



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA

“ENFERMEDAD CRÓNICA Y FAMILIA”

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

XOLYANETZIN MONTERO PARDO

DIRECTOR DEL REPORTE: Mtro. ARTURO MARTÍNEZ LARA
COMITÉ TUTORIAL: Mtra. SILVIA VITE SAN PEDRO
Mtra. CAROLINA RODRÍGUEZ G.
Dra. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
Mtro. IGNACIO RAMOS BELTRÁN

México, D.F.

Marzo, 2009.



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.

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Nacional Autónoma de México,
Gracias por adoptarme y permitirme ser parte de su comunidad universitaria*

*A la Facultad de Psicología de la
UNAM, es un privilegio que me
hayan elegido para ser una más de
sus hijas*

*Al Consejo Nacional de Ciencia y
Tecnología, por su apoyo
económico, ya que sin él, este
viaje difícilmente se hubiera
realizado*

*A mi universidad, la Universidad Autónoma de Sinaloa por el enorme apoyo
incondicional que me brindó para realizar este sueño*

*A mi tutor, Mtro Arturo gracias por
confiar plenamente en mí y
transmitirme su forma de disfrutar la
vida*

*A la revisora de mi tesis, Mtra. Silvia
gracias por sus acertados comentarios
para la elaboración y corrección del
reporte*

*A la Mtra. Noemí por iluminar mi
camino con sus acertadas palabras*

*A mis maestros y supervisores les agradezco que me hayan compartido
sus conocimientos teóricos y prácticos, sus vivencias, su experiencia y
su sensibilidad*

*A la Dra. Silvia Becerril, gracias por su
apoyo incondicional al adoptarme como su
hija y heredarme conocimientos teóricos,
prácticos y vivenciales*

DEDICATORIAS

A mi abuelo Silvino por heredarme su fe y fortaleza

*A mis abuelas Emeria e Irinea...
Mis Ángeles... las extraño todos los días...
Gracias por confiar en mí
y enseñarme lo que realmente es valioso de la vida... la familia*

*A mis papas... gracias...
Por apoyar ciegamente todos mis sueños...
Son mi ejemplo y mi mayor orgullo*

*A mis tíos, tías, primos, primas... gracias
por acompañarme en este proceso*

*A mis hermanos Arnulfo y Ulises... son mis
compañeros del camino y mis guardianes eternos... los
adoro*

*A mis sobrinos Fer y Frida...
por enseñarme a ver la vida
de una forma sencilla y divertida*

*A mis amigos de toda la vida...
Gracias por vivir y compartir mis locuras Gladys,
Bogar, Pancho, Tania, Javier, Lolis, José Luis*

*A mis amigos de aventuras: Oto, Miguel,
Chon, Gibran, Omar, Oscar, Jorge, Gina,
Katy, Martha*

*A mis hermanos de formación... que al poner o quitar piedras de mi camino... me ayudaron a descubrir mis
fortalezas... A pesar de los errores, a pesar de los defectos y virtudes...
guardo en mí los mejores momentos vividos que van a quedar en lo profundo de mi alma...
Mau, Auris, Marlís, Liz, Ana, Ali, Clau, Tona y Auro...
Su voz ya es parte de la mía.*

*A mi terapeuta... Lina... Tu voz siempre me acompañara...
Gracias por ayudarme a alcanzar la excelencia... la búsqueda de la superación de los límites propios, más que la
competencia con los logros ajenos.*

*Este viaje no fue sencillo... pero nadie dijo que lo sería...
Forjé mi propio camino... tuve la fuerza, el coraje y la pasión para renacer...
Gracias a todos por confiar en mí y acompañarme hasta cumplir este sueño*

No te Salves

*No te quedés inmóvil al borde del camino,
no congeles el júbilo,
no quieras con desgano,
no te salves ahora
ni nunca.*

*No te salves,
no te llenes de calma,
no reserves del mundo
sólo un rincón tranquilo,
no dejes caer lo párpados
pesados como juicios,
no te quedés sin labios,
no te duermas sin sueño,
no te pienses sin sangre,
no te juzgues sin tiempo.*

*Pero si,
pese a todo,
no puedes evitarlo
y congelas el júbilo
y quieres con desgana
y te salvas ahora
y te llenas de calma
y reservas del mundo
sólo un rincón tranquilo
y dejas caer los párpados
pesados como juicios
y te secas sin labios
y te duermes sin sueño
y te piensas sin sangre
y te juzgas sin tiempo
y te quedas inmóvil
al borde del camino
y te salvas,
entonces,
no te quedés conmigo.*

M. Benedetti

*“Renacemos cuando superamos
nuestros más profundos miedos”*

Xolécito

ÍNDICE

	Pág.
I.- ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR	
<i>1.1.- Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar:</i>	9
1.1.1.- Características del campo psicosocial	9
1.1.2.- Principales problemas que presentan las familias	12
1.1.3.- La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada	15
<i>1.2.- Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico</i>	22
1.2.1.- Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”	22
1.2.2.- Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”	26
1.2.3.- Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”	30
II.- MARCO TEÓRICO	
<i>2.1.- Análisis teórico-conceptual de los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna</i>	36
2.1.1.- Teoría General de los Sistemas	36
2.1.2.- Teoría Cibernética	42
2.1.3.- Teoría de la Comunicación Humana	47
2.1.4.- Constructivismo	52
2.1.5.- Construcciónismo Social	55
<i>2.2.- Análisis de los principios teórico-metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna</i>	58
2.2.1.- Modelo Estructural	59
2.2.2.- Modelo Estratégico	66
2.2.3.- Modelo de Terapias Breves Orientadas a Problemas	73
2.2.4.- Modelo de Terapias Breves Orientado a Soluciones	80
2.2.5.- Modelo de Milán	86
2.2.6.- Modelos derivados del Posmodernismo	93
III.- DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
<i>3.1.- Habilidades Clínicas Terapéuticas</i>	101
3.1.1.- Caso 1: Cambios y reestructuraciones en la familia a partir de la enfermedad	107
3.1.1.1.- Integración del expediente del trabajo clínico	107

de la familia	
3.1.1.2.- Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con la familia	135
3.1.1.3.- Análisis y discusión del caso desde el tema central de la familia	149
3.1.2.- Caso 2: La metamorfosis de una mariposa: de la dependencia a la autonomía	154
3.1.2.1.- Integración del expediente del trabajo clínico de la paciente	154
3.1.2.2.- Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con la paciente	210
3.1.2.3.- Análisis y discusión del caso desde el tema central de la paciente	222
3.1.3.- Análisis del Sistema Terapéutico Total	226
3.2.- Habilidades de Investigación	230
3.2.1.- Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cuantitativa: Escala de funcionamiento familiar ante una enfermedad	230
3.2.2.- Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cualitativa: El impacto del Cáncer de Hueso en la familia y el paciente: Historias de fortaleza	238
3.3.- Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento; Atención y prevención Comunitaria	249
3.3.1.- Elaboración de productos tecnológicos	249
3.3.1.1.- Producto tecnológico 1: Taller de inducción al posgrado, UNAM	249
3.3.1.2.- Producto tecnológico 2: Taller: El Cáncer en la familia	252
3.3.2.- Programa de intervención comunitaria: Taller: Encuentro conmigo misma	256
3.3.3.- Reporte de la presentación del trabajo realizado en foros académicos	262
3.3.3.1.- Presentación de trabajos en foros académicos	262
3.3.3.2.- Asistencia a foros académicos	263
3.4.- Habilidades de Compromiso y Ética Profesional	265
IV.- CONSIDERACIONES FINALES	
4.1.- Resumen de habilidades y competencias profesional adquiridas	272
4.1.1.- Habilidades teórico-conceptuales	273
4.1.2.- Habilidades clínicas	273
4.1.3.- Habilidades de investigación y enseñanza	274
4.1.4.- Habilidades hacia la prevención	275
4.1.5.- Habilidades de ética y compromiso social	276

4.2.- Incidencia en el campo psicosocial	276
4.3.- Reflexión y análisis de la experiencia	277
4.4.- Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesional y en el campo de trabajo	278

ANEXOS

Anexo 1.- Cuento “Metamorfosis de una Mariposa”	281
Anexo 2.- Escala de Funcionamiento Familiar ante una enfermedad	284
Anexo 3.- Guía de entrevista para padres de hijos con algún tipo de Cáncer	288
	291

BIBLIOGRAFIA

CAPITULO I:

Antecedentes y Contexto de la Terapia Familiar

I.- ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR

1.1.- Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar

*No hay nada imposible,
porque los sueños de ayer
son la esperanza de hoy
y pueden convertirse en realidad mañana*

Anónimo

1.1.1.- Características del campo psicosocial

México es un país multicultural; en él confluyen distintos tipos de grupos de individuos que comparten algunas características y difieren en otras; por lo que, se pueden encontrar diversas familias, con distintas costumbres, idiomas, creencias, conductas, valores y ritos que corresponden a la región en que se encuentran del territorio.

La estructura de la familia mexicana se fundamenta en dos proposiciones principales: a) la supremacía indiscutible del padre y, b) el necesario y absoluto autosacrificio de la madre. Estas proposiciones fundamentales parecen derivar de orientaciones valorativas “existenciales” implicadas en la cultura mexicana o, mejor dicho, de premisas generalizadas implícitas, o presupuestos socioculturales generalizados que sostienen, desde algo muy profundo, la superioridad indudable, biológica y natural, del hombre sobre la mujer (Díaz-Guerrero, 1994).

Es de vital importancia observar y atender a las familias, porque en ellas se reproducen, en cierta medida y en pequeña escala, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Son diversos los factores que se entrelazan e impactan para que las familias y por ende el ser humano logre un bienestar pleno; entre los que se encuentran el económico, el social, la salud y el cultural, entre otros. Los problemas surgen cuando se descuidan o no se satisface alguno de éstos.

En las últimas décadas, el contexto social ha tenido un gran número de transformaciones económicas, sociales y culturales que han impactado

directamente a las familias, ya que al presentarse cambios importantes en la economía del país las mujeres han tenido que incorporarse a la fuerza laboral, situación que ha provocado modificaciones en la forma en que se organizan dentro de la misma.

Actualmente, las funciones que desempeña la familia se han visto modificadas en mayor o menor medida en un periodo relativamente corto, lo cual está relacionado con la evolución demográfica y con las transformaciones en los procesos de reproducción y organización y la modificación de las relaciones en las esferas de lo público y lo privado (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Las familias, ante estos cambios han tenido que modificar de manera significativa el entorno en el que se desenvuelven y con ello sus relaciones tanto internas como externas (Bengoa, 2004). Destacando las siguientes:

- La existencia de diversos tipos de familias y el aumento de hogares monoparentales jefaturados por mujeres.
- Reducción en el tamaño promedio de la familia
- El gradual desplazamiento de la figura del hombre como proveedor único y la consecuente ampliación del número de hogares con mujeres que realizan trabajo extradoméstico, hecho que sobrepasa las explicaciones económicas de búsqueda de un salario o ingreso, e ilustra un cambio en las prácticas de confinamiento femenino, construcción de rutas de autonomía y transformación de roles o papeles de género.
- Incremento en separaciones y divorcios ligados a transformaciones en los derechos y deberes involucrados en el ejercicio de la vida en pareja y con los hijos. La fragilización de los lazos matrimoniales ocasiona una pérdida de vigencia de los controles sociales sobre la vida en pareja; dificultades para establecer nuevos vínculos de manera duradera. El incremento paulatino de la esperanza de vida ha provocado que la viudez ceda su lugar a la separación y el divorcio como predominantes de disoluciones conyugales.
- Aumento de las relaciones sexuales antes del matrimonio entre los jóvenes y recurrencia de embarazos en adolescentes.
- Pérdida de vigencia en las visiones y prácticas que reducen el ejercicio de la sexualidad humana a las tareas de reproducción.

- Cambios en la mortalidad, en México el promedio de vida en 1930 era de 35 años, en la actualidad es de 75.

La situación económica ha provocado que muchas familias busquen estrategias que les permitan superar el impacto de los bajos salarios y el desempleo, integrando la aportación de los hijos y la esposa en la obtención de ingresos económicos para sobre llevar el gasto familiar. Si las familias manifiestan cierta flexibilidad para manejar estos cambios, se reacomodan y forman redes de apoyo entre ellas; pero, sí por el contrario, su condición es la rigidez, se provocan tensiones en su interior que pueden amenazar con la ruptura o la desintegración, dejando a algunos de sus miembros, como es el caso de los más jóvenes, en situaciones desfavorables, con alto riesgo de caer en adicciones, embarazos no deseados y otros problemas (Bengoa, 2004).

Ante las transformaciones mencionadas las principales **características** de las familias mexicanas actuales son las siguientes (INEGI, 2005):

- Son en su mayoría familias nucleares, integradas por un máximo de cinco miembros: papá, mamá, y tres hijos.
- Son familias integradas por personas entre 25 y 35 años, lo que nos demuestra que son sistemas jóvenes.
- Están casadas en su mayoría por el civil.
- Habitan en viviendas independientes y propias.
- La principal fuente de ingreso son los hombres entre 20 y 29 años, ya sean los jefes de familia o los hijos mayores.
- Algunas de estas tienen a algún miembro con alguna discapacidad (motrices principalmente).
- La mitad de las familias son derechohabientes de alguna institución de salud como el IMSS, ISSSTE, etc.
- Una mínima parte de las familias son indígenas y hablan alguna lengua.
- La mayoría de las familias son de religión católica

Algunos de los **recursos** con los que cuentan las familias mexicanas para contrarrestar las problemáticas presentadas se describen a continuación (INEGI, 2005):

- Los apoyos del gobierno estatal o federal que ofrece a través de la Secretaría de Desarrollo Social a las familias marginadas, tales como: PROGRESA, despensas, becas para alumnos de educación básica, cursos de capacitación en algunos oficios como corte y confección, cultura de belleza, electricidad, electrónica, etc.
- Los apoyos que algunos Organismos No Gubernamentales (ONG) pueden ofrecer en cuanto a atención específica: médica y psicológica para algunos padecimientos.

- Su cultura: sus tradiciones, sus rituales y creencias que les permiten llevar una vida más placida y mantenerse unidos ante las adversidades del medio.
- Su religión; la cual les brinda una esperanza de que las cosas mejoraran.
- La red social con la que la familia cuenta, les brinda apoyo y comprensión para mitigar sus problemáticas y compartir las dificultades de la vida.
- La formación profesional de sus miembros, a través de lo cual podrían cubrir algunas necesidades económicas y disminuir sus carencias materiales.

1.1.2.- Principales problemas que presentan las familias

En el inicio del tercer milenio, nuestro país enfrenta grandes problemas, concretamente aquellos relacionados con la pobreza, la marginación, la salud y la educación. En la solución de dichos problemas y los derivados de éstos, se requiere de la intervención de diversas disciplinas, incidiendo cada una de ellas en la dimensión que define su propio campo disciplinar, como es el caso de la Psicología (Moctezuma y Desatnik, 2001).

En México, la familia ha tenido que protagonizar nuevos roles frente a las políticas de ajuste macroeconómico que han aplicado los gobiernos para contrarrestar situaciones de crisis, teniendo que absorber distintos costos económicos y sociales. Estas transformaciones se manifiestan, hasta cierto punto, en la estructura, ciclo de vida y composición de las familias, en las relaciones de parentesco y en los distintos tipos de hogares, y permiten apreciar la flexibilidad de la familia y su capacidad para actuar como un dispositivo que regula los procesos sociales (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Entre los grandes problemas de salud se encuentra un número cada vez mayor de personas con SIDA, alcoholismo, adicciones, violencia familiar, cáncer, diabetes, entre otros; que están íntimamente relacionados con problemas de adaptación, de estabilidad emocional, de convivencia. Estos problemas requieren ser abordados de manera prioritaria por los efectos que tienen en la generación de otros problemas y por las consecuencias que tienen en la vida de las personas y su comunidad (Bengoa, 2004).

Los grandes problemas nacionales conllevan a otros más específicos, los cuales se desglosaran a continuación:

Ocupación y empleo (INEGI, 2008):

- Las cifras de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) indican que 59.2% de la población de 14 años y más en el país se encontraba disponible para producir bienes o servicios (económicamente activa); el restante 40.8% se ubicó en la población no económicamente activa que se dedica al hogar, estudia, está jubilado o pensionado, tiene impedimentos personales o lleva a cabo otras actividades.
- El 95.85% de la Población Económicamente Activa (PEA) estuvo ocupado. A su interior, 40.9% se concentró en los servicios, 19.6% en el comercio y en la industria manufacturera laboró el 15.8 por ciento. Según su posición en la ocupación, el 66% de la ocupación se desempeñó como trabajador subordinado y remunerado.
- La tasa de desocupación (TD) a nivel nacional fue de 4.15%

Acceso a servicios de salud (INEGI, 2007):

- El 81.4 % de la población recibe atención médica en el IMSS, mientras que el 14.7% en el ISSSTE y el resto en instituciones de seguridad social de los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud públicas o privadas.

Enfermedades (INEGI, 2007):

- La mayoría de las defunciones en la población de nuestro país es en ocasiones por las siguientes enfermedades: del corazón, Diabetes mellitus y Tumores malignos (Cáncer).

Violencia infantil (INEGI, 2004):

- El 59.2% de los casos denunciados sobre maltrato infantil son comprobados.
- Los tipos de maltrato infantil se distribuyen de la siguiente manera: físico 23.7%, abuso sexual 3.8%, abandono 7.7%, emocional 21.1%, omisión de cuidados 27.6%, explotación sexual comercial 0.2%, negligencia 8.3% y explotación laboral 0.8%.

Violencia a las mujeres (INEGI, 2006):

- En el país de las 21 631 993 mujeres casadas o unidas de 15 y más años, fueron violentadas a lo largo de su relación 10 088 340, dato que muestra un alto índice de violencia de género, al representar a casi la mitad de las mujeres encuestas.
- En el nivel nacional 39.7% de las mujeres de 15 y más años han sufrido alguna agresión pública de carácter sexual, que puede ir desde insultos hasta violaciones; de éstas mujeres, 92.4% sufrieron intimidaciones y 41.9% abuso sexual, agresiones que tuvieron lugar en cualquier espacio comunitario, o inclusive se pudieron perpetrar en su mismo hogar.
- La distribución porcentual de las mujeres violentadas según el tipo de violencia es el siguiente: económica 40.6%, emocional 29.5%, sexual 16.8 % y física 13.1%.

Atención escolar (INEGI, 2005):

- El 85.3% de la población de 5 años asiste a la escuela
- El 96.1% de la población de 6 a 12 años asiste a la escuela
- El 82.5% de la población de 13 a 15 años asiste a la escuela
- El 47.8% de la población de 16 a 19 años asiste a la escuela
- El 20.8% de la población de 20 a 24 años asiste a la escuela
- El 5.9% de la población de 25 a 29 años asiste a la escuela
- El 2.1% de la población de 30 y más años asiste a la escuela

Deserción escolar (INEGI, 2005):

- Se presenta un 1.3% en primaria
- Se presenta un 7.7% en secundaria
- Se presenta un 23.9% en profesional técnico
- Se presenta un 15.7% en bachillerato

Estructura familiar (INEGI, 2005) :

- 23.1% de los hogares son uniparentales, donde una mujer se hace cargo de la familia.
- La mayoría de las familias se integran por 4 miembros

Migración (INEGI, 2000):

- Entre 1995 y 2000, 1 500 321 mexicanos emigraron a Estados Unidos.
- El 77.2% de los mexicanos que emigran a Estados Unidos no regresan a nuestro país.

La preocupación nacional e internacional por las diversas situaciones mencionadas refleja implicaciones sociales y políticas que focalizan a la institución familiar como un asunto de interés público, lo que ha conducido, en la última década, a diversas reformas en el marco legal y a la elaboración de programas de desarrollo social en los que se resalta la necesidad de incluir la participación de profesionales especializados en la atención de la familia en

diferentes niveles de atención (prevención, intervención y rehabilitación); como es el caso de: 1) Agencias Especializadas del Ministerio Público para la Atención de los Delitos Sexuales, 2) Centro de Atención a la Violencia Intrafamiliar y, 3) Unidad Especializada de Atención y Orientación Legal a las Víctimas del Delito y sus Familiares (Moctezuma y Desatnik, 2001).

Este escenario plantea demandas concretas a los profesionales de la salud de forma general; y específicamente a los terapeutas familiares en el ámbito del trabajo clínico, ya que ante estas dificultades es necesario que se realicen intervenciones desde una visión sistémica que incluya al contexto en que se encuentra la familia. Por ello, el rol del terapeuta es fundamental para asistirlos en momentos de crisis, razón por la cual es de gran importancia que se observe no sólo al individuo; sino al grupo al que pertenece y el contexto particular que la rodea; explorando su situación particular, destacando sus fortalezas y recursos para realizar diversas reestructuraciones que generen los cambios necesarios para resolver sus problemáticas.

1.1.3.- La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas

La Terapia Familiar surge en la década de los 50's y llega a América Latina a mediados de los 60's, acuñada por John Bell y John Sutherland como una nueva modalidad terapéutica u orientación clínica, que trabaja con la familia como unidad de tratamiento.

El término "Terapia Familiar" define a la práctica terapéutica según su unidad de trabajo, o en otras palabras, según su objeto empírico de práctica. De forma general se podría la terapia familiar es aquella que atiende a las familias en su conjunto. En cambio, el término "Terapia Sistémica" pretende subrayar la epistemología que está de fondo en la intervención realizada y no sólo el objeto concreto a abordar mediante la acción terapéutica (Ferrat, 2006).

En la misma línea para Quintero (1997) "la Terapia Sistémica es un conjunto de nociones (fundamentalmente cibernéticas) que retroalimentan las prácticas clínicas" (p. 154)

Para Ochoa de Alda (2004) la Terapia Familia es:

"un modelo de tratamiento que parte de teorías psicodinámicas y sociales para investigar y tratar a la familia como un ecosistema o sistema social, surge como una forma más dinámica, flexible y rápida que al introducir nuevas ideas en palabras y en acciones cambia la base de la realidad y por consiguiente sus interrelaciones; se ubica como unidad de diagnóstico y tratamiento al grupo familiar, con lo que las transformaciones operan en todo el sistema" (p. 92).

Mientras que para Sánchez y Gutiérrez (2000) “la Terapia Familiar es el tratamiento de la familia que se basa en el modelo sistémico” (p.263).

Los términos Terapia Familiar y Terapia Sistémica, no son sinónimos ni deben resultar intercambiables aunque en muchos casos se utiliza la terapia sistémica para trabajar con familias, no constituye una terapia de multitudes o de grupos, ya que se puede trabajar perfectamente de forma sistémica con un solo sujeto, porque lo importante no es la cantidad de personas presentes en el consultorio, sino la postura que se deriva de la epistemología sistémica; donde se considera que sólo se puede comprender al sujeto si se toma en cuenta al grupo, y sólo se podrá entender al grupo si se entiende al sujeto.

Por otro lado, existen diferentes formas o escuelas de Terapia Familiar, que se inspiran en otras concepciones epistemológicas diferentes e incluso opuestas a la concepción sistémica, tal es el caso de: la Terapia Familiar con enfoque Psicodinámico, la Terapia Familiar Gestalt e inclusive la Terapia Familiar Cognitivo-Conductual (Ferrat, 2006).

Quintero (1997), considera que los principios fundamentales que la Terapia Familiar Sistémica recoge de la Teoría General de Sistemas, la Cibernética y el Psicoanálisis son los siguientes:

- Una familia es un todo organizado y las partes que la conforman son interdependientes, el individuo como miembro de ésta sólo podrá comprenderse dentro de la red compleja de relaciones de la cual forma parte.
- Los patrones que conectan a una persona con otras son de tipo circular, comenzando en cualquier parte, la conducta de uno dispara una reacción en el otro y éste aumenta la suya y así progresivamente.
- Las familias tienen rasgos homeostáticos que mantienen la estabilidad de las relaciones. Son mecanismos autorreguladores y, en la mayoría de los casos, incorporan tanto comportamientos adaptativos como disfuncionales.
- La evolución y el cambio son inherentes a los sistemas abiertos como la familia.
- Las familias están conformados por los subsistemas: conyugal, filial y fraternal. (p.149).

