas era en herradura. Se les ofreció refresco y botanas.

En la sesión 1 se les proporcionaron gafetes, se les mencionó que recibirían constancia con valor curricular aquellas personas que asistieran mínimo a tres de las cuatro sesiones y que se les daría un manual al final del taller para no afectar los ejercicios que se realizarían en el taller. Se inició con la bienvenida, presentación, aplicación de un cuestionario de preevaluación que nos sirvió para poder evaluar los cambios y aprendizajes obtenidos al final del taller, integración grupal, explicación de los objetivos y establecimiento de reglas del grupo.

Cada una de las sesiones llevaba más o menos la misma forma de trabajo: ejercicio de integración, recapitulación de la sesión anterior, exposición y/o dinámicas vivenciales, retroalimentación y reflexión grupal. Al finalizar cada sesión se les pedía a los asistentes retroalimentación de esa sesión. En cada sesión los facilitadores nos dábamos una hora para retroalimentar nuestro desempeño y en base a esto hacíamos los ajustes necesarios para las siguientes sesiones.

En la última sesión se realizó el cierre, se les aplicó dos cuestionarios: cuestionario de opinión anónimo y cuestionario de post evaluación (que contenía las mismas preguntas que el de pre evaluación) y se le pidió a cada uno de los asistentes una retroalimentación general de todo el taller (aspectos positivos, negativos y que se llevaban del taller). En general los comentarios fueron positivos y estuvieron enfocados a los aprendizajes teóricos, vivenciales y prácticos que se llevaron. Los facilitadores pudimos observar que

el dinamismo en el taller aumentó y que los asistentes salieron satisfechos con el mismo.

Antes de la cuarta sesión el director de la carrera de Psicología nos sugirió entregar las constancias públicamente para que tuviera un mayor impacto en la población del TUM. Dichas constancias se entregaron ese mismo día con la presencia del director en los salones donde tomaban clase los asistentes, con el fin de hacer público el reconocimiento y promover la participación de los estudiantes en este tipo de actividades. En ese mismo momento, el director nos extendió una constancia y su agradecimiento por haber impartido en taller.

De los 18 alumnos inscritos, en la sesión 1 asistieron 14. En la sesión 2 faltó un miembro de la sesión anterior y se integró un nuevo miembro, quedando el grupo conformado nuevamente por 14 integrantes. En la sesión 3 sólo llegaron 8 asistentes. En la sesión 4 llegaron 9 asistentes.

Con base en la evaluación pretest-postest se encontró que en general los asistentes salieron con mayor conocimiento sobre la comunicación. Haciendo una evaluación grupal de los asistentes que contestaron tanto el pretest como el postest la calificación aumentó de 7.5 a 8.2.

En los cuestionarios anónimos de opinión se observó que todas las respuestas evaluaban de manera favorable al taller, con respuestas de excelente y bueno, y no hubo ninguna calificada como regular o pésimo. En las preguntas abiertas todos los asistentes consideraron importante que se siguieran dando este tipo de talleres en el TUM. Dentro de las sugerencias y observaciones que nos indicaron los asistentes para mejorar el taller estuvieron, fomentar la participación, participar los dos facilitadores en conjunto, mayor tiempo para las dinámicas y actividades, y más ejemplos que se puedan aplicar a la vida cotidiana. En general comentaron que les sirvió, les dio conocimientos, los entrenó en conductas hacia la comunicación, se les hizo atractivo, entretenido y ameno.

Referencias Bibliográficas:

1. Becvar, R. J. (1989). Métodos para la comunicación efectiva. México: Limusa.
2. Epstein, N. B. y Bishop, D.S. (1981). Problem-Centered Systems Therapy of the Family. En Handbook of Family Therapy. New York: Brunner Mazel., Vol 1. Cap. 12.
3. Newstrom J.W. y Scanell. E.E. (1980). 100 ejercicios para la dinámica de grupos. México: Mc Graw Hill.
4. Pick de Weiss S., Aguilar J.A., Rodríguez, G., Reyes, J., Collado, M.E., Pier, D., Acevedo, M.P. y Vargas, E. (1989). Planeando tu vida. México: Pax.
5. Watzlawick P, Beavin B.J. y Jackson D.D. (1997). Teoría de la comunicación humana (interacciones patológicas y paradojas). Barcelona: Herder
6. Flores, M.M. y Díaz-Loving, R. (2000). Asertividad: Una alternativa para el óptimo manejo de las relaciones interpersonales.