La epistemología de las Terapia Sistémica se diferencia de la epistemología de otros tipos de terapia porque:

- Sus descripciones no son lineales; es decir, no suponen que los objetos posean atributos y características inherentes a ellos, sino más bien, al suponer que una pieza se define a partir de sus relaciones con otras, hace que sus descripciones sean recurrentes.
- Su tipo de pensamiento tampoco será lineal, por lo que no buscará explicaciones históricas o etiológicas sino que, al ser circular, lo que buscará es la forma en que se dan las interacciones entre las partes; es decir, se trata de un pensamiento de tipo recursivo.
- Al ser aplicado en la solución de problemas, sus intervenciones no buscan bloquear la causa o remediar el déficit, por el contrario, buscan que alterando sólo una pequeña parte se pueda cambiar el comportamiento total del sistema.
- Por último, en éste mismo sentido, hablamos de un pensamiento profundamente elegante y estético que fomenta el respeto ante las realidades en las que interviene (Ferrat, 2006).

La Terapia Familiar es una alternativa para abordar las diversas problemáticas que experimentan familias e individuos, ya que conlleva al tratamiento de un sistema natural en su totalidad y no el de sus partes aisladas; en este sentido, las transformaciones operan en todo el sistema, contribuyendo al cumplimiento de sus objetivos y al mejoramiento de las interacciones familiares.

Los principales enfoques o modelos de Terapia Familiar son el Estructural, el Estratégico, de Terapias Breves Orientadas a Problemas, de Terapias Breves Orientadas a Soluciones, de Milán y derivados del Posmodernismo.

Estos se sustentan en la siguiente premisa sistémica según Quintero (1997): “El sistema familiar es más que sólo la suma de sus partes individuales; por lo tanto, la familia será vitalmente afectada por cada unidad del sistema. Tan integral es esta relación entre las partes y el sistema total, que si un individuo o subsistema flaquea en su funcionamiento, la totalidad del sistema se verá afectada” (p. 38).

Para hablar de cómo surge **la Terapia Familiar en el mundo** es útil hacer una narración al estilo de un cuento, para ello será necesario especificar que muchos de los acontecimientos que a continuación se describirán, surgieron de manera simultánea, sólo que se citan unos primero que otros para

finés didácticos, esta historia se inspiró en la visión de Sánchez y Gutiérrez (2000).

A finales de la década de los 30's inició un movimiento que permitió que la profesión de Terapia Familiar dejara de ser un apoyo a profesionales de la Psiquiatría, Psicología, Pedagogía y Sexología; cristalizando su independencia desde dos vertientes: en Alemania con Hirschfeld a partir de sus estudios de familia y en EUA al abrir Popenoe el Instituto Estadounidense de Relaciones Familiares, iniciando con el estudio social de las familias; a partir de estas investigaciones se establece el término de consejero matrimonial.

Posteriormente, aparecieron otros trabajos como los análisis de casos clínicos de Abraham Stone; y el establecimiento de la práctica familiar por la Dra. Emily Mudd, que desarrolló el primer programa de evaluación y editó unos libros sobre casos clínicos; y unos años más tarde en abril de 1945 junto con los doctores Dearborn, Robert Laidlaw, Groves, Stone, Dickenson y Parker fundó la Asociación Estadounidense de Consejeros Matrimoniales (AAMC).

Simultáneamente, David y Vera Mace formaron el Concilio Nacional de Consejeros Matrimoniales del Reino Unido, esto con la finalidad de atender los problemas domésticos que aparecían después de la segunda guerra mundial.

Después, el desarrollo de la profesión de Terapia Familiar se debió a los aportes que hizo John Bell, quien es considerado el padre de la Terapia Familiar moderna al ser pionero en atender a toda la familia en forma conjunta, para poder observar el panorama completo del problema.

Nathan Ackerman, consideró que los problemas emocionales se generaban en la interacción familiar, en el medio que los rodea y la dinámica de la psique; por ello, inicio atendiendo a la familia como unidad de tratamiento y diagnóstico. Christian F. Midelfort, realizó el primer reporte psiquiátrico donde sugirió incluir a la familia en el tratamiento de todo tipo de problemas mentales. Theodore Lidz, describió a la familia de los pacientes esquizofrénicos como inestables y con relaciones destructivas entre los padres e hijos.

Lyman C. Wynn, trabajó con la estructura y el contexto familiar, encontrando que la causa de la úlcera por lo general eran los problemas familiares. Murray Bowen, integró a las familias en el tratamiento de los problemas de los pacientes esquizofrénicos al ingresarlos al hospital psiquiátricos, junto con el paciente e inicio el primer programa para formar terapeutas familiares y de pareja. Carl Whitaker, desarrolló sus técnicas de lo absurdo, e incluyó en la terapia al cónyuge, a los hijos y a los abuelos, encontrando en esto resultados positivos.

Posteriormente, se conformaron diversos grupos alrededor del mundo, agrupándose distintas personalidades. En EUA se fundaron los siguientes institutos: 1) el Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) en Palo Alto California con Jackson, Baterson, Haley, Kanton, Satir, Watzlawick y Weakland, cuya piedra angular eran los modelos eriksonianos de la teoría estratégica y los de la paradoja; realizaban sus estudios con familias de miembros esquizofrénicos, incluyendo el doble vínculo como la causa de éste y concluyeron que era más efectivo el tratamiento de la familia que la terapia individual del paciente.

2) el de Filadelfia con Iván Boszormenyi-Nagy que se dedicó fundamentalmente a la formación de profesionales en la terapia familiar, y su difusión en todo el país; además, la terapia contextual o integral. La tercera institución fue el grupo formado por Edgar Auerswald y Salvador Minuchin instalado en Nueva York, estos abordaban la dinámica de las familias pobres y establecieron el modelo de terapia estructural y 3) el grupo de Galveston Texas, de Robert McGregor que desarrolló la técnica de Impacto Múltiple, utilizada en la familia del delincuente.

De manera paralela en Milán Italia, Mara Silvini-Palazzoli, Luigi Boscoso, Guiliana Prata y Gianfranco Cecchin fundaron el Instituto de la Familia, desarrollando técnicas cortas de intervención.

Posteriormente, en 1949 se reconoció la orientación familiar como una especialidad y se describieron una serie de cualidades académicas, profesionales y personales que debía poseer el terapeuta, tales como: interés, apego y bondad hacia la gente, gran integridad, madurez emocional y experiencia personal en el área matrimonial y parental.

Finalmente, de 1970 a 1979 la profesión obtuvo su maduración y consolidación, a partir de un enfoque multidisciplinario, y hasta constituirse en 1991 como la Asociación Estadounidense de Terapia Matrimonial y Familiar. Y a partir de esto se empezó a desarrollar en otros países del mundo y de América.

Para continuar con los antecedentes, nos ubicaremos ahora en nuestro país, y apoyados por Eguiluz (2004), iniciaremos la historia sobre como fue que unos cuantos brillantes mexicanos iniciaron este movimiento de instaurar **la Terapia Familiar en México:**

A partir de la década de los 50's un grupo de profesionistas elaboraron programas de formación especializada, como repuesta a las necesidades regionales y nacionales. La historia de la terapia comienza con la visita de Nathan Ackerman en 1954 a dar una conferencia en el Hospital Infantil con el tema "el niño y su familia".

Posteriormente el Dr. Raymundo Macías en 1963, a su regreso de su entrenamiento con Epstein en Montreal ofreció cursos y seminarios sobre Terapia Familiar en la Universidad Autónoma de México (UNAM) con una orientación psicodinámica. Posteriormente Macías y Estrada (1969) establecieron el primer posgrado para la formación de terapeutas familiares.

En 1971, Macías se separó de la UIA y fundó el Instituto de la Familia A.C. (IFAC), para promover el estudio y la enseñanza de la dinámica familiar y sus raíces psicosociales, dar atención a familias de escasos recursos económicos, formar psicoterapeutas familiares, organizar cursos, conferencias, talleres y realizar investigaciones; en el instituto se integraron como docentes Maldonado, Barragán, Chagoya y Mekler. Posteriormente, Barragán dejó el IFAC y junto con Millán crearon el Instituto Mexicano de la Familia en 1975.

En la década de los 80's bajo la dirección de Myren Izaurireta en colaboración con Martha Prado y María Luisa Velasco contemplaron en la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad de las Américas (UDLA) el programa de Terapia Familiar con tres áreas: la Terapia Familiar, Terapia de Pareja y la investigación; utilizaron los enfoques sistémico y psicodinámico, que más tarde se convirtieron en Orientación y Terapia Familiar con un enfoque Estructural Sistémico.

En 1981 surgió la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF) para definir, unificar y aprobar los programas de los institutos de formación y servicio de Terapia Familiar

Posteriormente, en 1984 se fundó el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF) con Maldonado y Troya, cuya base conceptual era el Psicoanálisis y la Teoría de Sistemas, su programa de formación en un inicio fue de dos años y después se amplió a tres, con uno más de propedéutico y supervisión de casos clínicos en vivo. En este mismo año, el Instituto de Enseñanza e Investigación en Psicoterapia (Personas), representado por Freidberg, Lichtein y Villa inicia la formación sistémica de Terapia Familiar y de pareja.

En 1986 se fundó el instituto de la Pareja, dirigido por Barragán y el Instituto Mexicano de Terapias Breves S. C. por Moctezuma, este representa en México al Mental Research Institute (MRI). Además, este mismo año la AMTF organizó el primer Congreso Nacional de Terapia Familiar, a partir de entonces los siguientes se desarrollaron en los años: 1988, 1990, 1992, 1994, 1996, 1998, 2001, 2004, 2006 y 2008.

En 1987, surge el Instituto de Terapia Familiar Cencalli fundado por María Luisa Velasco que obtuvo el reconocimiento de la SEP en el Programa de Especialidad y Maestría en Terapia Familiar.

En 1989 en la UNAM Campus Iztacala, se inició el primer diplomado en Terapia Familiar Sistémica por María Rosario Espinoza, Sussana Gonzáles y Luz de Lourdes Eguiluz; y se creó el Instituto Milton Erickson de México, dirigido por Robles y Abíla.

En la década de los 90's continuaron surgiendo institutos como el Centro de Terapia Familiar y de Pareja A.C. (CEFAP) inaugurado en 1990 en Puebla por Felipe Gutiérrez. Posteriormente, Javier A. Viscenico G., Mario César Bejos Lucero, Sergio Cisneros y Ricardo Yoczelevski fundaron CRISOL en 1991. También surgió el Instituto Superior de Estudios de la Familia por Alberto Castellanos en 1992.

En la UNAM Campus Zaragoza se fundó la Asociación de Terapia Sistémica en 1993. Para 1994 en la División de Educación Continua de la UNAM se inició el Diplomado de Terapia de Pareja con enfoque sistémico. En 1997 Teresa Aválos, Cristina Riveros, Rocío Gómez y Patricia Cadena formaron el Centro para Desarrollar la Investigación de la Psicoterapia Sistémica (CEDIPSI), que tiene la representación del Mental Research Institute de Palo Alto California.

En 1998, Elena Fernández, Silvia London, Margarita Tarragona e Irma Rodríguez crearon el Grupo Campos Elíseos, que es una filial del Houston Galveston Institute. Para 1999 Teresa Robles se separó del Instituto Milton Erickson de México y fundó el Centro Ericksoniano de México. En este mismo año Helen Selicoff, Gloria Licea e Ivonne Paquetín crearon el Instituto de Psicoterapia Alinde.

En el 2000, en la UNAM Campus Zaragoza, se inició el Diplomado en Terapia Familiar Sistémica. En ese mismo año el Comité Académico del programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM aprobó la Residencia en Terapia Familiar Sistémica y al año siguiente se puso en marcha en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y en la Facultad de Psicología.

En la República Mexicana también se crearon cursos de formación e instituciones enfocados en la Terapia Familiar, tales como: el Centro de Investigaciones Psicosociales (CRISOL) en Morelos, el Instituto de Estudios de la Familia A.C. en Chihuahua; en la Universidad el Mayab en Yucatán y Cancún, en la Universidad de Guadalajara en Jalisco, en la Universidad Iberoamericana Golfo Centro de Puebla, en la Universidad de Monterrey y en la Universidad Autónoma del Estado de México.

También existen otras universidades que tienen los programas de Psicología en Terapia Familiar como la Universidad Intercontinental en el DF., la Universidad Autónoma de Zacatecas, la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Universidad Cristóbal Colón del Puerto de Veracruz.

Como se puede apreciar diversas personalidades se han preocupado por impulsar el desarrollo de la Terapia Familiar desde distintos Institutos y/o Universidades; lo cual, responde a la necesidad de formar profesionales en el área clínica, y sobre todo en la atención de familias; sin embargo, el trabajo continuará y será arduo, ya que cada día las problemáticas son mayores y se requiere de un mayor número de terapeutas familiares para contrarrestarlas.

1.2.- Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico

1.2.1.- Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila

I.- Descripción:

Este centro pertenece a la Facultad de Psicología de la UNAM; fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la directora de la Facultad, la Dra. Graciela Rodríguez. El objetivo principal del Centro es ser sede para el entrenamiento práctico de estudiantes de maestría y doctorado.

En sus inicios el Centro estaba vinculado con el Departamento de Psicología Clínica de la división de estudios de postgrado de la Facultad de Psicología de la UNAM (Figuroa, 2006).

El Centro de Servicios Psicológicos (CSP) ha tenido los siguientes coordinadores: Lic, Josette Benavides, Dra. Marcia Morales, Lic. Graziella Zierold, Dr. Héctor Ayala, Dr. Benjamín Rodríguez, Lic. Leticia Echeverría, Lic. Ma. de la Luz Fernández, Lic. Noemí Barragán (Mendoza, 2006), y actualmente Lic. Rebeca Sánchez Monroy coordina el Centro (Duarte, 2007).

El Centro atiende tanto a la comunidad universitaria como al público en general, con cuotas accesibles; la población externa que asisten al centro es de niveles socioeconómico bajo y medio en los usuarios pertenecientes a la población de la UNAM (Ferrat, 2006).

II.- Estructura organizacional y física del centro:

El CSP está equipado con cuatro cámaras de Gesell, 12 consultorios para atención terapéutica individual, sala de juntas o de terapeutas, archivo de expedientes, oficina de la coordinadora, sala de espera, recepción, cocina, cuarto de mantenimiento y baño.

Los **objetivos** del CSP desde 1981 son: a) ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de postgrado, b) proporcionar al estudiante una enseñanza práctica con supervisión directa, c) ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y

programas de investigación y d) ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social (Sánchez, 2007).

La Misión (2008) del CSP es contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los programas y proyectos de investigación y atención, cuyo carácter es preventivo, de tratamiento y de rehabilitación. Estos programas y proyectos son certificados con calidad, excelencia y trato digno, con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro. La visión del Centro es ser en México la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutive al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, (Sánchez, 2007).

El Centro depende de la Coordinación de los Centros de Servicio a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, que a su vez depende de la Secretaria General de la Facultad de Psicología. Los tres ejes de trabajo principales del Centro son la docencia, la investigación y los servicios que brinda a la comunidad, (Figura. 1)

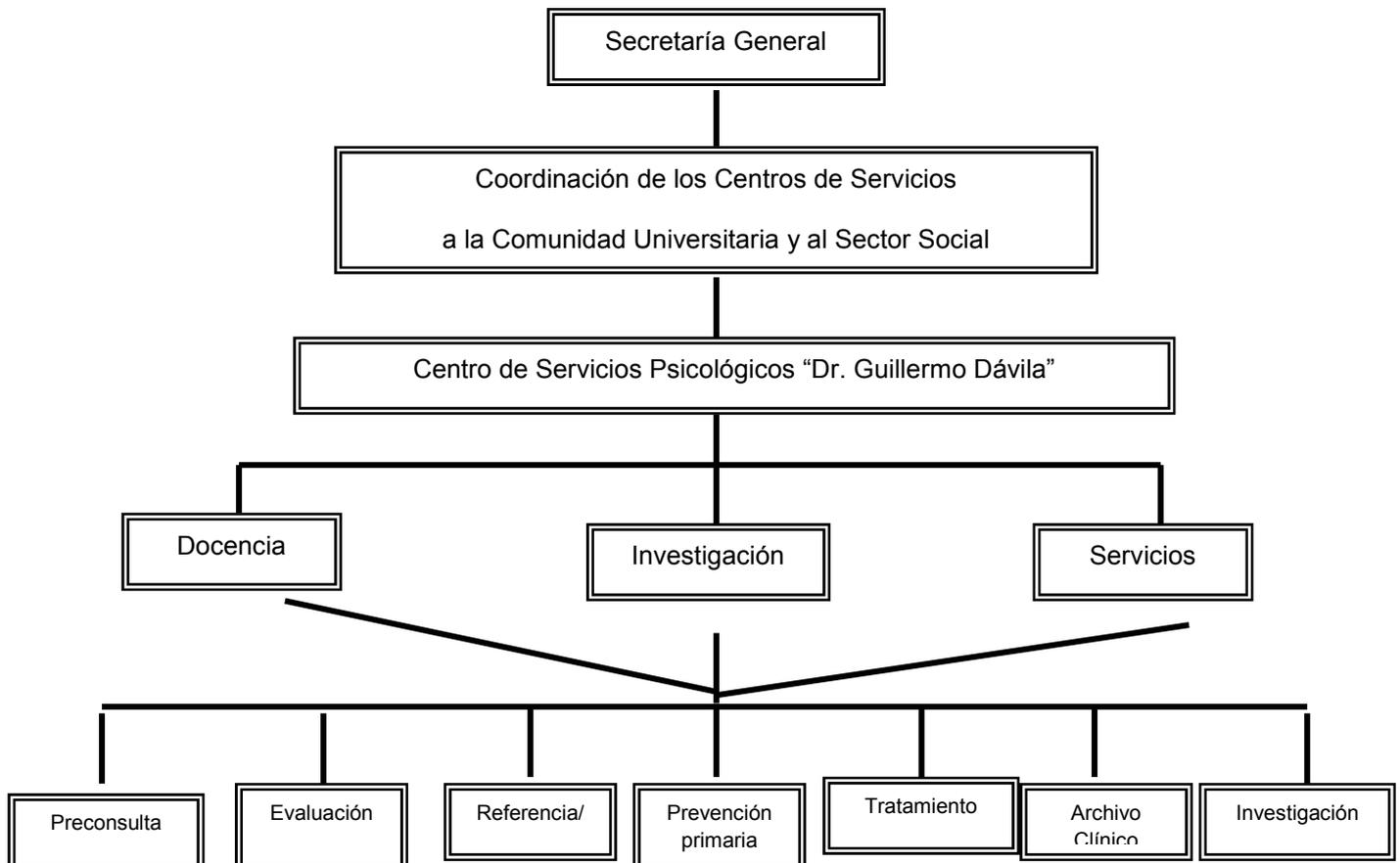


Figura 1: Organigrama de la Secretaria General (Tomado de Sánchez, 2007)

Cabe resaltar, que el Centro de Servicios Psicológicos es sede de diversas residencias del Programa de Maestría (en área infantil, de adolescentes y familiar) y Doctorado. Asimismo, el CSP tiene 8 diferentes programas de formación en la práctica y 5 talleres: de habilidades sociales, de desarrollo de emociones, de manejo de crisis, de desarrollo infantil y de habilidades parentales. También recibe a estudiantes de prácticas curriculares del Sistema de Universidad Abierta y escolarizado, Servicio Social y voluntarios (Ferrat, 2006).

III.- Análisis sistémico del escenario

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos se genera un proceso de trabajo que involucra a varias personas y grupos. El centro cuenta con personal tanto administrativo como voluntario, asimismo, colaboran docentes y estudiantes bajo determinado programa de supervisión, formación en la práctica (estudiantes de licenciatura) y algunos proyectos de investigación (figura 2).

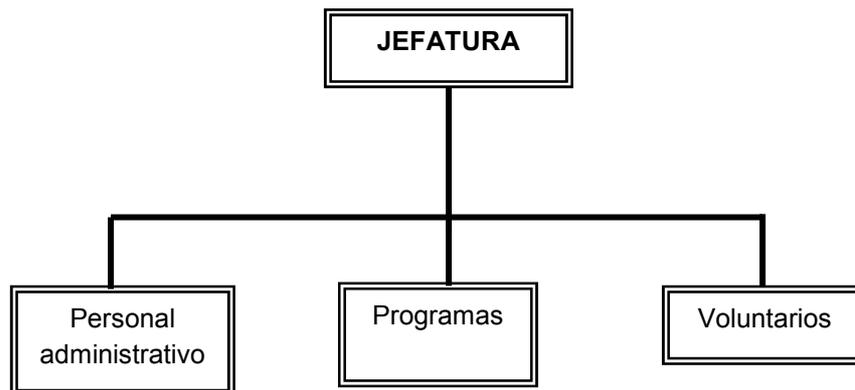


Figura 2: Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos

La jefatura se encarga del funcionamiento general del Centro, tomando en cuenta las diversas canalizaciones, ya sean internas o externas, atención personalizada cuando se requiere, etc. El personal administrativo se encarga de atender a los solicitantes del servicio por primera vez, preconsulta y citas correspondientes.

Los practicantes y docentes, apoyan en el proceso de preconsulta, y junto con la directora seleccionan los casos para canalizarlos a determinada residencia. Asimismo, los practicantes y docentes están a cargo de que los pagos y las reglas del Centro sean cubiertas por los pacientes y llevar un expediente clínico para cada caso.

Por otro, lado, el proceso de atención a pacientes inicia en la recepción cuando llegan a pedir informes, se les indica los días y los horarios en que se pueden presentar a solicitar una preconsulta.

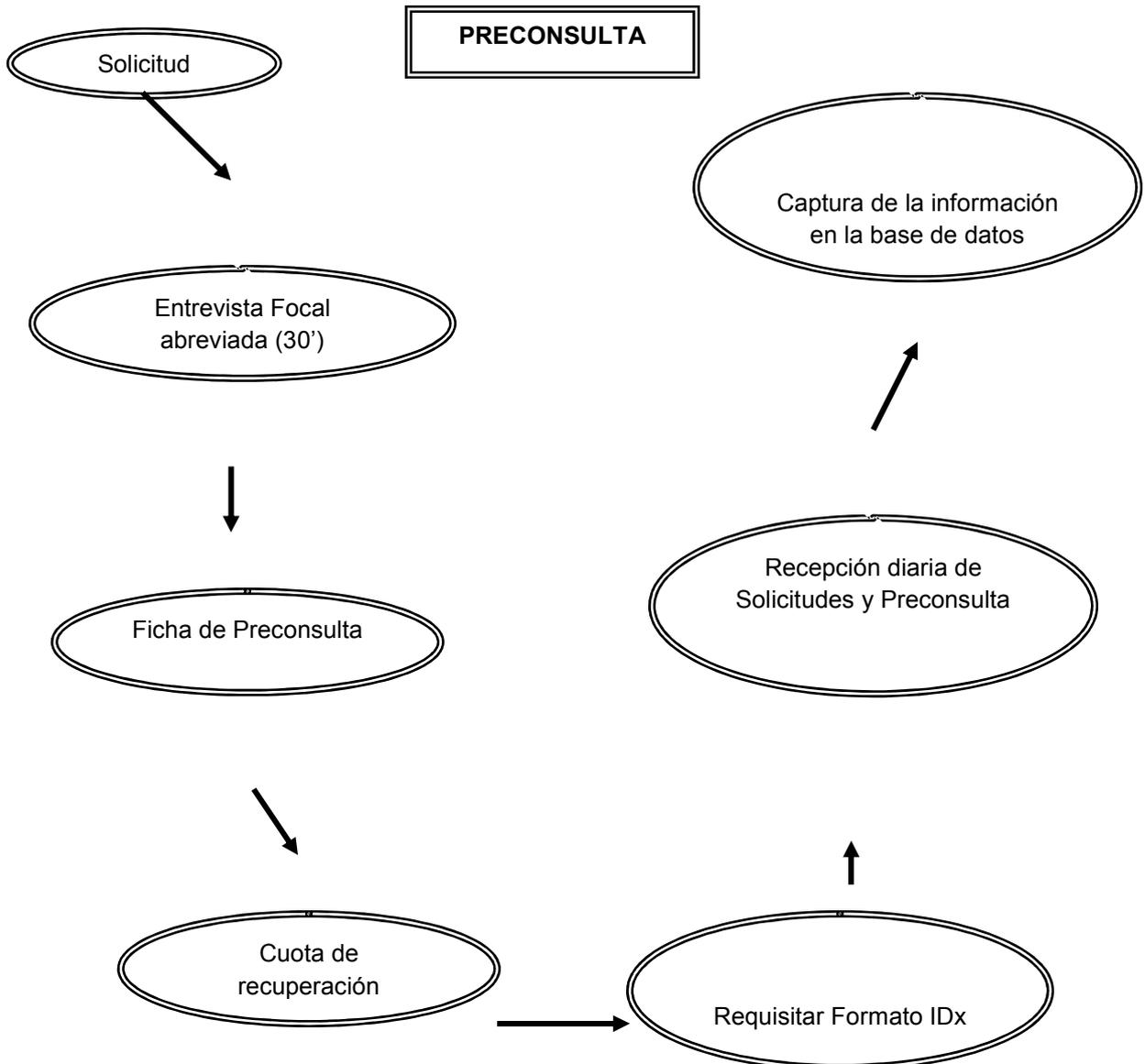


Figura 3: Estructura de la preconsulta (tomado de Sánchez, 2007)

Para la preconsulta el paciente tiene que llenar una solicitud (10 min.) posteriormente pasa a una Entrevista Focal Abreviada de 30 minutos. El entrevistador llena una ficha de preconsulta, con los datos generales y las impresiones diagnósticas. El paciente paga una cuota de recuperación. Después, el terapeuta registra en un formato la impresión diagnóstica y se envían los formatos a la recepción diaria de solicitudes, donde se capturan en una base de datos y se hace la canalización del caso; esta puede ser interna (a algún terapeuta del centro) o externa (a otra institución como INP, DIF, INMUJER).

Para hacer una canalización interna se requiere tomar en cuenta el perfil requerido por cada programa o proyecto, la edad del paciente, el sexo, los motivos de la consulta, la impresión diagnóstica y la evaluación.

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

El trabajo realizado consistió, en hacer preconsultas, que es una forma de identificar de manera más ágil los candidatos a Terapia Familiar. El trabajo principal fue el tratamiento y de manera secundaria algunos de los residentes participaron en actividades de prevención para la comunidad, mediante la implementación de talleres desarrollados en la materia de Intervención Comunitaria.

La formación como terapeuta familiar dentro de esta residencia consta de supervisión en vivo para cada modelo de Terapia Familiar Sistémica, por lo que dentro del Centro de Servicios Psicológicos se proporcionó atención clínica para tratamiento familiar, de pareja e individual. La forma de trabajo se organizó de tal forma que una pareja de coterapeutas o un terapeuta a cargo atendía a la familia, pareja o individuo, de manera directa, estando acompañado siempre por un equipo terapéutico y un supervisor detrás del espejo.

1.2.2.- Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

I.- Descripción:

Este centro se encuentra ubicado en la Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24, que pertenece a la Colonia Adolfo Ruiz Cortines, una de las 140 colonias de la Delegación Coyoacán.

La Delegación Coyoacán ha sido considerada como una de las zonas patrimoniales más importantes de la Ciudad de México, en ella se observa una amplia infraestructura cultural que la distingue del resto de las delegaciones, asimismo, conserva aún barrios y pueblos tradicionales como: El Pueblo Los Reyes, La Candelaria, Santa Úrsula Coapa, San Pablo Tepetlapa, San Francisco Culhuacán, Barrio Santa Catarina, Barrio de la Concepción, Barrio de San Lucas, Barrio de San Mateo y Barrio de San Diego.

Además del Centro Comunitario, en la zona que lo rodea, se encuentran otros espacios que también ofrecen servicios a la comunidad: El DIF, el Deportivo Huayamilpas, el Centro General Manuel González Ortega y la Parroquia de San Pedro Apóstol.

II.- Estructura organizacional y física del Centro:

El Centro cuenta con los horarios de atención de lunes a viernes de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 Hrs. Actualmente, administra y coordina dicho centro la Mtra. Noemí Díaz Marroquín. El personal de base está conformado por una secretaria, personal de vigilancia y personal de intendencia. Los dos ejes de trabajo principales del centro son la prevención y el tratamiento, los cuales están a cargo de la Coordinación de Programas y la Coordinación de Servicios Terapéuticos, los cuales son coordinados por la jefa del Centro y el personal académico responsable de cada programa (Figura.

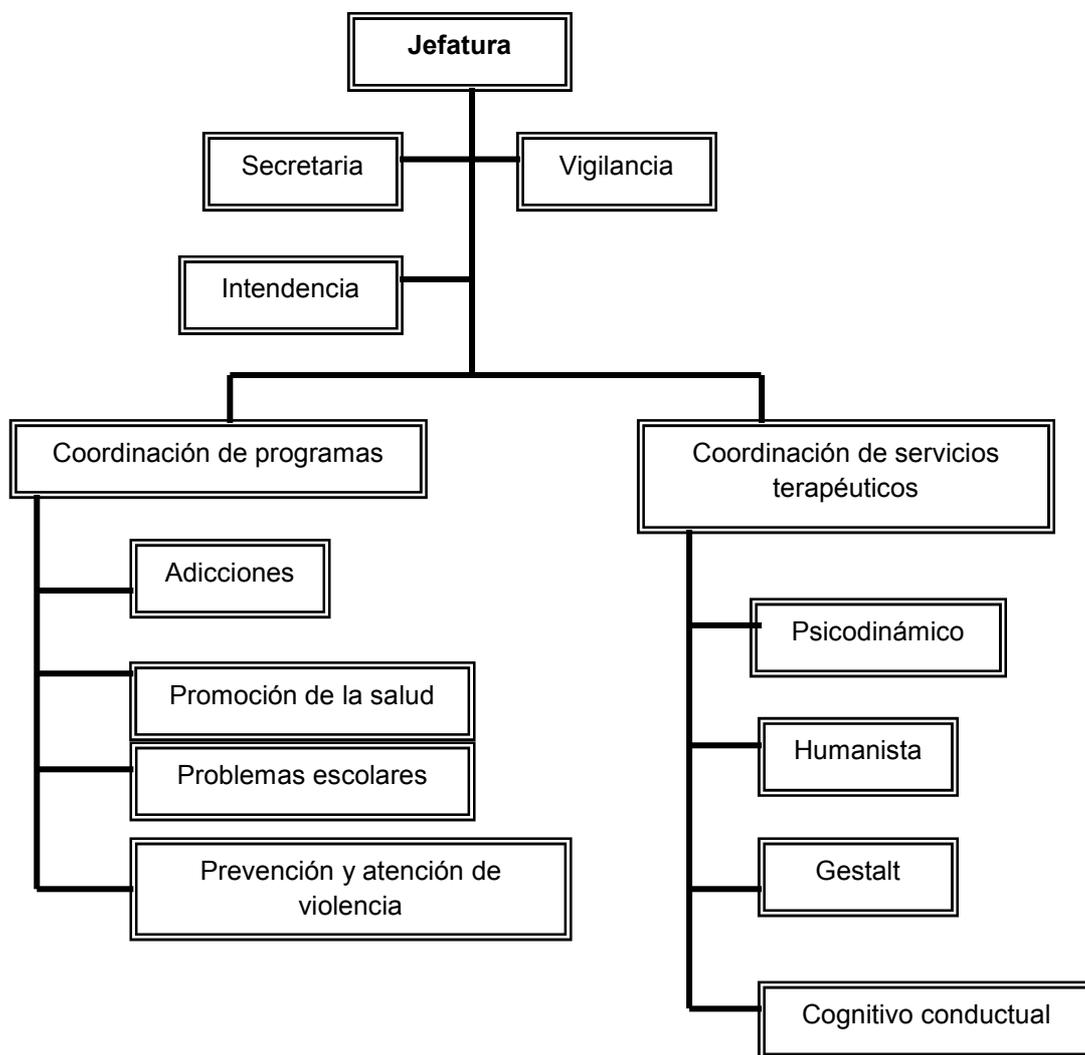


Figura 4. Organigrama del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”

Por otra parte, físicamente el Centro cuenta con una sala de recepción, una oficina de la responsable, una sala de juntas, un centro de cómputo, una biblioteca y un comedor.

Los talleres y algunos otros eventos que requieren de un espacio amplio, como el cine-debate, se llevan a cabo en la sala de usos múltiples, que tiene una televisión panorámica y existe la opción de dividirla en dos salas de trabajo; para la atención psicológica hay dos cámaras de Gesell (una de ellas con equipo de audio), y siete cubículos, uno de ellos con circuito cerrado, que esta junto a la sala de juntas para las supervisiones en vivo.

El espacio físico del Centro se adapta a las necesidades de trabajo y de demanda, ya que los espacios son utilizados indistintamente, ya sea para las consultas, los talleres y/o conferencias.

III.- Servicios que Ofrece:

Este Centro Comunitario tiene dos ejes principales de trabajo: prevención y el tratamiento.

La prevención se refiere a los Cursos, Talleres y el Cine-debate. Estos servicios son promovidos por el personal académico del Centro.

En cuanto al servicio terapéutico, las personas solicitan la atención llamando directamente al centro, el costo de cada sesión es de \$50 pesos.

Los programas que tiene el centro son los siguientes:

- 1 Programa de adicciones
 - Para los usuarios y sus familias
 - Adolescentes en alto riesgo

- 2 Programa de hábitos de salud
 - Programa de modificación de hábitos alimentarios
 - Psicología del Deporte

- 3 Programa de violencia familiar
 - Prevención del maltrato en la pareja
 - Grupo de reflexión de mujeres
 - Atención a parejas que sufren violencia

- 4 Programa sobre problemas escolares y Familiares
 - Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES)
 - Escuela para padres
 - Programa de lecto-escritura para la población infantil y adulta
 - Programa de Enseñanza Inicial de la Lectura y la Escritura (EILE)

- 5 Programa de servicio terapéutico
 - Individual, familiar y grupal
 - Niños, adolescentes y adultos

Las personas que asisten a cualquiera de estos programas solicitan directamente el servicio; ya sea que llamen por teléfono o asistan al Centro Comunitario. En algunas ocasiones, el personal académico y/o los residentes llaman a las personas que solicitaron el servicio y que se anotaron en la lista de espera, para invitarlos, o bien sólo se distribuyen volantes y carteles por las colonias aledañas al Centro, asimismo se publican en la gaceta de la Facultad de Psicología los eventos que se van realizar. El proceso de atención de los solicitantes se muestra en la figura:

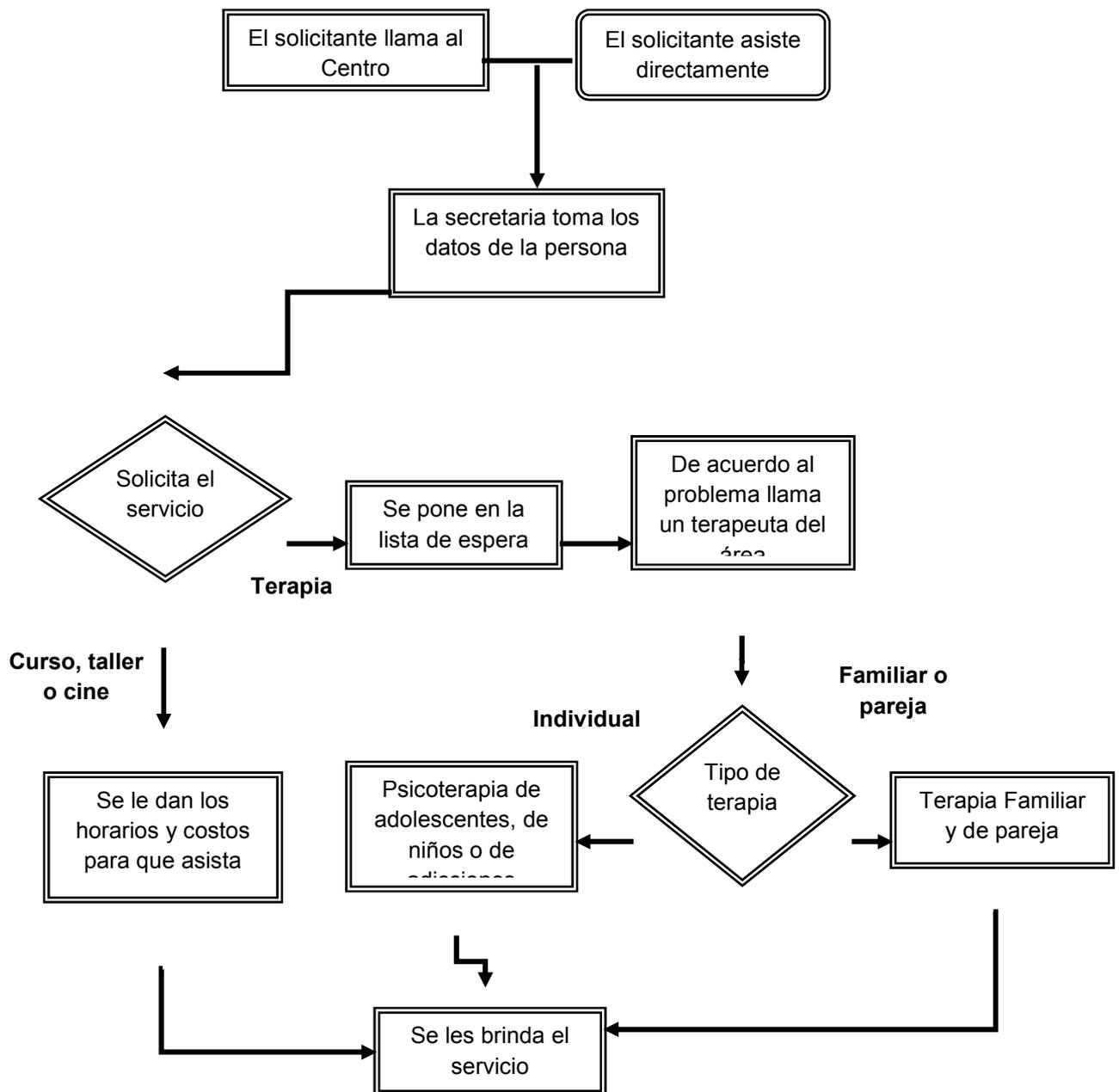


Figura 5. Diagrama del proceso de atención del centro Comunitario

El Centro ofrece talleres y cursos fijos, dependiendo de la demanda del evento y de la disponibilidad de horarios que se tenga, se ofrecen nuevas actividades.

1.2.3.- Hospital psiquiátrico infantil “Juan N. Navarro”

I. Antecedentes

Al cierre del hospital psiquiátrico *La Castañeda*, fue construido el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, el 24 de Octubre de 1966.

Se encuentra ubicado en Av. San Buenaventura N° 86, en la Colonia Belisario Domínguez, delegación Tlalpan.

Este hospital, forma parte de un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud denominado Servicios de Atención Psiquiátrica, cuyas funciones consisten en la formulación de programas, supervisión y evaluación de servicios especializados en salud mental; así como la coordinación operativa y administrativa de tres hospitales psiquiátricos especializados (Fray Bernardino Álvarez, Dr. Juan N. Navarro y Dr. Samuel Ramírez Moreno) y tres Centros Comunitarios de Salud Mental del Distrito Federal (Iztapalapa, Zacatenco y Cuauhtémoc).

El Hospital Psiquiátrico Infantil, *se especializa* en atender problemas de salud mental en niños y adolescentes. La **población** que asiste a esta Institución, en su mayoría son de escasos recursos económicos; por lo que, no cuentan con otros Servicios de Salud y provienen principalmente del Distrito Federal y área metropolitana (Secretaría de Salud, 2008).

II. Niveles de atención

El hospital, brinda atención a tres niveles (Secretaría de Salud, 2008):

- Atención primaria: investigación, promoción de la salud e identificación temprana.
- Atención secundaria: diagnóstico oportuno y tratamiento.
- Atención terciaria: rehabilitación de forma continua e integral.

III. Personal e infraestructura

El Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con un **equipo multidisciplinario** que incluye: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, paidopsiquiatras,

médicos generales y especialistas, odontólogos, terapeutas físicos y dietistas (Secretaría de Salud, 2008).

Dentro de su **infraestructura**, cuenta con: 120 camas, 3 consultorios de urgencias, 19 consultorios, 3 equipos de radiología, 3 unidades dentales, 4 aulas, 2 áreas de rehabilitación y 1 cámara de Gessell.

IV. Estructura orgánica

- Dirección General Adjunta de Servicios de Atención Psiquiátrica.

- Dirección de Hospital Psiquiátrico.
 - Subdirección de Consulta Externa y Admisión.
 - Subdirección de Rehabilitación Psicosocial y Participación Ciudadana.
 - Subdirección de Hospitalización.
 - Subdirección Administrativa.
 - Subdirección de Centro Comunitario de Salud Mental.

- Dirección de Administración.
 - Subdirección de Contabilidad.

 - Subdirección de Programación y Presupuesto.
 - Departamento de Adquisiciones.
 - Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales.

V. Problemáticas presentadas al ingreso.

El ingreso al hospital, se lleva a cabo mediante una evaluación realizada por un paidopsiquiatra. Este determina el nivel de urgencia y la modalidad de la atención, de la siguiente manera (Secretaría de Salud, 2008):

a) Consulta no urgente:

- Problemas de aprendizaje escolar.

- Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros.

- Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años).

b) Atención urgente:

- Conducta agresiva incontrolable.
- Intento de suicidio reciente (días).
- Crisis de angustia.
- Intoxicación actual por drogas o medicamentos.
- Fallas graves de conducta que no pudieran ser controladas con la intervención de la familia.

VI. Proceso para ingresar al servicio de terapia familiar (figura 6)

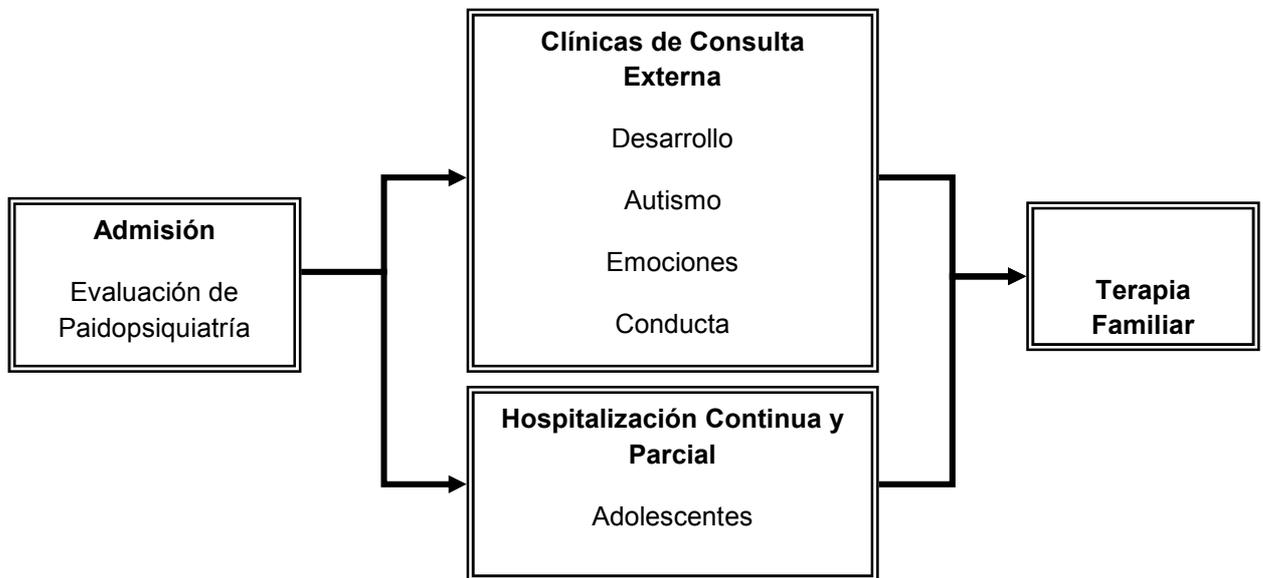


Figura 6: Proceso para ingresar al servicio de terapia

VII. Análisis sistémico del escenario

El hospital está conformado por cinco áreas principales (Secretaría de Salud, 2008):

1. Enseñanza: Apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.
2. Atención Integral: Comprende atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental.

3. Psiquiatría comunitaria: Ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.

4. Hospitalización continua y parcial: Los servicios de urgencias y hospitalización continua atienden las 24 hrs. todos los días del año. Cuenta con los siguientes servicios:
 - *Unidad de adolescentes*. Se divide en mujeres y hombres de 12 a 17 años. Atiende trastornos psiquiátricos graves como cuadros psicóticos, intentos suicidas y trastornos severos de conducta en hospitalización continua.

 - *Paidea*. Es un servicio de consulta externa y hospitalización parcial a adolescentes de 12 a 18 años, con problemas de adicciones.

 - *Unidad de cuidados prolongados*. Brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo

5. Consulta Externa. Está constituida por diversas clínicas:
 - *Clínica del desarrollo*. Atiende a niños de 0-6 años con alteraciones físicas, intelectuales o sensoriales del desarrollo, o bien con algún daño orgánico o retraso mental.

 - *Clínica del autismo*. Se proporciona rehabilitación física y psicomotora, terapia ambiental, en niños y adolescentes que padecen autismo.

 - *Clínica de las emociones*. Atiende a niños de 6 a 12 años, que son canalizados por alteraciones en el estado de ánimo, como problemas de ansiedad, fobias, depresión e ideación suicida.

 - *Clínica de conducta*. Se enfoca a atender niños de 6 a 12 años con Alteraciones de la Conducta como Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.

 - *Clínica de la adolescencia*. Se atiende a adolescentes de 12 a 17 años, que tienen problemas de estado de ánimo, conductuales o por la etapa de desarrollo.

 - *Painavas*. Se atienden niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso sexual.

Los equipos multidisciplinarios que trabajan en las áreas antes mencionadas, realizan las siguientes actividades:

6. Psicología. En esta área, se realizan psicodiagnósticos, psicoterapia, orientación individual y grupal, así como apoyo a padres de familia con grupos psicoeducativos a nivel escolar y preescolar.

Dentro de la psicoterapia, se brinda: Análisis Conductual, Cognitivo-Conductual, Terapia Individual, Terapia de Pareja y **Terapia Familiar**. Las prácticas de **la Residencia de Terapia Familiar** se llevan a cabo en el consultorio de dicha área, en los jardines aledaños y consultorios proporcionados por otras áreas. Los pacientes, son canalizados a esta área por psiquiatras, pertenecientes a las clínicas descritas anteriormente, que detectan alguna dificultad en la familia y regularmente se tratan simultáneamente.

7. Enfermería. Busca satisfacer las necesidades que se originan en la atención a pacientes que acuden a los servicios.
8. Trabajo Social. Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial. Realizan el estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo de los servicios del hospital.
9. Rehabilitación Psicosocial. Proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, así como obtener y conservar un ambiente de vida satisfactorio, a través de actividades como: psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

CAPITULO II:

Marco Teórico

II.- MARCO TEÓRICO

2.1.- Análisis teórico-conceptual de los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna

A continuación se describen los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, estos son: Teoría General de los Sistemas, Teoría de la Cibernética, Teoría de la comunicación, Constructivismo y Construcción Social.

2.1.1.- TEORÍA GENERAL DE LOS SISTEMAS

Las ideas precursoras sobre los sistemas abiertos nacieron alrededor de los años veinte, pero se manejaban desde la Edad Media por personajes como Leonardo Da Vinci, Leibing, Nicolás de Cusa y su filosofía de lo opuesto, Paracelso y su visión de la historia, Kaldum y su percepción de la historia como entidades culturales o de sistemas, y la teoría Gestalt física de Röhler (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Sin embargo, la publicación de la Teoría General de los Sistemas (TGS), estructurada como tal, surge hasta el término de la Segunda Guerra mundial alrededor de 1947 y se le atribuye formalmente a Ludwing Von Bertalanffy.

La Teoría General de Sistemas surge en contraposición al modelo reduccionista o mecanicista, que según Sánchez y Gutiérrez (2000) parte de la premisa de aislar los elementos de un universo observado, fragmentándolo en forma analítica para estudiarlo y analizarlo con el fin de determinar o predecir su comportamiento individual.

Los motivos conducentes a la postulación de esta teoría se resumen en las siguientes ideas según Bertalanffy (1968):

- El campo de la ciencia trataba de establecer un sistema de leyes explicativas y predictivas desde la física teórica, por lo que se enfocaba a la realidad física, en consecuencia hubo un reduccionismo en biología, el comportamiento y las ciencias sociales, que debían ser manipuladas como las ciencias exactas, imponiéndose una generalización de los conceptos científicos.
- En los campos biológicos, del comportamiento y sociológico no se incluyeron conceptos como los de organización, directividad, teleología, etc., porque no tenían cabida en el sistema clásico de la ciencia, para ello se requería la introducción de nuevas categorías en el pensamiento y la investigación científica.

- La ciencia se ocupaba ante todo de problemas de dos variables, de relaciones lineales, de una causa y un efecto, o de pocas variables cuando mucho; sin embargo, numerosos problemas de biología, ciencias sociales y del comportamiento, son multivariados que requieren nuevos instrumentos conceptuales; por lo que se necesitan nuevas herramientas teóricas.
- No existe una barrera entre la naturaleza inorgánica y la viviente, es solo que en la biología, las ciencias del comportamiento y la sociedad no hay instrumentos conceptuales adecuados que sirvan para explicar y predecir tal como sucede en la física; por lo que se requiere la introducción de nuevos modelos conceptuales.
- Estas construcciones teóricas, estos modelos son interdisciplinarios: trascienden los comportamientos ordinarios de la ciencia y son aplicables a fenómenos en diferentes campos.

Según Sánchez y Gutiérrez (2000) “las metas u objetivos de la Teoría General de Sistemas en la ciencia es conducir a una integración contextual de instrucción científica de las ciencias naturales y sociales, así como determinar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia” (p.39).

Por lo antes mencionado la TGS establece los principios generales de los sistemas, como totalidades organizadas, independientemente de su contenido. Según Bollini (1994) es la formulación y derivación de los principios que son válidos para los sistemas en general, una disciplina formal que aunque no se ocupa del contenido específico de cada ciencia, es aplicable a toda ciencia empírica que se ocupe de todos organizados.

Bertalanffy (1968) utiliza el concepto de sistema para referirse tanto a la célula como al ser humano, a una máquina autorregulable o al universo; por tanto, entrarían dentro de la definición todos los fenómenos integrados con los diversos aspectos que los componen, así como las interacciones que se generan entre ellos, por lo que “todo organismo es un sistema, esto es, un orden dinámico de partes y procesos en interacción mutua” (p. 218).

Este mismo autor establece una distinción entre sistema cerrado y abierto, en donde un sistema cerrado es aquel cuyos elementos no tienen interacción con otros elementos del medio circundante, hay una tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden, en tanto que un sistema abierto se distingue porque presenta intercambios con el medio circundante, implica importación y exportación, constitución y degradación mediante un equilibrio dinámico (homeostasis).

Bertalanffy (1968), introduce el concepto de información como entropía negativa, lo que favorece el orden y la organización, partiendo de las nociones de adaptabilidad, intencionalidad y persecución de metas. También establece el principio de equifinalidad con el que manifiesta que los orígenes de

configuraciones sistémicas similares pueden no ser los mismos en todos los casos, lo que lleva a confirmar la singularidad de cada situación, de esta forma se entiende que los sistemas vivos, en tanto abiertos, no pueden ser explicados en términos de causalidad, dado que las circunstancias iniciales no los determinan.

Bollini (1994) considera que el objetivo fundamental de la Teoría General de los Sistemas es: tender a la integración de las ciencias, elaborando principios unificadores para conducirlos a una unidad científica.

Johansen (1982) considera que al abordar la Teoría General de Sistemas es indispensable describir los siguientes conceptos claves de la misma:

1. **Sistema:** es un grupo de partes y objetos que interactúan y forman un todo; y se encuentran bajo la influencia de fuerzas en alguna relación definida. O también puede ser un conjunto de partes coordinadas y en interacción para alcanzar un conjunto de objetivos. Son de dos tipos: a) **cerrado**, es aquél cuya corriente de salida; es decir, su producto modifica su corriente de entrada; esto es, sus insumos, y b) **abierto**, es aquél cuya corriente de salida no modifica a la corriente de entrada.
2. **Subsistema:** es un conjunto de partes e interacciones que se encuentran estructural y funcionalmente dentro de un sistema mayor, y que posee sus propias características; es decir, son sistemas más pequeños dentro de sistemas mayores o supersistemas.
3. **Fronteras del sistema:** son aquellas líneas que separan el sistema de su entorno (o supersistema) y que define lo que le pertenece y lo que queda fuera de él.
4. **Sinergia:** es cuando el examen en forma aislada de una o alguna de las partes de un "objeto" (incluso de cada una de sus partes), no puede explicar o predecir la conducta del todo.
5. **Recursividad:** es el hecho de que un sistema se vaya transformando al utilizar el fin un proceso como el inicio de otro más complejo.
6. **Entropía:** es una tendencia natural de pérdida del orden, es el cambio de estados más ordenados u organizados a estados menos ordenados y organizados, es una cantidad definida y medible; es decir, una cantidad física mensurable tal como el largo de una cuerda, la temperatura de cualquier punto del cuerpo o el calor específico de una sustancia dada.

7. **Negentropía:** es el proceso inverso a la entropía, y está definido por el paso de un estado de desorden aleatorio a otro estado de orden previsible; se puede decir que a mayor desorden o entropía, mayor es la cantidad de información necesaria para recuperar un mensaje.

La nueva teoría de los sistemas tiene un valor explicativo y predictivo que se enfoca a un nuevo cúmulo de problemas en torno a la totalidad, antes en ciencias como la Psicología se limitaban a aplicaciones bastante triviales como el aprendizaje por repetición; la ciencia del pasado estaba dominada por un empirismo unilateral, donde solo se consideraba científico el acopio de datos y experimentos; la teoría era equiparada a especulaciones o filosofía, olvidando que el mero acopio de datos, no constituye una ciencia.

La consecuencia directa respecto a lo anterior, fue la falta de reconocimiento y apoyo para mejorar el armazón necesariamente teórico, e influencias desfavorables sobre la investigación experimental misma; como lo expone la máxima Kantiana de que la experiencia sin teoría es ciega, pero la teoría sin experiencia es un juego intelectual.

Esta teoría también puede ser utilizada para el análisis de la personalidad, ya que es lo bastante abstracta y general para permitir su aplicación a entidades de cualquier denominación como las nociones de equilibrio, homeostasis, retroalimentación, estrés, etc.; porque el concepto de sistemas no está limitado a entidades materiales sino que puede aplicarse a cualquier todo que este formado de componentes que interactúen.

Sin embargo, contrariará el esquema ordinario de estímulo-respuesta que sustenta las teorías conductistas y el psicoanálisis; porque la TGS considera que el organismo tiene un funcionamiento autónomo; y estos enfoques no abordan los terrenos del juego, las actividades exploratorias, la creatividad, la autorrealización, etc.

Además, se diría que el modelo E-R es una imagen irreal de la naturaleza humana, ya que buena parte del comportamiento biológico y humano cae más allá de los principios de utilidad, homeostasis y estímulo-respuesta; debido a que el sujeto no es sólo requiere satisfacer sus impulsos biológicos; sino que requiere mantener un equilibrio psicológico y social; ya que es influido por la cultura en la que se desarrolla.

Los principios básicos de la TGS que se relacionan con la Terapia Familiar Sistémica según Sánchez y Gutiérrez (2000) son los siguientes:

- Todo **sistema** familiar es una unidad organizada a través de reglas propias, donde todos los elementos de organización son necesariamente independientes y a la vez todo comportamiento de un individuo no se puede comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.

- La estructura sistémica familiar está formada por **subsistemas**; estos se delimitan por jerarquías que determinan sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función. Los límites serán los que delimiten las jerarquías y su funcionalidad.
- Los **patrones** que rigen al sistema familiar son **circulares** y no lineales; esto es, la familia se ve como un sistema de retroalimentación donde el comportamiento de cada miembro es consecuencia e influye el comportamiento de los demás.
- Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de **homeostasis** y las familias rompen su equilibrio por el principio de crecimiento o de morfogénesis. Por tanto, los sistemas abiertos como con las familias, se rigen por principios dinámicos y de interacción con el ambiente.
- La evolución y los **cambios** son **inherentes** en los sistemas abiertos. Entre los sistemas vivientes abiertos, la familia es uno de los más dinámicos, ya que todos y cada uno de sus subsistemas interactúan ante un mundo lleno de estímulos y cambios continuos.

En un sistema familia podemos observar según Ochoa de Alda (2004) las siguientes propiedades:

1. **Totalidad:** el sistema equivale a las conductas y las interacciones de todos (el funcionamiento del grupo es más que la suma de las conductas de sus miembros).
2. **Causalidad circular:** las relaciones familiares son recíprocas, pautadas y repetitivas (las conductas están interrelacionadas).
3. **Equifinalidad:** un sistema puede alcanzar el mismo estado final a partir de condiciones iniciales distintas, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
4. **Equicausalidad:** un sistema puede alcanzar estados finales distintos a partir de la misma condición inicial, lo que dificulta buscar una causa única del problema.
5. **Limitación:** adoptar una determinada secuencia de interacción, disminuyendo la probabilidad de que el sistema emita otra respuesta.

6. **Reglas de relación:** formas en que se relacionan los componentes de la familia.
7. **Ordenación jerárquica:** es el dominio y/o ayuda que unos miembros ejercen sobre otros.
8. **Teleología:** adaptarse a las diferentes exigencias de los estadios de desarrollo por los que atraviesa.
9. **Homeostasis o morfostasis:** tendencia del sistema a mantener su unidad, identidad y equilibrio frente al medio, afectando el cambio a todos los miembros del sistema.
10. **Morfogénesis:** tendencia del sistema a cambiar y crecer, desarrollando nuevas habilidades y/o funciones y negociando una nueva redistribución de roles entre los miembros.

La Teoría General de Sistemas tiene aplicación en muchas otros ámbitos a parte de la Terapia Familiar como la física, la química, la sociología, la antropología, la informática, la ecología y la psicología en general.

En todas estas áreas se utiliza en contraposición al modelo reduccionista o mecanicistas. Este nuevo punto de vista sistémico enfatiza el no aislar los elementos necesariamente, sino relacionarlos entre ellos con el fin de comprenderlos en su interacción contextual e intrínseca.

Según Sánchez y Gutiérrez (2000) a través de la Teoría General de Sistemas se logra una nueva comprensión de las ciencias físicas, biológicas y sociales, como resultado de la necesidad de entender con mayor amplitud los fenómenos racionales, los problemas teóricos, la ciencias biológicas, así como la modernización de la ciencia mecanicista: con una nueva concepción que vislumbra a los organismos biológicos como un todo.

Bollini (1994) considera que la Teoría General de Sistemas impactó notablemente distintas áreas del conocimiento de diversas formas, tal es el caso de las que se describen a continuación:

- La *biología* clásica tenía una visión mecánica del mundo que reducía al organismo y funcionamiento orgánico a elementos y procesos últimos: células, moléculas y átomos. Sin embargo, a partir de TGS modificó su visión considerando al organismo como una totalidad donde las partes y procesos individuales dependen de todas las otras; las partes están intrínsecamente relacionadas entre sí, considerando al organismo como sistema.
- La *física* pasa del elementalismo, determinismo, causalidad lineal a la organización y totalidad; es decir, la física clásica se centra en el

comportamiento individual de las partículas, en cambio la física cuántica privilegia el todo dentro del cual tienen sentido los procesos individuales.

- La *Psicología* incorpora la TGS pasando de un enfoque de psicoterapia con visión lineal del comportamiento a una visión circular que permite explicar e intervenir de forma exitosa en las conductas de los pacientes.
- La *neurofisiología* se contrapone a la clásica fisiología de las vías fijas de conducción nerviosa, tratando de entender la transmisión del impulso nervioso, considera que el impulso no pasa de una fibra al extremo de otra, sino que segrega una sustancia química que pasa al medio circundante (sinapsis), ante lo cual encontraron que el cerebro funciona como un campo de autodistribución dinámica, las fuerzas se distribuyen y regulan tendiendo al equilibrio.
- Quintero (1997) considera que la TGS impactó también en el *Trabajo Social*, ya que a partir de esta influencia se empieza a observar al hombre en función de suprasistemas; es decir, a partir de la inserción del sujeto y su familia al medio social, económico y político que la delimita.

2.1.2.- TEORÍA CIBERNÉTICA

Paralelamente a la Teoría General de Sistemas aparece en 1950 la Cibernética cuyo precursor fue Norbert Wiener, quien comenzó a desarrollar su teoría a partir de su interés por las relaciones entre el hombre y la máquina, factores predominantes durante la época que vivió y que fueron de las primeras aproximaciones para desarrollar lo que sería la Cibernética. A finales de la Segunda Guerra Mundial, escribe su libro titulado Cibernética; correlacionando los conceptos sistémicos de retroalimentación, cambio, homeostasis, con los de la Cibernética circular, propósito, organización y recursividad Wiener (1954; en Keeney, 1987).

La epistemología cibernética, apoya el enfoque de la organización circular en lugar de la lineal; sus postulados teóricos son: circularidad, estructura, sistemas abiertos, sistemas cerrados y retroalimentación.

Wiener (1954; en Keeney, 1987), comienza a considerar la reformulación de los procesos sociales y biológicos a partir del cambio en los sistemas de comunicación mediante las matemáticas y la ingeniería, con lo que empezaría a cambiar la concepción del mundo.

Para Wiener (1954; en Keeney, 1987), “la cibernética es la ciencia de la comunicación entre el hombre y la máquina” (p. 32), y etimológicamente deriva

de una palabra griega que significa “piloto” o “timonel”. Mientras que para Keeney (1987) “la cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías” (p.77). En un sentido más específico Ashby (1977) considera que “la cibernética se ocupa de todas las formas de conducta” (p. 78).

La idea básica de la cibernética es la de retroalimentación, que según Wiener (1954; en Keeney, 1987) “es un método para controlar a un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esa información al retornar sobre el desempeño anterior del sistema, puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje” (p.83).

De esta forma la Cibernética se ocupa tanto del ser humano como de las máquinas, enfatizando las pautas de interacción que conectan a un elemento con otro, lo cual nos permite tener una visión integral del fenómeno.

Los propósitos de la Cibernética según Ashby (1977) son los siguientes:

- Desarrollar un lenguaje propio de las máquinas para que el hombre pudiera enfrentar sus problemas de comunicación y regulación.
- Establecer los principios generales de regulación de sistemas de todo tipo.
- Estudiar los procesos de comunicación y control en sistemas naturales y artificiales.
- Establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clarificar sus manifestaciones particulares por conceptos.
- Ofrecer un vocabulario único; es decir, conjunto de conceptos adecuados para representar los más diversos tipos de sistemas.
- Brindar un conjunto de conceptos con correspondencias exacta en cada rama de la ciencia a fin de ponerlas en relación exacta (p.47)

Según Salas (2005) los términos claves de esta teoría son los que se describen a continuación:

- **Organización o sistema:** conjunto de elementos cualitativamente diferentes a la suma de sus partes que mantienen relaciones entre sí y

forman estructuras únicas, dinámicas y complejas. Se denominan sistemas abiertos cuando la retroalimentación y las correcciones provienen de diversos puntos, y se les llama sistemas cerrados cuando la retroinformación proviene de un solo punto.

- **Orden:** surge a través del control reduciendo o ampliando ciertos aspectos, empleando como método la retroalimentación.
- **Información:** lleva implícito el concepto de retroalimentación, cuyo planteamiento puede entenderse de la siguiente forma: B afecta a A y éste a su vez afecta a B, en un círculo de eventos que afectan y modifican unos a otros.

- **Retroalimentación o regulación:** Mecanismo que permite controlar un sistema. Puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple o bien a un proceso de orden superior cuando reintroduce en el sistema la información sobre los resultados de su desempeño pasando por autocorregir sus errores, autorregularse y preservar-cambiar su organización. La cibernética sugiere que puede entender todo cambio como el empeño por mantener cierta constancia y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio.

- **Entropía:** tendencia inevitable al desorden, gasto o dispersión irreversible de energía.

- **Entropía negativa o negentropía:** tendencia al orden o proceso tendiente a revertir la entropía.

La Cibernética se divide en Cibernética de primero y segundo orden; la de primer orden presenta dos etapas: en la primera etapa se refiere a la pauta y a la organización terapeuta-paciente, donde ambas están dadas desde una perspectiva de enfermo-sano, y el terapeuta se mantiene fuera del sistema como vigilante del mismo; en cambio en la segunda etapa, continúa la visión anterior, pero la participación del terapeuta es mayor, en cuanto a que es agente que opera cambios en la organización del sistema por retroalimentación positiva (morfogénesis). (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En la cibernética de segundo orden se realiza la influencia del observado como constructor de las realidades de otros y abre un espacio para la reflexión sobre el propio comportamiento, la responsabilidad y la ética; su fundamento está en que la realidad "real" no existe y por lo tanto no puede describirse, sino "inventarse": construirse.

Se considera al terapeuta como parte de la realidad observada, se involucra en los diálogos, historias, fuerzas, recursos y significado, a través de lo cual se convierte en un receptor de la realidad de la familia, y su función es sugerir nuevas perspectivas compartidas para lograr el objetivo terapéutico.

Maturama (en Hoffman, 1987) desde la segunda Cibernética considera que la supervivencia de cualquier sistema vivo depende de dos procesos importantes: la morfostasis (significa que el sistema debe mantener constancia ante los caprichos ambientales mediante retroalimentación negativa) y morfogénesis (según la cual a veces un sistema debe modificar su estructura básica mediante una retroalimentación positiva o secuencias que actúan para ampliar la desviación).

La retroalimentación negativa es conservadora y promueve el status quo, la positiva es radical y promueve la novedad. Dentro de la retroalimentación es importante considerar la fuerza negativa, la forma en que se combinan y el momento de los rizos de retroalimentación (serie de hechos causados mutuamente en que la influencia de cualquier elemento regresa a sí misma por medio de otros elementos) al evaluar el equilibrio o desequilibrio del sistema en un momento dado.

Los procesos de retroalimentación en los sistemas vivos siempre deben considerarse de acuerdo con varios niveles simultáneos de sistemas, en sentido estructural, como en las capas de los sistemas vivos, ya que la mejor manera de comprender la complejidad de los fenómenos naturales es si nos percatamos de que siempre estamos tratando de secuencias de creciente inclusión: como individuos, grupos primarios, organizaciones, sistemas sociales, entonces toda actividad en una de estas capas sin duda operará simultáneamente al menos en otra.

Esta Cibernética implica “tomar una posición”, observar la situación de manera reflexiva; es decir, tener una visión de las visiones y explicar cómo el observador se da cuenta de la forma como se relaciona con la situación y cómo la influye; lo anterior, permite ver que una interpretación de los hechos, es sólo eso, una entre muchas posibles versiones.

El psicoanálisis y el conductismo que sobresalía en la época, se ocupaban del estudio de relaciones lineales, unidireccionales y progresivas de tipo causa-efecto, dejando fuera de su estudio un gran número de fenómenos.

El advenimiento de la Cibernética demostró que causa-efecto podían unirse dentro de un marco más amplio, que se cristalizó gracias al descubrimiento de la retroalimentación: una cadena en la que el hecho A afecta al hecho B y B afecta luego a C y C a su vez trae consigo a D, etc. tendría la posibilidad de un sistema lineal determinista. Sin embargo, si se lleva nuevamente a A, el sistema es circular y funciona de modo totalmente distinto.

Estos desde la cibernética son sistemas de retroalimentación, y se distinguen por ser tan cuantitativa como cualitativamente distintos a los fenómenos donde se aísla una sola variable, ya que requieren una filosofía en donde los conceptos de configuración e información son esenciales.

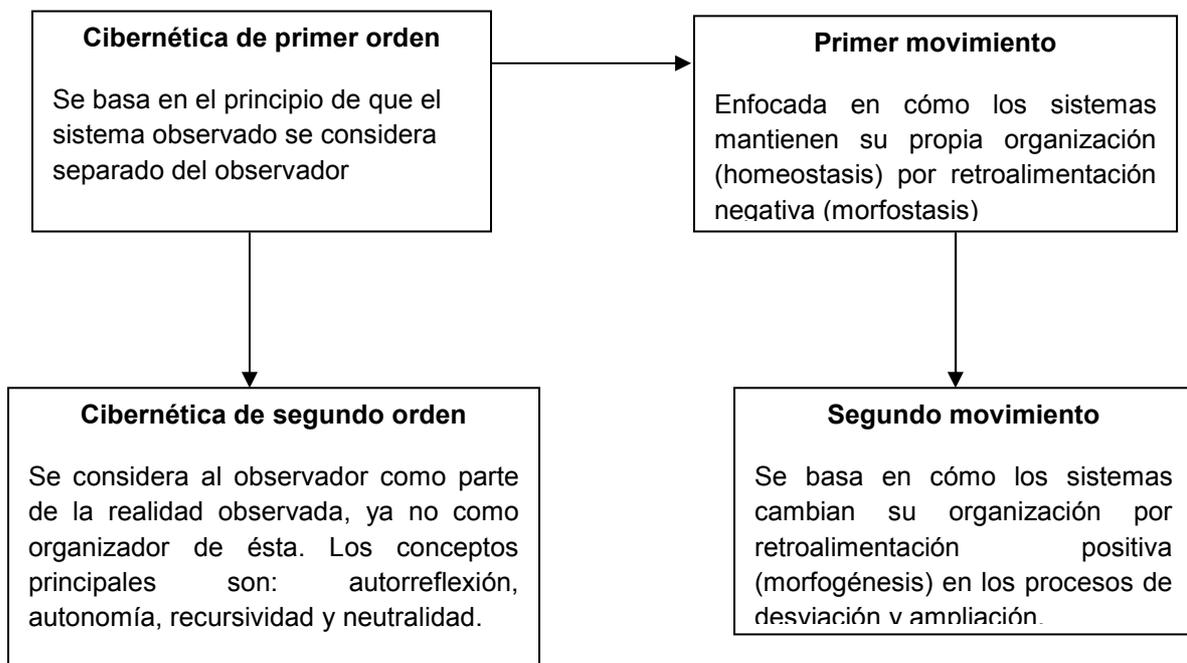
La retroalimentación puede ser positiva o negativa, la primera lleva al cambio, esto es, a la pérdida de estabilidad o de equilibrio; mientras que la negativa, que caracteriza la homeostasis, desempeña un papel importante en el logro y el mantenimiento de la estabilidad de las relaciones.

Los sistemas interpersonales pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que cada persona afecta a las otras y es, a su vez, afectada por éstas. La entrada de tal sistema puede amplificarse y transformarse así en cambio o bien verse contrarrestada para mantener la estabilidad, según los mecanismos de retroalimentación sean positivos o negativos.

Para explicar la interconexión de los sistemas Ashby (1977) propuso un aparato que consiste en cuatro subsistemas autorreguladores idénticos totalmente interconectados de modo tal que una perturbación provocada en cualquiera de ellos afecta a los demás, a su vez, se ve afectado por la reacción de éstos, lo cual significa que ningún subsistema puede alcanzar su propio equilibrio aislado de los otros.

Desde la teoría de la información los procesos estocásticos muestran redundancia o constricción, por lo que las personas pueden decir algo y significar otra cosa, las propias reglas de conducta e interacción pueden exhibir los mismos grados de conciencia, esto es, puede estar claramente dentro del campo de la conciencia de una persona, o este sujeto puede no tener conciencia de ellas pero ser capaz de reconocerlas, cuando alguien se las señala o puede estar lejos de la conciencia que aunque se las defina correctamente y se le señalen la persona no puede verlas.

El siguiente mapa expuesto por Sluzki (1985; en Salas, 2005) es una forma de diferenciar la Cibernética de primer y segundo orden, además servirá para resumir lo antes señalado:



2.1.3.- TEORÍA DE LA COMUNICACIÓN HUMANA

La ciencias de la conducta se basan todavía en una visión monádica del individuo, que consiste en aislar variables, y cuando el objeto de estudio es una conducta psicopatológica en un sujeto, esta se estudia en aislamiento; sin incluir los efectos de esa conducta sobre los demás, las reacciones de estos últimos frente a aquéllas y el contexto en que tienen lugar; si fuera así, nos enfocaríamos a las relaciones entre las partes de un sistema más amplio, pasando así de un estudio deductivo de la mente a las manifestaciones observables de la relación; lo cual se lograría observar a través de la comunicación.

Para estudiar la comunicación Morris (1938, en Waltzlawick, Beavin y Jackson, 1991) propone subdividirla en tres áreas: sintáctica, semántica y pragmática; sin embargo, la separación que se hace de la comunicación es solo con fines didácticos, ya que sus elementos son interdependientes. La primera abarca los problemas relativos a transmitir información, ya sea los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades del lenguaje.

La semántica se ocupa del significado, ya que para que éste se presente, el emisor y el receptor se deben poner de acuerdo respecto a éste. La comunicación afecta a la conducta, que es el aspecto pragmático que permite explicar las relaciones, donde toda conducta y no sólo el habla, es comunicación, y toda comunicación, incluso los indicios comunicacionales de contextos interpersonales, afecta a la conducta. Por lo que es indispensable enfatizar la relación que se establece entre emisor-receptor mediante la comunicación.

Para realizar el análisis de la comunicación Waltzlawick, Beavin y Jackson (1991) utilizaron algunas nociones de la matemática; como los conceptos de función y relación.

La metacomunicación, que surge cuando se deja de utilizar la comunicación para comunicarse, sino se refieren a ella; haciendo un análisis de cadenas de comunicación, donde se enfatizan las redundancias pragmáticas, como secuencias de interacción humana que están gobernadas estrictamente por un complejo conjunto de reglas.

Waltzlawick, Beavin y Jackson (1991) concluyeron este análisis enfatizando un conjunto de aspectos que resulta de gran importancia para entender el cambio de paradigma desde la visión lineal hasta la visión sistémica, estos se describen a continuación:

- Consideran que no es necesario concentrarse tanto en lo que realmente sucede en el interior de la “caja negra”, no es necesario recurrir a ninguna hipótesis intrapsíquica, tal conocimiento no resulta esencial para estudiar la función del aparato dentro del sistema más amplio de que forma parte, es posible limitarse a las relaciones observables entre entradas y salidas, esto es la comunicación, por ello se deben

considerar los síntomas como una de las múltiples formas de entrada al sistema familiar y no como una expresión de conflictos intrapsíquico.

- Enfatizan que en la comunicación resulta complejo determinar la conciencia o inconciencia que el sujeto tiene de lo que comunica, que tendríamos que observar los significados, una idea que resulta esencial para la experiencia subjetiva de comunicarse con otros.
- La conducta está supeditada en parte por la experiencia previa; sin embargo, en la comunicación todo lo que A dice acerca de su pasado a la persona B está ligada a la relación actual entre esas dos personas y también determinado por ella.
- En la relación causa-efecto, se enfatiza el último ya que surge como el criterio de significación esencial en la interacción de individuos estrechamente relacionados; y entonces los síntomas son un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente, por lo que dice Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) “cuando el ¿por qué? de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta ¿para qué? puede proporcionar una respuesta válida.
- En los sistemas con circuitos de retroalimentación no hay comienzo ni fin, el hecho B precede a A, según donde se decida arbitrariamente romper la continuidad del círculo, ante esto, se cuestiona: “¿sí la comunicación de una determinada familia es patológica porque uno de sus miembros es psicótico, o bien uno de sus miembros es psicótico porque la comunicación es patológica?”.
- Desde el punto de vista comunicacional, ninguna conducta es normal o anormal, ya que ésta debe ser estudiada en el contexto en que tiene lugar, por lo que los síntomas se entienden como la conducta adecuada a una situación interaccional dada, por ejemplo: la esquizofrenia entendida como la única reacción posible frente a un contexto comunicacional absurdo o insostenible.

A partir de los trabajos realizados por Bateson (1979) y el equipo del M.R.I., encabezado por Jackson, se forjó poco a poco lo que se conoce como la nueva teoría de la comunicación, donde toda conducta era concebida de manera relacional y representaba una forma de comunicación (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Watzlawick, Beavin y Jackson (1991) proponen que la comunicación es el aspecto pragmático de la teoría de la comunicación humana, le llamará mensaje a cualquier unidad comunicacional singular, y una serie de mensajes

intercambiados entre personas recibirá el nombre de interacción; a partir de esto propone una serie de axiomas metacomunicacionales que son las propiedades de la comunicación que encierran consecuencias interpersonales básicas; dichos axiomas pueden presentar ciertos tipos de patologías que interfieren la comunicación, distorsionando estos principios que se describen a continuación:

1.- La imposibilidad de no comunicar: “no es posible no comunicarse”

Toda conducta es comunicación, ya que no manejamos una unidad mensaje, sino más bien un conjunto fluido y multifacético de muchos modos de conducta verbal, tonal, postura, contextual, etc.; que van desde lo congruente hasta lo incongruente y paradójico.

No hay no conducta, ya que es imposible no comportarse; esto es, si se acepta que toda conducta en una situación de interacción tiene un valor de mensaje, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no se puede dejar de comunicar, aún en ausencia de palabras o de atención mutua; influyendo en los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones.

La comunicación no sólo tiene lugar cuando es intencional, consiente o eficaz, esto es, cuando se logra un entendimiento mutuo; ya que el sinsentido, el silencio, el retraimiento, la inmovilidad (silencio postural) o cualquier otra forma de negación constituye en sí mismo una comunicación.

Patologías:

Estas surgen en diversos contextos y van desde la comunicación de los pacientes esquizofrénicos donde el lenguaje es tan confuso que obliga al interlocutor a elegir entre muchos significados; hasta poblaciones no clínicas, donde se presentan de las siguientes formas:

- Rechazo de la comunicación.
- Aceptación de la comunicación.
- Descalificación de la comunicación (mediante autocontradicciones, incongruencias, cambios de tema, tangencializaciones, oraciones incompletas, malentendidos, etc).
- Utilizar el síntoma como comunicación (fingir somnolencia, sordera, borrachera, ignorancia del idioma, o cualquier otra deficiencia o incapacidad que justifique la imposibilidad de comunicarse).

2.- Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación: “toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación”

La comunicación implica un compromiso y por ende, define la relación e impone conductas; Bateson (1979) dio a conocer estas operaciones como los aspectos referenciales (transmiten información y por ende en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje) y conativos (se refiere a qué

tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende a la relación entre los comunicantes).

Patologías:

Existen varias combinaciones de patología que se establece a partir de las confusiones entre el contenido y la relación, estas son las que se describen a continuación:

- Los participantes están en desacuerdo con respecto al nivel del contenido y también de la relación.
- Los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido, pero ello perturba su relación.
- Los participantes están de acuerdo en el nivel del contenido, pero no en el relacional.
- Existen confusiones entre los dos aspectos: contenido y relación.
- Aquellas situaciones en las que una persona se ve obligada de un modo u otro a dudar de sus propias percepciones en el nivel de contenido, a fin de no poner en peligro una relación vital con otra persona.

3.- La puntuación de la secuencia de hechos: “la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”

Una característica de la comunicación es la que se refiere a la interacción (intercambio de mensajes) entre comunicantes. Para un observador, una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios; sin embargo, quienes participan en la interacción introducen lo que Bateson (1979) (1979) llamó puntuación de la secuencia de hechos, esto se describe a continuación.

Cada ítem en la secuencia es, al mismo tiempo, estímulo, respuesta y refuerzo. Un ítem dado de la conducta de A es un estímulo en la medida en que lo sugiere un ítem proveniente de B y este último, por otro ítem correspondiente a A.

La puntuación de la secuencia comunicacional organiza los hechos de la conducta y, por ende, resulta vital para las interacciones en marcha, a la vez que sirve para reconocer secuencias de interacción comunes e importantes. Y la falta de acuerdo respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.

Patologías:

Las discrepancias en cuanto a la puntuación de las secuencias de hechos tienen lugar en todos aquellos casos en que por lo menos uno de los comunicantes no cuenta con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe.

Constantemente se supone que ambos cuentan con la misma información; por lo que, deberían obtener conclusiones idénticas.

A partir de esta confusión, aparece el concepto de la “profecía autocumplidora” que, desde el punto de vista de la interacción, constituye quizá el fenómeno más interesante en este campo. Se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada y lo que provoca la secuencia y la convierte en un problema de puntuación es que el individuo considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes, y no que las provoca.

4.- Comunicación digital y analógica: *“los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee la semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones”*

El hombre es el único organismo que utiliza tanto los modos de comunicación digital como analógica. El elemento digital en la comunicación se refiere a utilizar el nombre (escrito o hablado); es decir, la palabra para nombrar algo, y resulta obvio que la relación entre el nombre y la cosa nombrada está arbitrariamente establecida. Las palabras son signos arbitrarios que se manejan de acuerdo con la sintaxis lógica del lenguaje; no existe otra correlación entre ninguna palabra y la cosa que representa, con la posible aunque insignificante excepción de las palabras onomatopéyicas.

La comunicación analógica es todo lo que sea comunicación no verbal, se limita a los movimientos corporales, a la conducta conocida como kinestésica; incluye la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y la cadencia de las palabras mismas, y cualquier otra manifestación no verbal de que el organismo es capaz, así como los indicadores comunicacionales que inevitablemente aparecen en cualquier contexto en que tiene lugar una interacción.

Patologías:

Aparecen porque como el mensaje analógico carece de muchos de los elementos que forman parte de la morfología y la sintaxis del lenguaje digital; además de que todos los mensajes analógicos invocan significados a nivel relacional, y que, por lo tanto, constituyen propuestas acerca de las reglas futuras de la relación; apareciendo errores al traducir mensajes analógicos al lenguaje digital, por lo que es necesario introducirle las funciones lógicas de verdad, pues éstas faltan en el modo analógico.

5.- Interacción simétrica y complementaria: *“todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia”.*

En 1935, Bateson (1979) describió un fenómeno de interacción que denominó cismogénesis y lo definió como “un proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos” (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

Este proceso lo dividió en dos tipos de relaciones: cismogénesis complementaria (relación en donde la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt, se basa en un mínimo de diferencias y hay dos posiciones distintas: superior o primaria e inferior o secundaria) y simétrica (relación donde los miembros tienden a igualar especialmente su conducta recíproca, sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igual puede mantenerse en cualquiera de las áreas, se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima).

Posteriormente otros autores sugirieron otras dos clasificaciones complementarias: la metacomplementaria (en la que A permite u obliga a B a estar en control de la relación mediante idéntico razonamiento) y pseudosimetría (en la que A permite u obliga a B a ser simétrico).

Patologías:

La simetría y la complementariedad no son en sí mismas “buenas” o “malas”, “normales” o “anormales”, se refieren simplemente a dos categorías básicas en las que se puede dividir a todos los intercambios comunicacionales. Y cada patrón puede estabilizar al otro, toda vez que se produce una escapada en uno de ellos, y es necesario que los dos participantes se relacionen simétricamente en algunas áreas y de manera complementaria en otras.

Una relación simétrica esta siempre en peligro de la competencia, pierde su estabilidad dando lugar a lo que se llama una escalada: disputas o luchas en donde los participantes atraviesan una pauta de escalada de frustración hasta que, eventualmente, se detienen agotados física y emocionalmente, y mantienen una tregua inestable hasta que se recuperan lo suficiente como para iniciar el segundo “round”.

En la relación complementaria la patología equivale a desconfirmaciones antes que a rechazos del self del otro. Un problema característico de estas relaciones surge cuando A exige a B confirme una definición que A da de sí mismo y que no concuerda con la forma en que B ve a A. Ello coloca a O frente a un dilema muy particular: debe modificar su propia definición de sí mismo de forma tal que complemente y así corrobore la de A, pues es inherente a la naturaleza de las relaciones complementarias el que una definición del self sólo pueda mantenerse si el otro participante desempeña el rol específico complementario.

2.1.4.- CONSTRUCTIVISMO

El constructivismo es considerado como una escuela de pensamiento que estudia la relación entre el conocimiento y la realidad dentro de una perspectiva evolutiva, postula que un organismo nunca es capaz de reconocer, describir o copiar la realidad, pues solamente puede construir un modelo que se ajuste a ella, un modelo o mapa que se desarrolla en las interacciones del organismo con su ambiente y obedece a principios evolutivos de selección (Limón, 2005).

El constructivismo temprano se originó en los trabajos de Jean Piaget (epistemología genética), Frederick Bartlett (análisis constructivista de la memoria humana), Hayet (tratado sobre la naturaleza constructivista del sistema nervioso humano), George Kelly (la psicología de los constructos personales de), Weimer (la metateoría motriz de la mente); y en las aportaciones filosóficas de Kant (la crítica de la razón pura), Vico (concepto de universales imaginarios) y Vaihinger (la filosofía neokantiana del “como si”) (Lyddon, 1998, Neimeyer, 1998).

El constructivismo posterior, a menudo denominado constructivismo radical, se asocia sobre todo al físico Heinz Von Foerster (1982, 1984), al lingüista Ernest Von Glasersfeld (1987), al científico cognitivo Francisco Varela, al biólogo Humberto Maturana (1978)) y a los teóricos de la familia Paul Watzlawick, Brad Keeney y Paul Dell (1984) (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La perspectiva constructivista se inserta en la tradición del individualismo occidental y cuestiona el mundo Cartesiano, rechaza la tradición según la cual el conocimiento es representativo y refleja el mundo real y verdadero, y afirma que es imposible conocer una realidad externa objetiva (Maturana, 1978, en Anderson, 1999).

En esta misma línea, la realidad representa una adaptación funcional del sujeto; los seres humanos, en tanto sujetos que experimentan el mundo, construyen e interpretan la realidad. La mente construye; es decir, el observador construye la realidad en su mente. La perspectiva insiste en que conocer es una actividad adaptativa; el conocimiento es un compendio de los conceptos y las acciones que cada uno considera exitosos, desde el punto de vista de los propósitos que tenía la persona en la mente (Von Glasersfeld, 2000).

Retomando elementos de la biología y de la teoría de Jean Piaget, el Constructivismo postula que las estructuras orgánicas y cognoscitivas evolucionan de manera similar, esto es, a través de procesos de selección que operan por medio de “ensayo y error”, y en donde las experiencias adquiridas se transforman en hipótesis para orientar la acción futura de los organismos. Para esta perspectiva, por tanto, los sistemas vivientes son sistemas cognitivos, y la vida, un proceso de conocimiento (Maturana, 1984; en Limón, 2005).

El trabajo de Heinz Von Foerster (1991), sobre la segunda cibernética, al igual que el de Humberto Maturana y el de Francisco Varela sobre la percepción, están parcialmente orientados hacia el origen de la aplicación de las teorías constructivistas a la Terapia Familiar. Maturana y Varela han subrayado que la percepción visual nace en la intersección de aquello que se ofrece al observador y a su sistema nervioso; demostrando que lo que ven no existe como tal fuera de su campo de experiencia, sino que es el resultado de la actividad interna que el mundo exterior desencadena en ellos. Von Foerster (1991) hace hincapié en la relación entre el sistema observador y el sistema observado, mostrando cómo estos sistemas son inseparables al sostener que el observador no se pregunta si es objetivo o subjetivo, en lugar de ello admite el nexo entre el observador y lo observado.

El Constructivismo radical, considera a la realidad como una construcción de la mente, y pone el acento en la autonomía del propio ser y del individuo como productos de sentidos; para este, la realidad y por lo tanto el conocimiento son contruidos e interpretados personalmente; el mundo en el que vivimos no es descubierto sino inventado; por lo tanto, toda comunicación y comprensión son materia de construcción interpretativa por parte del sujeto, consisten exclusivamente en el ordenamiento y organización de un mundo construido por la experiencia (Von Glasersfeld, 2000).

El Constructivismo radical no crea o explica ninguna realidad allí afuera, muestra que no hay adentro ni afuera, que no hay un mundo objetivo enfrentado al subjetivo, que la división sujeto-objeto no existe, que la aparente división del mundo en pares opuestos es construida por el sujeto, y que la paradoja abre el camino hacia la autonomía (Watzlawick, 1984; en Anderson, 1999).

En diversos campos psicológicos el pensamiento constructivista surge como una perspectiva necesaria, tal es el caso de la psicología cognitiva, la psicología evolutiva, la psicología educativa, la psicología ambiental, la psicología de la emoción, la terapia familiar, la psicología feminista y los estudios de género, la psicología narrativa y del discurso, la percepción y la memoria, la personalidad y la psicoterapia en general (Lyddon, 1998).

Hoffman (1989), desde el punto de vista del enfoque sistémico constructivista considera los siguientes supuestos:

- No hay una creencia en la realidad objetiva, ya que los problemas existen a partir de los significados; por lo que, al cambiar el foco de la conducta a la idea; el interés no se centra en los sistemas intrapsíquicos, sino en ideas personales y colectivas.
- El terapeuta mantiene una posición de neutralidad, pluralidad y multipartialidad; esto significa que intenta encontrar el sentido a todas las posturas del sistema, más allá de que le gusten o le repugnen.
- Existe una relativa ausencia de jerarquías; la opinión del terapeuta es considerada como otra más del sistema, ya que no existe una interpretación más verdadera que otra de la realidad.

La influencia del Constructivismo comenzó a transformar a la terapia en un proceso de “corrección de lentes”, de creencias, de construcciones. Sin embargo, la terapia todavía no se había alejado de las nociones de problemas y patologías; simplemente pasó a considerarlos “lentes defectuosas” Anderson, 1999).

El Constructivismo conduce a los terapeutas a diseñar procedimientos terapéuticos en función de una nueva estructura lógica, y a transmitirles a los pacientes esa misma forma de pensar: que sus problemas son internos, que

son construcciones propias, que lo exterior es inaccesible y que tendría que cambiar sus cogniciones (Limón, 2005). Ya que desde esta perspectiva, es el sujeto observador quien activamente construye el conocimiento del mundo exterior; por lo que, la realidad puede ser interpretada en distintas formas (Fiezas y Villegas, 2000). Así, la idea de adquirir un conocimiento “verdadero” acerca de la realidad se desvanece (Neimeyer, 1998).

Los terapeutas constructivistas no niegan la existencia del problema, pero su objetivo no radica en buscar la causa del mismo; ya que parten del supuesto de que existen diversas maneras de representar y explicar una determinada forma de actuar, sin que exista manera de demostrar cuál es la verdadera.

Además, partiendo de la postura de que existen múltiples formas de construir la realidad, lo que una persona o familia construye como problema y sus intentos de solución serán siempre relativos; por lo que los tratamientos deberán planificarse en función de las peculiaridades de los pacientes.

Por lo antes mencionado, desde esta postura la función del terapeuta consiste en entender cómo es que el paciente construye una situación problemática y con qué recursos cuenta para construir una nueva forma de interacción en la que ésta ya no sea una dificultad. Es decir, la terapia es un desafío fascinante que consiste en demoler lentamente la vieja historia y avanzar hacia una nueva historia, construida en colaboración, que abra nuevas posibilidades para los clientes (Cecchin, 1996).

2.1.5.- CONSTRUCCIONISMO SOCIAL.

Constantemente existe confusión entre el Constructivismo y el Construccinismo Social; sin embargo, a pesar de que tienen algunas coincidencias, las dos son muy diferentes. Gergen (1985; en Hoffman, 1996) señala que existe un terreno común, ambas se oponen a la idea del modernismo de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Sin embargo, el Constructivismo parte del supuesto de que la construcción del saber es a partir de procesos intrínsecos del individuo; mientras que el Construccinismo Social liga las fuentes de acción humana a las relaciones sociales.

El constructivismo social se retoma al trabajo de los sociólogos P. L. Berger y T. Luckmann, cuyo clásico “La construcción social de la realidad”, sugiere una relación entre perspectivas individuales y procesos sociales, la naturaleza social del conocimiento, y por lo tanto una multiplicidad de interpretaciones posibles.

Más recientemente el Construccinismo Social se asocia con Jerome Bruner (1986), Nelson Goodman (1978), Kenneth Gergen (1982, 1985, 1994), Rom Harré (1979, 1983), John Shotter (1984, 1994), Donald Polkinghorne

(1988, 1991), Theodore Sarbin (1986), Clifford Geertz (1983) y Charles Taylor (1989) (Hoffman, 1996).

La Construcción Social concierne a las diferencias. Los teóricos de esta postura, se consideran en una postura posmoderna (Elkaïm, 1996). Shotter (1995; en Anderson, 1999) caracteriza a los construccionistas sociales como que les interesa cómo es una persona que vive en una red de relaciones con otros, que se sitúa en relación con estos de distintas maneras y en distintos momentos.

Gergen (1996), quien es considerado como el principal representante del movimiento, define a la construcción social como una indagación que busca explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica o da cuenta del mundo en que vive. El Construccionismo Social considera al discurso como un reflejo o un mapa del mundo, sino como un recurso para el intercambio comunal.

Para este autor, el conocimiento es una construcción comunal, un producto del intercambio social; y las ideas, las verdades y el propio ser son producto de las relaciones humanas en una comunidad de personas y relaciones. Por lo tanto, los significados del lenguaje; es decir, los significados que se le atribuyen a las cosas, los acontecimientos y la gente son el resultado del lenguaje que se usa: del dialogo social, el intercambio y la interacción que se construye socialmente. Por ello, el énfasis está puesto más en la base contextual del significado que en la localización de los orígenes del significado.

El Construccionismo Social se aleja de la idea de la mente constructora individual y cuestiona la noción del individuo autónomo. El individuo ya no es el objeto de comprensión, o el creador de sentido. El entendimiento no crea significación; en cambio, la mente es significación.

Este enfoque busca explicar cómo las personas llegan a escribir, explicar o dar cuenta del mundo donde viven (incluyendo su propia participación), para ello Gergen (1993) considera las siguientes hipótesis:

- Lo que se considera conocimiento del mundo está determinado por la cultura, la historia o el contexto social.
- Los términos con los cuales se comprende el mundo son artefactos sociales, productos de intercambios entre las personas e históricamente situados. Desde esta posición el proceso de entendimiento no es dirigido automáticamente por las fuerzas de la naturaleza, sino que resulta de una empresa activa y cooperativa de personas en relación.
- El grado hasta el cual una forma de comprensión prevalece sobre otra no depende fundamentalmente de la validez empírica de la perspectiva en cuestión, sino de las vicisitudes de los procesos sociales.

- Las formas de comprensión negociadas están conectadas con otras muchas actividades sociales en las que participan las personas. Las descripciones y las explicaciones del mundo constituyen en sí las mismas formas de acción social.

A partir de lo anterior, Shotter (1993; en Anderson, 1999) habla de realidades conversacionales; donde el contexto es conceptualizado como un dominio multirrelacional y lingüístico, donde las conductas, los sentimientos, las emociones y las comprensiones son comunales; éstas ocurren dentro de una pluralidad compleja y en constante cambio de redes de relaciones y procesos sociales, y dentro de dominios, prácticas y discursos locales más amplios.

Anderson y Goolishian (1992) especifican la influencia que tiene el Construccinismo Social en la Terapia familiar, esto se describe a continuación:

- Al desplazarse rápidamente hacia una posición hermenéutica e interpretativa, al destacar que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan.
- Esta posición se anida en el ámbito de la semántica y la narrativa; apoyándose fuertemente en la idea de que la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.
- Desde el Construccinismo Social la persona vive y entiende su vida, a través de realidades narradas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humano.
- La psicoterapia es vista como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio.
- Desde esta postura no se habla de patología, ni se busca la etiología de los síntomas, sino de los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene estos síntomas.

Esta tendencia ha influenciado a diversos terapeutas familiares como Lynn Hoffman, Kenneth Gergen, Sheila McNamee, Elkaïm, Michael White, H. Goolishian, Epston, Tom Andersen, Carlos Sluzki, Shotter, Anderson y muchos otros que se van sumando (Limón, 2005)

La influencia del Construccinismo Social radica en que su forma de pensar instauro a los terapeutas sobre tendencias conceptuales y pragmáticas diferentes, al considerar que las ideas, los conceptos y los recuerdos surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje; y todo conocimiento evoluciona en el espacio entre las personas en el ámbito del “mundo común y

corriente". Y es sólo a través de la permanente conversación con sus íntimos que el individuo desarrolla un sentimiento de identidad o una voz interior (Limón, 2005).

Desde el punto de vista construccionista, la psicoterapia se libera de la caracterización mecanicista que la confina al ámbito de las técnicas; surgiendo como un proceso de construcción interpersonal. Siendo así, no se puede abstraer a la psicoterapia del contexto social que la determina y dentro del cual tiene lugar (Fruggeri, 1996).

Por lo antes mencionado el terapeuta deberá pensar en los problemas como historias que las personas han hecho de sus vidas. En la práctica, el proceso terapéutico toma la forma de una conversación entre las personas y el resultado de esta conversación construirá la realidad (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Dentro de este marco se reconceptualiza no sólo la psicoterapia sino también la patología. El meollo de la cuestión no es la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene a los síntomas (Fruggeri, 1996).

En este sentido, a medida que el acento se desplaza a la construcción lingüística de la realidad, las enfermedades y los problemas, pierden su privilegio ontológico; ya que no son independientes, sino construcciones culturales. No hay problemas más allá del modo en que una cultura los constituye como tales (Gergen, 1996).

Ante este panorama, el terapeuta constructivista asume la responsabilidad y las consecuencias de sus opiniones, valores y creencias. Además, alienta al cliente a hacer lo mismo; enfatizando que los síntomas son generados por las pautas de vida de ese momento, en vez de creer que son producto de misteriosas fuerzas externas o enfermedades psíquicas internas (Efran y Clarfield, 1996).

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

A continuación se describen los principios teórico-metodológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, estos son: Modelo Estructural, Modelo Estratégico, Modelo Terapias Breves Orientado a Problemas, Modelo de Terapia Breves Orientado a Soluciones y los Modelos derivados del Posmodernismo: Modelo Reflexivo, Narrativo y Colaborativo.

2.2.1.- MODELO ESTRUCTURAL

*El síntoma se mantiene
por la tendencia homeostática
del sistema familiar
a permanecer en el statu quo
Minuchin, 1984.*

I.- PRINCIPALES REPRESENTANTES

Salvador Minuchin es el principal representante de este enfoque, su trabajo inicial lo llevó a cabo en la Clínica de orientación infantil de Filadelfia en Estados Unidos (Desatnik, 2004). Creó un enfoque terapéutico centrado en la estructura familiar, manifestando que los procesos del sistema familiar se reflejan temporalmente en su estructura (Ocho de Alda, 2004). Los autores con las que trabajó fueron Jay Haley (quien posteriormente desarrolló el modelo estratégico), Jorge Calapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte y Bernice Rosman.

II.- ANTECEDENTES

Este enfoque se sustenta en una nueva concepción científica de finales del siglo XX denominada Teoría General de Sistema elaborada por Ludwig Von Bertalanffy, que surge en contraposición al modelo reduccionista o mecanicista; este enfoque se centra en las organizaciones jerárquicas de la familia, ya que considera que ésta no es una relación entre iguales, sino la descripción de las distintas estructuras comunicacionales de distintos niveles.

Se enfoca en la comunicación analógica y su objetivo primordial es la diferenciación de los subsistemas; sus estrategias se centran en las secuencias reiteradas sobre las cuales se basan aquellas estructuras (Madanes, 1982).

La terapia estructural fue desarrollada en la segunda mitad del siglo veinte. Minuchin (1979) propone que la terapia estructural es un cuerpo de teórico-metodológico que estudia al individuo en su contexto social; este tipo de terapia intenta modificar la organización de la familia, ya que cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros, y por ende las experiencias de cada individuo.

III.- PREMISAS O PRINCIPIOS BÁSICOS

- La vida psíquica del individuo no es exclusivamente un proceso interno, ya que éste tanto influye sobre su contexto como es influido por éste en secuencias repetidas de interacción; el individuo que vive en el seno de una familia es un miembro de un sistema social al que debe adaptarse, sus acciones se encuentran regidas por las características del sistema y estas incluyen los efectos de sus propias acciones pasadas.
- Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos de todos los miembros.
- Cuando un terapeuta trabaja con un paciente, su conducta se incluye en ese contexto; este y la familia forman en conjunto un nuevo sistema que gobierna la conducta de sus miembros.
- Una transformación de la estructura del sistema permitirá una posibilidad de cambio en el sistema global.
- El sistema familiar esta organizado sobre la base del apoyo, regulación, alimentación y socialización de sus miembros; por lo tanto, el terapeuta se une a la familia para modificar su funcionamiento para que desarrolle dichas tareas con mayor eficacia.
- La familia tiene propiedades de autoperpetuación; por lo tanto, el proceso que el terapeuta inicia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación de éste; es decir, una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará a partir de una matriz diferente y modificando el feedback que continuamente califica o valida las experiencias de los miembros (Minuchin, 1979).

IV.- CONCEPTOS BÁSICOS

- **Familia:** es la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, imprime a éstos un sentimiento de identidad independiente. Es un sistema que opera a través de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién relacionarse (Minuchin, 1979, p. 80).
- **Estructura familiar:** es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia y se adaptan cuando las circunstancias cambian (Minuchin, 1979, p.89).

- **Subsistemas:** proporcionan un entrenamiento en el proceso de mantenimiento diferenciado “yo soy”, pueden ser formados por generación, sexo, interés o función; son llamados también holones y son individual, conyugal, parental y fraternal (Minuchin, 1979, p.88).
- **Límites:** son las reglas que definen quiénes y de qué manera participan. Su función reside en proteger la diferenciación del sistema. Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites deben ser claros para permitir tanto el desarrollo de las funciones de los miembros como el contacto entre los miembros del subsistema con otros (Minuchin, 1979, p.89); es decir, deben ubicarse en un punto medio entre aglutinamiento y desligamiento (Umbarger, 1983, p.57; en Desatnik, 2004).
- **Jerarquías:** se refieren a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento dentro del sistema, que marca subordinación o supraordinación de un miembro respecto a otro (Umbarger, 1983, p.57; en Desatnik, 2004).
- **Jerarquía incongruente:** jerarquía basada en una definición simultánea de dos posiciones incompatibles de poder dentro del sistema familiar. (Ochoa de Alda, 2004, p. 266).
- **Alianzas:** designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, p.58; en Desatnik, 2004). Éstas pueden ser transitorias, flexibles, patológicas, rígidas o permanentes, contra uno o más integrantes de la familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p.94).
- **Coaliciones:** es una alianza en oposición a otra parte del sistema; generalmente es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero; se expresan mediante un conflicto y/o exclusión (Desatnik, 2004, p.58).
- **Triángulos:** tiene como función equilibrar la relación entre varios miembros que tienen relaciones conflictivas. La triangulación se refiere a una relación diádica que incluye a un tercero, para encubrir o desactivar el conflicto (Simon, Stierlin y Wynne, 1988, p.58; en Desatnik, 2004).
- **Territorio:** corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familiar, en tiempo y lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones patológicas: una cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y la otra cuando se encuentra en la periferia (Sánchez y Gutiérrez, 2000, p. 94).
- **Geografía:** se refiere a la ubicación de la familia en el hogar, cómo duermen, cómo comen, etc.; se refleja en la manera de sentarse en las sesiones de terapia (Macías; en Sánchez y Gutiérrez, 2000, p.94).

V.- INTERVENCIONES

Existen tres estrategias principales, cada una dispone de un grupo específico de técnicas (Minuchin, 1994), estas se describen a continuación:

A) Cuestionamiento del síntoma: el objetivo es modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del problema, a partir de los miembros busquen respuestas afectivas, cognitivas y conductuales diferentes hasta considerar que el problema no reside en el paciente identificado, sino en ciertas pautas de interacción de la familia. Las técnicas de esta estrategia son escenificación, enfoque y logro de intensidad.

B) Cuestionamiento de la estructura familiar: consiste en reestructurar el sistema familiar, al modificar el lugar que ocupan los miembros de la familia dentro de los diferentes subsistemas; esto se logra aumentando o aminorando la proximidad entre los miembros, dando lugar a diferentes modos de pensar, sentir y actuar; al hacer explícitas coaliciones, alianzas y formas de agrupación para resolver conflictos. Las técnicas de esta estrategia son fijación de fronteras, desequilibramiento y enseñanza de la complementariedad

C) Cuestionamiento de la realidad familiar: consiste en observar la realidad que la familia ha construido y resulta inviable para ellos; por lo que es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre los miembros. Las familias tienen un conjunto de esquemas cognitivos que legitiman o validan la organización familiar, y todo cambio en la estructura modificará su visión del mundo. Las técnicas de esta estrategia son constructos cognitivos, intervenciones paradójicas y los lados fuertes de la familia.

VI.- TÉCNICAS (Minuchin, 1994)

1.- Escenificación: el terapeuta pide a la familia que “dance en su presencia”. Así construye una secuencia interpersonal en la sesión, en donde se muestran los modos verbales y no verbales en que los miembros de la familia emiten señales, apareciendo las interacciones disfuncionales entre estos.

La escenificación se logra utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- **Interacciones espontáneas:** se utiliza cuando el terapeuta aún no conoce las pautas dentro de las cuales se expresa la disfuncionalidad en la familia, para esto, se le solicita a la misma que utilice las estrategias habituales para resolver el problema, con lo cual pone de relieve las interacciones disfuncionales.

- **Provocar interacciones:** es una forma interactiva para obtener información (a partir de una vivencia directa del sistema) del modo como la familia funciona ordinariamente, junto con la forma en que lo hace cuando el terapeuta ejerce presión por medio de sus disposiciones escénicas.
- **Interacciones alternativas:** es una combinación de las dos anteriores, el terapeuta se sitúa en la periferia para que se puedan producir interacciones entre los miembros de la familia; a partir de esto al aparecer el problema, encuadra ciertas interacciones como muestra de su danza y alienta a la familia para buscar soluciones.

2.- Enfoque: es organizar un esquema terapéutico que promueva el cambio, destacando los lados fuertes señalando los problemas, deslindando las fronteras e incluyendo una meta estructural y una estrategia para llegar a ella. Existen algunos aspectos de esta técnica que resultan “trampas” que utiliza el terapeuta para establecerla y son: desviar inicialmente la atención a otro tema, reorganizar la jerarquía de los temas importantes y destacar las fortalezas familiares

3.- Intensidad: es la fuerza con la que el terapeuta envía el mensaje a la familia. Tiene como objetivo que esta “escuche” el mensaje, que permitirá hacer cambios en el sistema creando secuencias interactivas que incrementen el componente afectivo de la interacción.

La intensidad se logra utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- **Repetición del mensaje:** se repite tanto el contenido como la estructura. Ejemplo: “es esencial que los padres se pongan de acuerdo (estructura) sobre determinada hora en que los hijos se deben acostar (contenido)”.
- **Repetición de interacciones isomórficas:** son mensajes con contenido diferente pero estructuralmente equivalentes.
- **Modificación del tiempo:** se refiere a continuar explorando un tema aún y cuando la familia demuestra no querer seguir haciéndolo.
- **Cambio de la distancia:** modificar la distancia que los miembros de la familia consideran adecuada mantener entre sí.
- **Resistencia a la presión de la familia:** es evitar ser absorbido por la familia mediante la resistencia.

4.- Fijación de fronteras: regula la permeabilidad de los límites que separan a los subsistemas entre sí, apunta a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un holón significativo.

La fijación de fronteras se logra utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- **Distancia psicológica:** es identificada mediante indicadores espaciales y el turno en que habla cada miembro de la familia; lo cual, proporciona un mapa tentativo sobre las relaciones de proximidad, las alianzas, las coaliciones y las díadas o triadas funcionales.
- **Ordenamiento del espacio:** consiste en modificar o reordenar el espacio físico durante la sesión, ya sea moviendo de asiento a alguno de los miembros o utilizándose el terapeuta a sí mismo para proteger a alguno de los subsistemas.
- **Atención selectiva:** se realiza pidiéndole a la familia que sólo traiga a la sesión a ciertos miembros, ya que con esto el terapeuta se asegura de lograr una separación entre los subsistemas.
- **Duración de la interacción:** consiste en extender o alargar un proceso, que es un modo de incrementar la intensidad y demarcar o separar a los subsistemas. Esta intervención puede iniciarse en el consultorio y continuarse como tareas para el hogar.

5.- Desequilibramiento: se utiliza para cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros del sistema, lo que puede llegar a formar realidades nuevas, puesto que todo cambio en la posición jerárquica de la familia modifica la perspectiva de sus miembros en relación con lo que se considera permitido en las interacciones entre ellos, descubriendo alternativas en todos los subsistemas.

El desequilibramiento se logra utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- **Alianzas con miembros de la familia:** se realiza con un miembro específico, partiendo de que al modificar su posición jerárquica dentro del sistema familiar, modificará la de los demás.
- **Ignorar a miembros de la familia:** se utiliza con miembros acaparadores como una provocación para que la familia “cierre filas”, se establezca una coalición contra el terapeuta y posibilite un realineamiento de las jerarquías familiares.
- **Coalición contra miembros de la familia:** el terapeuta participa como miembro de una coalición contra uno o más miembros de la familia, provocando tensión en el sistema que permitirá lograr una transformación.

6.- Complementariedad: apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, cuestionando la idea de la jerarquía íntegra. Si los miembros de la familia son capaces de encuadrar su experiencia de manera que abarque lapsos mayores, percibirán la realidad de un modo nuevo.

La complementariedad se logra utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- Cuestionamiento del problema: cuestionar la creencia de la familia respecto a que hay un paciente identificado con independencia del contexto.
- Cuestionamiento del control lineal: cuestionar la idea de la familia de que un solo miembro puede controlar el sistema, cuando cada persona es el contexto de las demás.
- Cuestionamiento del modo de recortar los sucesos: cuestionar la epistemología de la familia al introducir y encuadrar la conducta individual como parte de un todo.

7.- Construcciones: son elaboradas por la familia en un proceso de organización y explicación de los hechos; sin embargo, dispone de otras alternativas de interacción diferentes, flexibles y pluralistas en donde no se hace necesario el síntoma para funcionar.

Las construcciones se logran utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- Símbolos universales: son dictados por las instituciones y es un acuerdo que rebasa el ámbito de la familia, el terapeuta los utiliza como una realidad objetiva.
- Verdades Familiares: son las justificaciones que la familia hace de sus interacciones; el terapeuta utiliza la misma concepción del mundo de la familia para extender su modalidad de funcionamiento e instaurar una dirección diferente.
- Consejo profesional: el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia basada en su experiencia, conocimiento o sabiduría.

8.- Intervenciones paradójicas: son intervenciones conductuales cuyo objetivo es prescribir la continuidad de la conducta sintomática durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones.

Las intervenciones paradójicas se logran utilizando alguna de las siguientes estrategias:

- Intervenciones directas: son consejos, explicaciones, sugerencias, interpretaciones y tareas que están destinadas a que se realicen literalmente como se les prescribió y su objetivo es modificar las reglas o los roles de la familia.
- Intervenciones paradójicas: son intervenciones que al realizarlas tendrán como consecuencia lo opuesto de lo que parecen pretender; su éxito

dependerá de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta u obedezca a ellas hasta un grado tan absurdo que se vea obligado a retroceder.

- ***Inversiones***: el terapeuta imparte directivas a un miembro de la familia para que invierta su actitud o su conducta en un aspecto decisivo, para provocar una respuesta paradójica en los otros.

9.- Lados fuertes de la familia: permite cuestionar la manera en que el sistema legitima su estructura, de esta forma los miembros de la familia perciben nuevas alternativas; ya que, cada familia posee en su propia cultura, elementos que se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros, mediante la utilización de ciertos recursos y logros propios del sistema.

2.2.2.- MODELO ESTRATÉGICO

*Un síntoma es una metáfora
sobre la situación en que se encuentra
una persona, pareja o familia.*

Madanes, 1982

I.- PRINCIPALES REPRESENTANTES

Estos son Jay Haley y Cloé Madanes, juntos desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de Familia y Washington (Galicia, 2004).

II.- ANTECEDENTES

Este enfoque se sustenta en tres elementos básicos que influyen de forma general y directa la obra de Haley (Galicia, 2004), las cuales se desarrollan en los párrafos consecuentes:

a) La concepción de la comunicación de Gregory Bateson (1979) y John Weakland: en los inicios del grupo de Palo Alto (de 1952 a 1962), antes de que se creara el Mental Research Institute, Haley trabajó con estos autores sobre problemas de comunicación; esta cercanía se estableció cuando se desarrollaba la teoría del doble vínculo, desarrollando abundante trabajo sobre la paradoja en la comunicación y la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia, esto se cristalizó en 1963 cuando Haley publicó su propia reflexión sobre estos temas en *Strategies of Psychotherapy*.

b) Un acercamiento hacia la familia por Minuchin y Montalvo: Haley compartió experiencias con estos autores hacia finales de la década de los 60, cuando trabajaron en la Philadelphia Child Guidance Clinic y tuvo sus primeras aproximaciones al trabajo con la familia en conjunto.

c) La terapia de Milton H. Erickson: fue la propuesta teórica que más influyó el pensamiento estratégico, el mismo Haley reconoce a Erickson como el maestro de este enfoque, debido a que transfirió ideas del terreno de la hipnosis al de los procedimientos terapéuticos (Galicia, 2004).

La terapia estratégica es una intervención terapéutica normalmente breve, orientada a la extinción de los síntomas y la resolución del problema presentado por el paciente. Este planteamiento, no es reducible a terapia superficial sintomática, sino que es una reestructuración y modificación del modo de percibir la realidad y las reacciones comportamentales derivadas del paciente (Nardone y Watzlawick, 1992).

Una terapia puede considerarse estratégica si el clínico diseña un enfoque particular para cada problema. Este debe indicar problemas solubles, fijar metas, 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, 1983).

En la misma línea, Hoffman (1987) considera que el término estratégico describe cualquier terapia en que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema.

Por lo antes mencionado, la terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo fin común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente (Haley, 1983)

Galicia (2004) coincide con el planteamiento anterior, y la considera como una intervención de poder, a través del establecimiento del orden y/o la jerarquía, porque cambia las estructuras de poder existentes en la familia que suelen ser inadecuadas o que transgreden los cánones sociales.

Y como en la terapia se establece un plan específico para cada problema, no existen contraindicaciones en cuanto a la selección de los pacientes a los que resulta aplicable, el enfoque se ha utilizado con pacientes de las más variadas edades y clases socioeconómicas que presentan problemas de diversa índole (Madanes, 1982).

El terapeuta debe reestablecer una situación de tal modo que se le perciba de una manera nueva, la idea es cambiar la “realidad” percibida del cliente, de modo que sean posible construir nuevos comportamientos; esto se logra a partir de buscar, una estrategia, una forma de cambiar la secuencia de la conducta problemática (Hoffman, 1987).

La tarea del terapeuta será diseñar una intervención de acuerdo con la situación social del cliente, por tanto, esta aproximación se interesa más en técnicas que en teorías (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La terapia es cambia la secuencia de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar; las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo cambian cuando se alteraban dichas conductas (Ochoa de Alda, 2004).

La finalidad de este modelo es ayudar a los pacientes a superar la crisis que presentan, sin más aspiraciones, sin tratar de modificar la psicodinámica ni la estructura familiar; esto se realiza estableciendo una estrategia específica para resolver los problemas que plantea cada familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Acorde a lo antes mencionado, el objetivo de la terapia es disminuir la repetición de secuencias sintomáticas e introducir, posibilidades y alternativas; por lo que, las intervenciones están programadas para involucrar o desinvolucrar, conectar o desconectar a varios miembros entre sí (Madanes, 1982).

III.- PREMISAS O PRINCIPIOS BÁSICOS

Las premisas básicas que sustentan este modelo son las siguientes:

- Una terapia exitosa es aquella que resuelve los problemas del cliente (Haley, 1988, p. 23).
- El terapeuta no debe adoptar una posición rígida y estereotipada con respecto a la terapia; al contrario necesita flexibilidad y espontaneidad (Haley, 1988, p. 23).
- El terapeuta debe tener en cuenta que él es un integrante más de la unidad social en la cual se inserta el problema del cliente (Galicia, 2004, 84).
- Se deben combinar los procedimientos conocidos con técnicas innovadoras en función de la familia con la que se intervenga (Haley, 1988, p. 23).
- Un conflicto indica un problema en la jerarquía y resolverlo puede exigir un cambio en la estructura de organización familiar (Haley y Richeport, 2006, p. 24).
- La intervención se enfoca en los síntomas como la palanca para producir el cambio al modificar las pautas de los mismos (Haley, 1988, p. 140).
- Se pasa de los contenidos a los procesos y se enfoca en un saber cómo más que por qué suceden las conductas (Nardote y Watzlawick, 1992, 37).

- El proceso terapéutico no pasa de la estructura de funcionamiento defectuoso a la de funcionamiento normal, sino que es un proceso gradual entre una y otra (Haley, 1988, p. 150).
- El foco de atención del terapeuta es la relación interdependiente que cada cual vive consigo mismo, con los demás y con el mundo (Nardone y Watzlawick, 1992, 36).
- No se confronta a los integrantes de la familia con su error sino que se acepta lo que hacen y se genera el cambio desde este marco (Haley, 1988, p. 159).
- El terapeuta no se ocupará de otros comportamientos disfuncionales de la familia, si no se presentan como problemas (Hoffman, 1987, p. 257).
- No se hacen interpretaciones para ayudar a la familia a comprender cómo se comportan y por qué, sólo se les motiva a hacer lo necesario para cambiar (Haley, 1988, p. 159).
- No se centra en abusos, traumas o culpas del pasado, sino en la tarea que hay que hacer para resolver el problema (Haley y Richeport, 2006, p. 21).
- No se busca una involucración prolongada con la familia sino una intervención breve, intensa y de rápido desenganche (Haley, 1988, p. 160).
- Los clientes cambian sin comprender, no se presume que la comprensión de uno mismo provoque el cambio (Haley y Richeport, 2006, p. 22).
- Para que el cambio se produzca debe haber acción, la conversación no provoca un cambio; por lo que, es necesario actuar (Haley y Richeport, 2006, p. 22).

IV.- CONCEPTOS BÁSICOS

- **Cliente:** persona que acude a terapia con un alto grado de motivación para resolver el problema, buscando activamente la ayuda del terapeuta (Ochoa de Alda, 2004, p. 262).
- **Pautas triangulares:** patrones de relación entre tres personas, que pueden incluir una coalición intergeneracional permanente (Ochoa de Alda, 2004, p. 267).

- **Cambio in situ:** modificación del problema o de algún aspecto del funcionamiento familiar dentro de la propia entrevista (Ochoa de Alda, 2004, p. 261).
- **Connotación positiva:** intervención cognitiva orientada a restituir en el paciente y en su familia una imagen de personas dotadas de recursos suficientes para afrontar y resolver el problema por el que consultan. (Ochoa de Alda, 2004, p. 262).
- **Redefinición:** intervención cognitiva que modifica el marco conceptual desde el cual el paciente o la familia perciben el problema (Ochoa de Alda, 2004, p. 268).
- **Directivas:** son todo cuanto se haga en terapia, toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo, las tareas que el terapeuta imparte durante la sesión (Haley, 1988, p. 64).
- **Metáfora:** técnica de intervención que permite evitar las estrategias de tipo racional que el cliente o la familia pueden oponer, se utiliza para revelarles un patrón de interacción; o hacer que ellos mismos descubran la solución del problema (Ochoa de Alda, 2004, p. 266).
- **Ordalía:** técnica de intervención empleada cuando existe una estrecha alianza terapéutica y el paciente está motivado para el cambio. El terapeuta le da a escoger entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra más complicada, con la intención de que al elegir una u otra el paciente avance en su proceso terapéutico (Haley, 1987, p. 67).
- **Tareas directas:** técnicas de intervención cuya finalidad es cambiar las reglas y los roles del sistema familiar. (Ochoa de Alda, 2004, p. 269).
- **Tareas paradójicas:** técnicas de intervención que contienen un doble mensaje, por un lado se comunica a la familia que cambie y por otro lado, se sugiere que la problemática continúe (Ochoa de Alda, 2004, p. 270).
- **Rituales:** intervenciones que proponen una secuencia de conductas en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento, sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal (Ochoa de Alda, 2004, p. 270).

V.- INTERVENCIONES

Haley y Madanes han desplegado a lo largo del desarrollo del enfoque una serie de intervenciones que se presentan como directivas; estas son todo

lo que se haga en terapia, ya que toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo (Haley, 1988).

Las directivas tienen las siguientes características (Haley, 1988)

- Todos los miembros de la familia deben intervenir en la tarea.
- Debe tener una estructura: alguien que la ejecute, que ayude, que planifique y que compruebe su ejecución.
- Debe haber una revisión de la tarea que consiste en que los miembros de la familia repase sus respectivos “papeles”, se les pedirá a cada uno que especifique la parte que le toca hacer con la finalidad de constatar que han comprendido la tarea.

Las directivas o tareas impartidas a los individuos o familias tienen varias finalidades (Haley, 1988)

- Provocar cambios para que la gente se comporte de manera diferente.
- Intensificar la relación entre cliente y terapeuta.
- Obtener información.

Tipos de Directivas (Haley, 1988)

- Directas: pruebas exigentes, penitencia, redefinición y connotación positiva
- Indirectas: imponer una paradoja, usar una comunicación metafórica y la ordalía.

VI.- TÉCNICAS

Cada terapeuta debe desarrollar estrategias específicas adecuadas a la situación concreta de cada familia en particular; sin embargo, a continuación se describen un grupo de técnicas denominadas estrategias, por los autores del modelo:

a).- Estrategias generales (Ocho de Alda, 2004)

1.- Definir los cambios deseados por la familia en términos claros y precisos, ya que operacionalizar los objetivos permite centrar la terapia en lo importante y hace resoluble el problema.

2.- Evaluar qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, para establecer un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen.

3.- Evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el portador del síntoma y de qué manera, se programa un cambio por etapas, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad.

4.- Diseñar e instrumentalizar la estrategia terapéutica, para ello el terapeuta planeará, motivará a la familia para que hagan lo que sugiere.

b).- Estrategias donde el problema incluye dos generaciones (Haley, 1988)

1.- Utilizar a la persona periférica

2.- Romper la coalición madre-hijo mediante una tarea

3.- Unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a eliminar el síntoma

c).- Estrategias donde el paciente identificado es un niño (Madanes, 1982)

1.- El progenitor pide al niño que tenga el problema

2.- El progenitor pide al niño que simule tener el problema

3.- El progenitor pide al niño que simule ayudar al progenitor

d).- Estrategias para cuando se quiere modificar el sistema de interacción entre padres e hijos (Madanes, 1982)

1.- El cambio de la acción metafórica

2.- El suministro de una metáfora para el éxito en lugar del fracaso

3.-El cambio de la solución metafórica

e).- Estrategias para cuando se quiere que los padres se hagan cargo de los problemas graves de sus hijos adolescentes (Madanes, 1982)

1.- Progenitor que se descalifica a sí mismo

2.- Progenitor que descalifica a otro progenitor

3.- Progenitores que descalifican al terapeuta

2.2.3.- MODELO DE TERAPIAS BREVES ORIENTADAS A PROBLEMAS

*Los problemas o síntomas
persisten únicamente si son mantenidos
a través de la conducta del paciente
y de las personas con las que interactúa
Fisch, Weakland y Segal, 1984.*

I.- PRINCIPALES REPRESENTANTES

Este modelo se basa en la creencia de que los problemas se originan y son mantenidos por el modo en que un cliente o las otras personas involucradas perciben y abordan las dificultades normales de la vida (O'Hanlon y Cade, 1993).

Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familiares desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han sido infructuosas. Es una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones, espaciadas semanalmente; se basan en estrategias eficaces para evitar que sigan los factores que mantienen el problema que motiva la consulta (Ochoa de Alda, 2004).

Actualmente Watzlawick, Weakland, Fisch y Segal son los principales representantes de este modelo; los cuales integran el Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto (Ochoa de Alda, 2004).

II.- ANTECEDENTES

Este modelo surge dentro del movimiento de Terapia Sistémica en los Estados Unidos de América, en la década del 50, procurando dar respuestas diferentes a las escuelas tradicionales frente al problema de la esquizofrenia.

Los primeros avances en terapia breve surgieron en noviembre de 1959, cuando Jackson, Watzlawick, Weakland, Riskin, Satir y Haley fundaron el M.R.I. (Mental Research Institute) en Palo Alto, California (Wittezaele y García, 1994).

En 1967 se creó el Centro de Terapia Breve como parte integrante del M.R.I., bajo la dirección de Fisch, quien junto con Watzlawick y Weakland se

abocó a convertir la Terapia Breve en un modelo en sí mismo, centrado en estas dos ideas: 1) focalización en la interacción presente de conductas observables e 2) intervención deliberada para alterar el sistema vigente (Szprachman, 2003).

III.- PREMISAS O PRINCIPIOS BÁSICOS

- El modelo está basado en la Teoría de Sistemas y en un enfoque interaccional (Freidberg, 1989); que se basa en la Cibernética y de la Teoría de la Comunicación (Wittezaele y García, 1994).
- No busca causas históricas, ni patologías (Fisch, Weakland y Segal, 1984).
- No aborda las cuestiones existenciales (Wittezaele y García, 1994).
- Se acepta todo lo que el paciente ofrece (Fisch, Weakland y Segal, 1984).
- El modelo aborda la dinámica de interacción entre los implicados en el problema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- La terapia puede aplicarse a individuos, pareja y familias, y considera las quejas de los clientes como el problema a tratar (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- Las intervenciones están orientadas hacia el problema del paciente, trabajando con uno sólo por tratamiento (Fisch, Weakland y Segal, 1984).
- Las personas utilizan la mejor opción para solucionar sus problemas, dadas las percepciones de la realidad de que disponen (Freidberg, 1989).
- El problema es visto desde dos puntos de referencia: a) psicopatológico y/o b) de una deficiencia; es decir, algo está mal o algo falta (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- La terapia se enfoca en fenómenos observables; por lo que, es pragmática. Se basa en la creencia de que los problemas son producidos y mantenidos por los constructos a través de los cuales se ven las dificultades y por las secuencias conductuales repetitivas que rodean a tales constructos (O'Hanlon y Cade, 1993).

- Los objetivos terapéuticos se enfocan a reparar lo que está dañado o a proporcionar lo faltante (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- El cambio surge de la ruptura de las pautas de pensamiento y acción (O'Hanlon y Cade, 1993).
- El cambio se efectúa más fácilmente si la meta del cambio es razonablemente pequeña y está claramente establecida (Szprachman, 2003).
- La secuencia sintomática está regulada por una causalidad circular, de manera que el síntoma mantiene los intentos de solución al mismo tiempo que es mantenido por ellos (Ochoa de Alda, 2004).

IV.- CONCEPTOS BÁSICOS

- **Problemas:** son callejones sin salida, de crisis y de situaciones al parecer insolubles, creadas y mantenidas al enfocar mal las dificultades; estas son un estado de cosas indeseables que pueden resolverse mediante algún acto de sentido común, o bien se refiere a una situación de la vida indeseable pero común, para la que no existe solución conocida y a la cual hay que saber sobrellevar (Espinoza, 2004, p. 122).
- **Cambio 1 (cambio de primer orden):** alude al cambio de la misma clase de solución intentada que no altera en absoluto la conducta sintomática, sino que contribuye a mantenerla. Se trata de un cambio continuo, basado en una retroalimentación negativa, que tiene lugar dentro de un sistema que en sí mismo parece igual (Ochoa de Alda, 2004, p. 261).
- **Cambio 2 (cambio de segundo orden):** se trata de un cambio discontinuo (cualitativo) hasta una clase diferente de solución intentada, que implica nuevas reglas de organización en el sistema familiar (Ochoa de Alda, 2004, p. 261).
- **Constructo cognitivo:** conjunto de percepciones y creencias que constituyen la cosmovisión de una familia, legitimando o validando su organización familiar (Ochoa de Alda, 2004, p. 262).
- **Secuencia:** describe un despliegue circular y repetitivo de conductas ordenadamente entre sí; designado un ciclo repetitivo de conductas interconectadas. Se analizan como sucesos lineales donde cada paso del ciclo es seguido por otro. (Ochoa de Alda, 2004, p. 269).

- **Secuencia sintomática:** es un ciclo de conducta repetitivo dentro del cual aparece el síntoma y la regla que puede presidir el encadenamiento de conductas; esta se forma por el problema y los intentos de solución que sin éxito pretenden resolverlo (Ochoa de Alda, 2004, p. 269).
- **Hipótesis:** son formulaciones que el terapeuta elabora, selecciona y ordena durante la sesión sobre el funcionamiento familiar (Ochoa de Alda, 2004, p. 265).
- **Preguntas lineales:** se emplean al comienzo de la entrevista para conocer la definición y la explicación que la familia tiene del síntoma, ya que la epistemología familiar se construye en torno a una causalidad lineal, en la que un determinado evento origina el problema en un momento dado (Ochoa de Alda, 2004, p. 268).
- **Redefinición:** intervención cognitiva que modifica el marco conceptual desde el cual el paciente o la familia perciben el problema familiar (Ochoa de Alda, 2004, p. 268).

V.- INTERVENCIONES

Estas se enfocan a todos o a algunos de los objetivos siguientes (O'Hanlon y Cade, 1993):

- a) Modificar los constructos del cliente (individuo o familia) que pueden relacionarse con el modo en que se perciben, encaran y mantienen las dificultades.
- b) Modificar las sentencias repetitivas que rodean el problema, derivadas de aquellos marcos.
- c) Modificar las posiciones y enfoques del terapeuta que se vuelve parte de un patrón que se autorrefuerza entre este y el cliente.
- d) Modificar la relación del cliente con los sistemas globales de la familia.

Las intervenciones son un medio para interrumpir la solución intentada por el paciente; para ello se utilizan dos vías: a) Impedir que el cliente continúe realizando la conducta que permite la perpetuación del problema y/o b) modificar la percepción del cliente sobre la conducta perturbada (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Estas se dividen en dos enormes grupos, las cuales se describen a continuación (Fisch, Weakland y Segal, 1984):

A) Intervenciones principales: son intentos de solución del paciente, se utilizan después de haber recogido datos suficientes y de haberlos integrado en un plan ajustado al paciente.

- El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo: se utiliza para problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico; la estrategia se centra en invertir el intento del paciente para superar el problema, pidiéndole que lleve a cabo otra conducta que excluya la que se desea eliminar.
- Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo: se utiliza para abordar estados de terror o ansiedad; la estrategia se enfoca a exponer al paciente a la tarea al tiempo que se exige una ausencia del dominio (o un dominio incompleto).
- Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición: se utiliza para trabajar con conflictos en relaciones interpersonales; la estrategia se enfoca a hacer que el solicitante se coloque en una actitud de inferioridad; es decir, una postura de debilidad.
- Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación: se utiliza cuando en una relación, una sencilla petición de sumisión que puede responderse con rechazo o aceptación, se convierte en una contradicción; la estrategia es lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.
- Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia: se utiliza para relaciones donde hay infidelidad, delincuencia o falta de honradez; la estrategia es que el defensor reconozca la culpa de la acusación mediante una interferencia, reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal.

B) Intervenciones generales: Se pueden utilizar en casi cualquier momento del tratamiento y una amplia gama de problemas

- No apresurarse: consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa; ya que, el cambio aunque sea para mejorar, requiere una adaptación.
- Los peligros de una mejoría: se le pregunta al paciente si está en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.
- Un cambio de dirección: el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia y al hacerlo le ofrece una explicación acerca de dicha variación. El cambio es porque el terapeuta, empieza a discutir con el cliente o sugiere algo que no funciona.

- Cómo empeorar el problema: se utiliza cuando el cliente se ha resistido a anteriores sugerencias.

VI.- TÉCNICAS

1. Redefiniciones: son técnicas cognitivas que evitan aquellas etiquetas que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio (Ochoa de Alda, 2004).
2. Reestructuración: consiste en un cambio exitoso de marco de referencia o del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, independientemente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor o su sufrimiento (Watzlawick y Nardone, 2000).
3. Reencuadre: consiste en modificar la visión que el paciente tiene sobre su situación problemática, por otra diferente (Fisch, Weakland y Segal, 1984).
4. Tareas directas: son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún/os componentes de la familia, especialmente aquéllos relacionados con el mantenimiento del síntoma, proporcionando la realización de otra conducta alternativa (Ochoa de Alda, 2004).
5. Tareas paradójicas: son intervenciones conductuales que prescriben la continuidad de la conducta sintomática durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Lógicamente, la aparición del síntoma tiene que sufrir una pequeña modificación, como puede ser la necesidad de provocarlo sin esperar a que surja espontáneamente, cambiar la duración o el lugar en el que acontece, etc. En consecuencia, es necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación (Ochoa de Alda, 2004).
6. Establecer la solución intentada por el cliente: consiste en conocer los esfuerzos para enfrentar la dolencia; es decir, entender el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados (Fisch, Weakland y Segal, 1984).
7. Paráfrasis: es un resumen de lo que el paciente a referido, para que éste apruebe o desaprobe los descubrimientos hechos mientras se está empezando a introducir el cambio; lo anterior, permite reestructurar la visión de este sobre el problema (Nardone y Portelli, 2006).

8. Metafóricas: son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica (Watzlawick, 1980).
9. Ordalías: esta intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para estas personas, cual es la imposibilidad de seguir con las entrevistas (Watzlawick, 1976).
10. Técnicas hipnóticas: estas pueden formar parte de intervenciones metafóricas y se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro (Ochoa de Alda, 2004).
11. Evocación de sensaciones: se utilizan metáforas o anécdotas para que el paciente sienta la necesidad de un cambio (Nardone y Portelli, 2006).
12. Evaluación del resultado: consiste en evaluar el éxito de la terapia, mediante la declaración del cliente, de que se ha redefinido la queja inicial en términos de que ha dejado de ser un problema. Quizá el indicador más claro para saber que el cliente ya resolvió su problema es una variación cualitativa de que este ha sido solucionado (Fisch, Weakland y Segal, 1984).
13. La pregunta de escala: se utiliza para conocer la percepción del paciente respecto a alguna situación o síntoma, consiste en hacer una pregunta situando los extremos de respuesta entre 0 y 10 (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

VII.- ETAPAS QUE GUIAN LA TERAPIA

Es indispensable precisar los objetivos, las estrategias de tratamiento y las intervenciones necesarias para resolver el problema. Una vez planificado lo anterior, se siguen las siguientes etapas (Fisch, Weakland y Segal, 1984):

- 1.- Establecer el problema del cliente
- 2.- Establecer la solución intentada por el cliente
- 3.- Formular un enfoque estratégico
- 4.- Formular tácticas concretas
- 5.- Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender” la tarea

6.- Formular objetivos y evaluar el resultado

2.2.4.- MODELO DE TERAPIA BREVE ORIENTADA A SOLUCIONES

*Cuando se especifican las estrategias eficaces
de solución del problema,
el hecho de que unas veces aparezca el síntoma
y otras no, permite crear la expectativa
de que es posible un futuro sin él.
O'Hanlon y Weiner, 1990.*

I.- PRINCIPALES REPRESENTANTES

Este modelo se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o los problemas, por lo que es un enfoque innovador y radical respecto a otros planteamientos psicoterapéuticos. Se distinguen dos autores: Steve de Shazer y William O'Hanlon, con métodos particulares pero que comparten el interés por explorar y destacar las soluciones, las aptitudes, las capacidades y las excepciones (Espinoza, 2004).

II.- ANTECEDENTES

Lipchik (2004) hace una breve descripción histórica del modelo, menciona que la terapia Centrada en la Solución fue concebida originalmente como terapia familiar breve en Milwaukee, Wisconsin, a fines de la década de 1970. Como tal, puede considerarse una hermana menor del modelo de Terapia Breve desarrollada en el Mental Research Institute de Palo Alto, California.

El modelo del Mental Research Institute tenía sus raíces en el trabajo sobre la paradoja y la comunicación humana liderado por Gregory Bateson (1979) y en las ideas de Milton Erickson sobre la evitación de la resistencia en la hipnoterapia.

Pero mientras que las intervenciones del Mental Research Institute apuntan a interrumpir las pautas interaccionales que los terapeutas identificaban como intentos imperfectos de solución, el enfoque ecosistémico del Brief Family Center recurre a la colaboración y se basaba en el supuesto de que la familia tiene la solución.

Se considera que los terapeutas y los clientes constituyen en conjunto un suprasistema terapéutico que genera nuevas pautas interaccionales no problemáticas para el sistema familiar.

El paso de la Terapia Familiar Breve centrada en los problemas a la Terapia Centrada en Soluciones ocurrió en 1982 de un modo fortuito, cuando un grupo de terapeutas se hallaba tras el espejo formulando un mensaje de intervención para una familia difícil, y se les ocurrió preguntarle qué cosas no querían cambiar, es decir, qué de lo que había deseaban mantener.

Gradualmente, estas preguntas centradas en la solución y orientadas al futuro eclipsaron todos los demás aspectos que eran esenciales para conducir una terapia, sobre todo el énfasis en la cooperación de los clientes, definido de esta manera: cada familia (o individuo o pareja) muestra un modo singular, y la tarea del terapeuta consiste, primero, en describirse ese modo particular exhibido por la familia y, luego, en cooperar con él.

III.- PREMISAS O PRINCIPIOS BÁSICOS

O'Hanlon y Weiner (1990) describieron una serie de premisas que caracterizan a la Terapia Orientada a las Soluciones, las cuales se centran en los recursos y las posibilidades, que crean profecías autocumplidoras, estas se describen a continuación:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- El cambio es constante.
- El cometido del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un cambio pequeño, porque un cambio en una parte del sistema puede producir cambios en otra parte del sistema.
- Los clientes definen los objetivos.
- El cambio o la resolución de los problemas pueden ser rápidos.
- No hay una única forma "correcta" de ver las cosas; así que los puntos de vista diferentes son igual de válidos.
- Las intervenciones se centran en lo que se puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable.

IV.- CONCEPTOS BÁSICOS

- **Excepciones:** son conductas, ideas, sentimientos e interacciones que están asociados al problema, y que ocasiones son distintas a la forma habitual en que este se presenta (O'Hanlon y Cade, 1995, p. 114).
- **Excepciones deliberadas:** situaciones de ausencia de la conducta sintomática, que encierran soluciones eficaces para resolver el problema, en las cuales los clientes son conscientes de que hacen algo voluntariamente para impedir que surja el síntoma (Ochoa de Alda, 2004, p. 264).
- **Excepciones espontánea:** situaciones de ausencia de la conducta sintomática, que encierran soluciones eficaces, para las cuales los clientes no encuentran una regla que presida su aparición, percibiéndola como ajenas a su control voluntario (Ochoa de Alda, 2004, p. 264).
- **Soluciones:** son los cambios comportamentales y/o perceptivos que el terapeuta y el cliente construyen para modificar las dificultades, el modo ineficaz de superarlas y/o la construcción de una alternativa aceptable que permita al cliente experimentar la situación de trastorno de forma diferente. Algunas se desarrollan a través de la resolución de un problema y otras a través de futuros alternativos que no incluyen el trastorno (Watzlawick y Nardone, 2000).

V.- INTERVENCIONES

La sesión se dedica a generar soluciones, es decir, cambios perceptivos y conductuales que elaboran conjuntamente los clientes y el terapeuta con el fin de mejorar la forma de superar el problema (Ocho de Alda, 2004), estas soluciones se logran a partir de los distintos tipos de intervención.

O'Hanlon y Weiner (1990) describió tres tipos de intervenciones generales: las que actúan sobre la secuencia sintomática, las que lo hacen sobre el patrón del contexto que rodea a dicha secuencia y las llamadas tareas de formula, éstas se describen a continuación:

A) Intervenciones sobre la secuencia sintomática: implican que se haya realizado algún tipo de evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan. Estas permiten al terapeuta contar con las siguientes opciones:

- Cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar donde se produce el síntoma. En un problema de conflicto de pareja que lleva a los cónyuges a pelear continuamente, se puede sugerir que inicien una pelea a una hora totalmente inusual y en una habitación de la casa en la que nunca hayan tenido una discusión.
- Añadir un elemento nuevo. Por ejemplo, si el problema consiste en comer compulsivamente, se recomienda al cliente que se ponga antes de hacerlo sus zapatos favoritos.
- Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática. En un problema de rebeldía adolescente ante el cual el padre siempre reacciona sermoneando al chico, se pide a los miembros de la familia que graben una secuencia en la que el padre sermonee al hijo como acostumbra, y que pongan dicha cinta justo antes de que comience un nuevo sermón.
- Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños. Si el problema estriba en continuas peleas entre dos personas, se les indica que discutan durante, por ejemplo, periodos de cinco minutos a las horas fijadas por el terapeuta.
- Unir la aparición del problema a la de alguna actividad difícil. La ordalía puede consistir, por ejemplo, en que cuando la paciente se obsesione con su antiguo novio, al día siguiente deberá levantarse a las cinco de la mañana e irse a hacer deporte durante dos horas.

B) Intervenciones sobre el patrón del contexto: requiere un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. El terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente. Por ejemplo, si al problema de comer compulsivamente se añade el de no salir los domingos, se pide al cliente que los días en que crea que se va a atracar debe insistir en salir con los amigos.

- Tareas de fórmula: es también denominada llaves maestras, son intervenciones generales que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema particular que presenten los clientes. Por tanto, no requiere que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma. Estas permiten contar con las siguientes opciones:
- Tarea de la primera sesión. Hace posible identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del cliente, a quien define como una persona capaz de hacer cosas positivas. Al finalizar la primera entrevista se dice al cliente: “desde ahora y hasta la próxima

entrevista observe y anote aquello que ocurre –en su familia, su vida, su matrimonio, o su relación- que usted quiere seguir manteniendo.

- Tarea de la sorpresa. Se pide a los clientes que hagan algo nuevo y sorprendente. La intervención introduce una conducta nueva que rompe la persistencia en los patrones conductuales habituales, propiciando que las sorpresas intentadas se conviertan en soluciones nuevas y eficaces.
- Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces. Si el sujeto no provoca de forma deliberada la solución adecuada, pueden darse dos situaciones: que su expectativa de lugar de control del cambio sea interna, es decir, que piense inadvertidamente que ha hecho algo para controlar el síntoma, o que sea externa y sitúe el control fuera de él, atribuyéndole a otra persona o circunstancia.

VI.- TÉCNICAS

1.- La bola de cristal:

Esta técnica fue elaborada por De Shazer (1986), se emplea para proyectar al cliente un futuro con éxito; donde el motivo de queja ha desaparecido. El cliente ve su futuro como en una bola de cristal o en una serie de bolas metafóricas, para impulsar una conducta diferente, lo cual conduce a una solución.

2.- Llaves maestras:

De Shazer (1986) diseñó una serie de técnicas llamadas tareas de formula, que se pueden utilizar sin que el terapeuta necesite conocer muchos detalles de la queja a fin de por lo menos iniciar la solución del problema. En consecuencia, las intervenciones sólo tienen que impulsar la iniciación de algunas nuevas pautas de conducta. Las variaciones de esta técnica se describen a continuación:

a) Escribir, leer y quemar. esta formula es útil cuando el cliente se queja de “pensamientos obsesivos” o “depresivos”. Este ritual opera de la siguiente manera: 1) objetiva sus preocupaciones o les da un carácter más concreto, 2) no caer en los pensamientos perturbadores es más fácil porque hay un tiempo preciso para ello, 3) puesto que los pensamientos “malos” ya no están prohibidos, resulta más fácil pensar sobre otras cosas, 4) las perturbaciones se van literalmente con el humo y 5) el cliente comprende que tiene “cosas más interesantes que hacer”.

b) La tarea de la pelea estructurada: ha demostrado ser útil en el proceso de promover la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus

disputas o peleas. El ritual comprende cuatro pasos: 1) arrojar una moneda para ver quién comienza, 2) el vencedor se dedica a echar pestes durante diez minutos interrumpidos, 3) es el turno del otro miembro de la pareja, que se toma el mismo tiempo y 4) deben pasar diez minutos de silencio antes de que se inicie otra vuelta arrojando de nuevo la moneda.

c) Haga algo diferente: se diseñó esta técnica para los casos donde una persona se queja sobre la conducta de otra y, habiéndolo intentado “todo” queda fijada a la misma reacción reiterada, mientras la conducta perturbadora continúa. En términos simples, las soluciones involucran hacer algo diferente de lo que se ha hecho antes y que no dio resultado.

d) Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de...: toda queja puede verse como si involucrara una regla, o un conjunto de ellas, que determinan la conducta. No obstante, también hay excepciones a la regla; estas constituyen frecuentemente el mejor modelo para construir intervenciones; ya que, la conducta involucrada forma parte del repertorio del cliente y en consecuencia la intervención se ajustará automáticamente.

3.- La pregunta del milagro:

Esta técnica fue elaborada por De Shazer (1986), inspirado en Milton Erickson y la seudoorientación en el tiempo como técnica hipnótica. Se utiliza para estimular al cliente a imaginar, cuáles serían las diferencias. Se les menciona lo siguiente al paciente: “supongamos que una noche se produce un milagro, y mientras usted duerme el problema que lo ha traído a terapia queda resuelto. ¿Cómo lo sabría usted?, ¿Qué sería distinto?, ¿Qué vería usted de diferente a la mañana siguiente, como signo de que se produjo un milagro?, ¿Qué notaría su cónyuge, hijos, hermanos, padres, etc.?”.

4.- Ubicación en una escala:

Esta técnica fue utilizada por O’Hanlon y Cade (1995), es un método eficaz para concentrarse en el logro y la solución; consiste en el empleo de preguntas sobre la posición en una escala, esta técnica puede aplicarse de diversos modos, es una escala que va de cero a diez, en donde cero representa lo peor y diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas estén resueltos.

5.- Diario a bordo:

Este consiste en pedirle al paciente que consiga un cuaderno y lo tenga cerca durante toda la semana, para que en el describa distintos sucesos con la finalidad de distraer su atención mientras la conducta problemática ocurre y al hacerlo la supere (Nardone y Portelli, 2006).

2.2.5.- MODELO DE MILAN

*El síntoma puede servir para no enfrentar
un cambio que amenaza con desequilibrar el sistema
y evidenciar el juego familiar
o para reclamar la necesidad de que se produzca
Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988.*

I.- PRINCIPALES REPRESENTANTES

En 1967, Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil y especialista en anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia en Milán para tratar con pacientes anoréxicos y psicóticos (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

A partir de 1971 aproximadamente, adoptaron el enfoque de Palo Alto y desarrollaron la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico. Influidos por Bateson (1979), en el año de 1975 modificaron su concepción de los sistemas familiares homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferentes entre el nivel de significado (creencias) y de acción (patrones culturales) (Ochoa de Alda, 2004).

Aproximadamente en 1980 el grupo se dividió en dos, las mujeres se centraron en la prescripción invariable basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, en tanto los hombres continuaron enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia. Actualmente Prata y Palazzoli también se han separado, y esta última con un equipo nuevo integrado por Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna María Sorrentino, ha intensificado su esfuerzo para desarrollar una Teoría General de los Juegos Psicóticos (Ochoa de Alda, 2004).

II.- ANTECEDENTES

Mara Palazzoli, después de su encuentro con las primeras pacientes anoréxicas en los años cuarenta, se convirtió en psiquiatra y psicoterapeuta de Orientación Psicoanalítica. Persistió en esta aproximación durante dieciséis años y publicó varios artículos y un volumen sobre el tema (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).

El tiempo para obtener un resultado era demasiado largo, era necesario encontrar un instrumento psicoterapéutico más adecuado, en 1967, tras haber efectuado un viaje a varios centros de Estados Unidos y estudiado las

publicaciones de algunos de los pioneros norteamericanos de la Terapia Familiar como Jackson, Haley, Watzlawick y Bateson (1979), fundó en Milán el primer Centro Italiano de Terapia Familiar, denominado Centro para el Estudio de la Familia (Rodríguez, 2004).

III.- PREMISAS O PRINCIPIOS BÁSICOS

- En el proceso terapéutico es indispensable explorar tres generaciones en función del síntoma familiar (Ochoa de Alda, 2004).
- La sintomatología es fruto de una discrepancia entre las conductas, que constantemente están sometidas a variaciones, y las creencias que permanecen inalteradas porque los componentes de las familias ajustan las conductas y su interpretación a sus esquemas habituales de pensamiento (Ochoa de Alda, 2004).
- Las intervenciones se dirigen a alterar el juego familiar, cambiando las reglas rígidas por otras más flexibles y complejas (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).
- El objetivo terapéutico consiste en liberar a la familia de la rigidez de su sistema de creencias, para que después sea ella misma la que encuentre el cambio más conveniente (Ochoa de Alda, 2004).
- La evaluación se basa en la causalidad circular que proporciona un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto que la lineal (Ochoa de Alda, 2004).
- Se requiere que las intervenciones sean guiadas por hipótesis; es decir, suposiciones para explicar los hechos y conectar las conductas de los miembros de la familia con su significado (Rodríguez, 2004).
- El terapeuta debe mantener una postura de neutralidad; es decir, no juzgar ni criticar (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).
- El terapeuta debe tener la capacidad de realizar intervenciones circulares; es decir, buscar información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio en el sistema familiar (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).

- Se postula la no directividad del terapeuta con respecto al cambio (Ochoa de Alda, 2004).

IV.- CONCEPTOS BÁSICOS

- **Circularidad:** es la capacidad del terapeuta para confirmar o falsear sus hipótesis, estableciendo diferencias y conexiones, en base a la información brindada por la familia como respuesta a sus preguntas (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).
- **Neutralidad:** actitud del terapeuta de respeto, aceptación, curiosidad e incluso admiración hacia todos los miembros de la familia, sus creencias, valores y opiniones durante las sesiones (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).
- **Hipótesis circular:** se trata de una hipótesis sistémica que explica todos los elementos contenidos en una situación problemática y el modo en que se vinculan entre sí (Ochoa de Alda, 2004).
- **Cuestionamiento circular:** se pide a cada miembro de la familia que exprese sus puntos de vista sobre las relaciones y las diferencias existentes entre otros componentes del sistema, poniendo de manifiesto conexiones entre personas, acciones, percepciones, sentimientos, y contextos (Ochoa de Alda, 2004).
- **Connotación positiva:** esta técnica pone a todos los miembros de la familia en el mismo plano, evitando trazar arbitrariamente demarcaciones moralistas y subjetivas entre buenos y malos, sanos y enfermos. La connotación positiva aprueba de manera implícita la predominante tendencia homeostática de la familia con el fin implícito de tranquilizarla respecto a las intenciones conservadoras de los terapeutas, además de estimular paradójicamente su capacidad de cambio (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).
- **Reformulación paradójica:** es un tipo particular de connotación positiva que se prescribe a cada miembro de la familia, que persiste en su comportamiento por el bien ajeno, suscitando encubiertamente una interrogante paradójica sobre por qué una cohesión familiar tan estrecha, definida por los terapeutas como “buena”, sólo podía obtenerse a expensas de una paciente designada (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).
- **Rituales familiares:** consisten en una comunicación implícita. Se prescribe a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituyen las habituales reglas de relación por otras nuevas, sin recurrir

ni a explicaciones ni a críticas (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).

- **Estancamiento de la pareja:** es una descripción fenoménica de una forma muy intrincada de relación, se trata de un proceso cargado de sufrimiento, frente a cónyuges inseparables, bloqueados e incapaces de darse recíprocamente incluso unas mínimas confirmaciones positivas, infringiéndose por el contrario, una frustración constante (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999).
- **Embrollo:** es un proceso interactivo complejo que al parecer se estructura y se desarrolla en torno de una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo), que en realidad no lo es (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).
- **Instigación:** es la puesta en marcha, por parte de los padres, de ciertas formas de relación triádicas nocivas para la hija, es un proceso interactivo en devenir donde uno instiga a otro en contra de un tercero (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

V.- INTERVENCIONES

Los tres métodos terapéuticos se distinguen unos de otros en que resaltan diversos elementos, estos se presentan a continuación de acuerdo al orden en que fueron construidos.

A.- Método Paradójico (Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980):

Se dirige a toda la familia, cuyos miembros obtenían una connotación positiva, pero se orienta con elogios fuertemente provocadores, a la llamada paciente designada.

Características

- Hay una fuerte alianza con la paciente
- El hecho de que se trata de una alianza no explícita, pues en base al principio de la connotación positiva nadie es criticado.
- El método se asienta exclusivamente en las sesiones familiares, donde la paciente tiene un rol central.
- Se dirige más explícitamente a la paciente, quien presumiblemente se siente una criatura sin valor, situándola en el centro de las relaciones familiares, de las cuales es víctima voluntaria para salvar a los demás.

- Considera como factor terapéutico decisivo el elemento de desafío provocador.

Razones del abandono de este modelo

- La ausencia de un espacio terapéutico individual para las pacientes.
- La extrema brevedad de los tratamientos.
- La escasa empatía de los terapeutas con los padres y, en especial, con las madres.
- Una teoría que, al ser meramente sistémica, era deductiva (a expensas de las profundizaciones diádicas e individuales).

B.- Método de la serie invariable de (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990):

Los miembros de la familia extensa, la paciente y eventualmente hermanos y hermanas eran involucrados exclusivamente en las primeras dos sesiones, mientras que después el trabajo se fundaba sólo en la alianza con los padres, que eran responsabilizados como coterapeutas de su hija. Se caracteriza por la estrategia de desresponsabilizar a la paciente de las desavenencias existentes en la familia.

Los puntos claves en que se basaba esta terapia son: la implicación desde la primera sesión de toda la familia nuclear, el proyecto de una terapia breve que no superase las diez sesiones, el intervalo de un mes entre las sesiones, se concentra en el estancamiento conyugal y, por último, es una terapia psicológica que no se proponía intervenir directamente sobre el síntoma alimentario, sino que apuntaba a conectar la anorexia con las cualidades disfuncionales de las relaciones en la familia.

El modelo considera que la desaparición de los padres interrumpe benéficamente la escalada del control recíproco: la anoréxica crónica intenta controlar a sus padres a través de los rituales alimentarios; los padres, a su vez, tratan de inducirla a alimentarse según sus propios dictámenes; se impone la necesidad de sugerir a los padres que asuman una actitud de oposición a una serie de extralimitaciones de su propio rol de hija que la paciente ha llevado a cabo, llegando a mandar sobre toda la familia a causa de su enfermedad.

Razones del abandono de este modelo

- a) Eficacia del modelo, se reveló máxima en las familias caracterizadas por una escalada de hipercontrol recíproco entre padres y pacientes, pero nula en las familias dominadas por una actitud expulsiva u hostil en relación con la paciente.

- b) Composición familiar, no se puede aplicar en las familias donde la paciente es casada y no vive con sus padres, o hay un sólo padre, viudo o divorciado.
- c) Que un cierto número de parejas no seguían la prescripción.
- d) El deseo del equipo de conectar el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres.

C.- Método de revelación del juego familiar (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999):

Este método se diferencia del paradójico por el abandono de la técnica de la connotación positiva y en cuanto a que el terapeuta es, neutral al poner en entredicho a todos los miembros de la familia.

El efecto terapéutico confía en dos factores: la reconstrucción del juego familiar y una serie de indicaciones explícitas en la dirección del cambio

Elementos comunes a los tres métodos (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999):

- Implicación de la familia.
- La interpretación relacional.
- Brevedad del tratamiento

Limitaciones comunes a los tres métodos (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1999):

- Ausencia de un espacio terapéutico individual para las pacientes.
- Escasa empatía hacia los padres, y en particular hacia las madres

VI.- TÉCNICAS

Estas se dividen en las siguientes:

1.- Cognitivas: su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia se perciben entre sí en relación al síntoma (Ochoa de Alda, 2004)

- **Redefinición:** modifica la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia Palazzoli, Boscoso, Cecchin y Prata, (1980).
- **Connotación positiva:** se cambia la atribución del problema de causas negativas a positivas o al menos que no supongan intenciones hostiles (Selvini, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).

2.- Conductuales: su finalidad es alterar el modo en que los integrantes de la familia actúan entre sí en relación al síntoma (Ochoa de Alda, 2004).

- **Prescripciones directas:** se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas (Selvini, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).
- **Prescripciones paradójicas:** prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígida, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias (Selvini, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).

3.- Ritualizadas: consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introducen nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Se emplean cuando la situación es confusa o ambigua para introducir orden y secuencialidad (Ochoa de Alda, 2004).

- **Rituales:** son susceptibles de prescribirse como un experimento, un ensayo, un gesto simbólico o un rito de transición. La intervención propone una secuencia de conductas definidas con precisión, en las que se establece qué a de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).
- **Tarea ritualizada de los días pares y días impares:** la intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar (Selvini, Boscoso, Cecchin y Prata, 1980).
- **La prescripción invariable:** se utiliza para separar de forma gradual el subsistema parental y el filial, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990).

2.2.6.- MODELOS DERIVADOS DEL POSMODERNISMO

*El síntoma desaparece cuando se logra identificar
dentro de la historia dominante
algún hecho significativo
que puede convertirse en un suceso extraordinario*
White, 1994.

I.- PRINCIPALES REPRESENTANTES

El posmodernismo logró reconocimiento hasta la década de 1970. No está representado por un autor en particular, ni por un concepto unificador; es un coro polifónico de sonidos interrelacionados cambiantes de los que cada uno expresa, una crítica del modernismo y una ruptura con éste.

El pensamiento posmodernista usualmente se asocia con los escritos de los filósofos Mijail Bajtin (1981), Jacques Derrida (1978), Michel Foucault (1972, 1980), Jean Francois Lyotard (1984), Richard Rorty (1979) y Ludwin Wittgenstein (1961), éstos representan un cuestionamiento y alejamiento de las metanarrativas fijas, los discursos privilegiados, las verdades universales, la realidad objetiva, el lenguaje de las representaciones y el criterio científico del conocimiento como algo objetivo y fijo (Anderson, 1999).

II.- ANTECEDENTES

La posmodernidad significa una crítica y designa una ruptura filosófica que se aparta radicalmente de la tradición moderna, caracterizándose por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido.

En Psicología no es un modelo, sino una filosofía o un abordaje que abandona la dualidad individuo- mundo y, produce un giro radical hacia un marco sociolingüístico al dejar de concebir al “yo” como una entidad codificada, para entenderla como una entidad narrativa; no se considera al individuo como una entidad intrapsíquica sino que se aborda dentro del contexto del significado social; y el conocimiento científico contribuye el conocimiento narrativo, con especial énfasis sobre las creencias colectivas acerca del funcionamiento del mundo (D. Lax, 1992). Desde este punto de vista la realidad, “se teje y se vuelve a tejer en “telares lingüísticos compartidos”.

La posmodernidad se apoya en los siguientes marcos referenciales filosóficos: 1) *la teoría de la construcción social*, que considera que la realidad no existe “allí fuera” de modo independiente, sino que su sentido se concibe colectivamente y 2) *la hermenéutica*, el arte de la interpretación, se ocupa de la comprensión del significado de un texto o discurso, incluida la emoción, la

conducta humana y la comprensión en tanto procesos sobre los cuales influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete (Anderson, 1999).

Las consecuencias de lo antes mencionado para la terapia son inmensas, constituyendo una nueva definición y perspectiva del propio ser como un sujeto autónomo, donde las palabras se corresponden con cosas existentes en el mundo real; la creencia en rasgos esenciales y verdades fundamentales; cuestiona la dicotomía entre el experto y el que no lo es, la estructura jerárquica correspondiente; y la idea de una terapia como una relación conversacional.

El pensamiento posmoderno avanza hacia un conocimiento como práctica discursiva; hacia una pluralidad de narrativas locales, contextuales y fluidas; hacia una multiplicidad de enfoques para el análisis de temas como el conocimiento, la verdad, el lenguaje, la historia, la persona y el poder.

III.- PREMISAS O PRINCIPIOS BÁSICOS

Las premisas básicas que sustentan esta filosofía son las siguientes (Anderson, 1999):

- Los sistemas humanos son generadores de lenguaje y significado.
- El significado y la comprensión se construyen socialmente.
- En terapia todo sistema se consolida dialogalmente alrededor de cierto problema.
- La terapia es un hecho lingüístico que tiene lugar dentro de una conversación terapéutica.
- El papel del terapeuta es el de un artista de la conversación, un arquitecto del proceso dialogal.
- El terapeuta ejercita este arte terapéutico por medio del empleo de preguntas conversacionales.
- Los problemas con los que nos enfrentamos en la terapia son acciones que expresan nuestras narraciones humanas de tal modo que disminuyen nuestro sentido de mediación y de liberación personal.
- El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración y, por lo tanto, la apertura de la oportunidad de una nueva mediación.

IV.- MODELOS

A.- Reflexivo

Andersen (1994), desarrolló este modelo basándose en las ideas del Construccinismo Social y el Constructivismo, enfocados en los contextos y los significados. Este enfoque no trata de remplazar la historia del paciente con una “mejor”, sino de agregar diversas alternativas a la misma.

Esta modalidad de trabajo, plantea que una conversación es un intercambio de ideas, y por lo tanto una creación continua de nuevos significados; por lo tanto, cuando se encuentran paciente y terapeuta, para establecer un diálogo, se puede pensar en tres conversaciones paralelas: dos “internas” (una en cada participante) y una “externa” (construida entre ambos participantes (Andersen, 2005).

El terapeuta espera una pausa en la conversación del sistema para hacer una pregunta; algo de lo que se diga va a ser particularmente importante en el diálogo “interno” del paciente, generando así una apertura, la cual puede ser considerada como incitaciones para un continuo en el dialogo “externo”; por ello nunca se podría delimitar qué camino seguirá el diálogo; al contrario, se considera al sistema de entrevista (paciente y terapeuta) como autónomo que define por sí mismo de qué y cómo se habla.

Este modelo utiliza las siguientes normas de acción: 1) las reflexiones deben basarse en algo expresado durante la conversación, no en algo tomado de otro contexto. Todas las reflexiones empiezan más o menos así. “Cuando escuché... o Cuando vi...se me ocurrió esta idea”; 2) los miembros del equipo al hablar deber tratar de no transmitir connotaciones negativas; y 3) cuando el equipo reflexiona los miembros se miran entre sí. (Andersen, 1992).

El Equipo Reflexivo a menudo se encuentra detrás de un espejo unidireccional y está compuesto, la mayoría de las veces, por tres personas. Este espejo no siempre es necesario, ya que el equipo también puede estar en la misma habitación que los pacientes y hablar desde un rincón; la cantidad de miembros no es siempre lamisma, esto depende de los recursos humanos disponibles y del tipo de paciente que se atienda (Andersen, 2005).

El equipo, que escucha, nunca da instrucciones sobre lo que el terapeuta va a decir o cómo sus miembros deben hablar. La estructura de este modelo ofrece la posibilidad de que a medida que escuchan al equipo, se hagan nuevas preguntas, estableciendo al mismo tiempo distinciones nuevas, que abren distintas posibilidades y ayudan cuando un sistema está “estancado”.

Cada miembro del equipo escucha en silencio la conversación; después de un rato, estos hablan acerca de sus ideas; realizando preguntas sobre el/los tema(s) presentado(s) sin hacer interpretaciones y/o criticas, mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan. Estos comentarios no se dirigen a nadie en particular; sino que cada uno de los miembros del equipo se

habla a sí mismo haciéndose preguntas como las siguientes: ¿de qué manera la situación o el/los tema(s) que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada?, ¿de qué otra forma puede explicarse la situación o el tema además de la(s) explicación(es) presentadas? (Andersen, 2005).

En otras palabras, cada miembro da su visión sobre los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de ellos, y las otras dos o más tenderán a crear otras nuevas a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas, la finalidad de este ejercicio es “mostrar” las distintas posibilidades que el equipo identifica sobre los temas abordados; dándole a los miembros del sistema estancado la posibilidad de tener un diálogo interno a medida que escucha las versiones que se le presentan.

Cuando el equipo termina sus reflexiones se le pregunta a la familia sobre la reacción que surge en ellos ante lo que escucharon, vivieron, pensaron y sintieron; a partir de esto, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras que escuchaban las reflexiones; teniendo una conversación sobre lo que hablaron los miembros del equipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista.

En la dinámica de trabajo en el equipo de reflexión la mayor parte del tiempo el entrevistador hace preguntas y evita dar opiniones o consejos. El equipo sólo da reflexiones especulativas; enfatizando que cada uno puede tener su propia versión y que no existe ninguna objetiva o final.

Los logros en el proceso terapéutico de los pacientes son evidentes, ya que esta modalidad de trabajo permite que la familia identifique distintas posibilidades para resolver las dificultades que la traen a terapia; además, los pacientes se sienten apoyados y entendidos, al no ser juzgados, evaluados y cuestionados por el equipo mientras el terapeuta está tranquilo al compartir la responsabilidad del proceso con todo el equipo.

B.- Narrativo

Los principales representantes de este modelo son Michael White de Australia y David Epsen de Nueva Zelanda, estos se basaron en el pensamiento de Bateson (1979), Foucault y otros teóricos Constructivistas, desarrolló una innovadora técnica psicoterapéutica que denominó Externalización del Problema; a través de ésta, propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente; este procedimiento abre un espacio conceptual que les permite a los pacientes tomar iniciativas eficaces a fin de rehuir la influencia que el problema ejerce sobre sus vidas (White, 1994).

Según esta propuesta, se puede definir la narración como una unidad de significado que brinda un marco para la experiencia vivida. A través de las

narraciones se interpreta la experiencia; ya que las vidas y las relaciones de las personas se desarrollan a medida que vivimos o representamos estas historias.

Una terapia de mérito literario ayuda a las personas a ser autoras de su propia historia y da máxima importancia a las vivencias de las personas. Así, aporta una percepción de un mundo cambiante y en constante evolución. Al generar perspectivas múltiples y estimular el uso del lenguaje coloquial termina adoptando una postura reflexiva que fomenta el sentido de autoría de pertenencia de la experiencia.

Al considerar el papel fundamental que desempeñan los relatos en relación con la organización de la experiencia, se puede argumentar que:

1. Los relatos en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la misma.
2. Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos y la forma de expresión de la experiencia que se expresarán
3. Estos relatos son los que determinan efectos y orientaciones reales en nuestra vida y en nuestras relaciones (Epston, Murray y White, 2005).

La externalización permite el desarrollo de una historia alternativa de la vida familiar, donde se descubren hechos que contradicen el relato dominante y proporcionan los núcleos para la generación de nuevas historias al identificar acontecimientos extraordinarios que se convierten en posibilidades.

Tipos de preguntas:

Estas historizan y pueden actuar sobre: el panorama de la acción; es decir, la experiencia; el panorama de la conciencia, las vivencias de la experiencia; y sobre las experiencias de experiencias, lo que los otros creen o imaginan sobre la vivencia personal. Las preguntas pueden servir para:

- a) Construir significados. Si ayudan a reescribir la historia, a elaborar una nueva descripción del problema, o descripción externalizada del mismo.
- b) Rastrear la influencia relativa. Si ayudan a externalizar el problema ubicando a su vez: la influencia del problema sobre la vida de las personas y viceversa (Epston y White, (1993).

Intervenciones:

El esquema básico del proceder narrativo es el siguiente: se externaliza el problema y se ve la influencia de éste en las personas y viceversa. Se identifican los acontecimientos extraordinarios de significancia mediante la reescritura y se mantienen los relatos alternativos utilizando escritos y presentación a otros.

Conceptos básicos (Epston y White, 1993):

- **Externalización:** es una forma de abordaje terapéutico que insta a cosificar y a personificar los problemas que oprimen a la gente.
- **Deconstrucción:** se trata de insertar ciertas prácticas terapéuticas, buscando objetivar los problemas y externalizar las vivencias a través de un “contralenguaje” para identificar logros aislados que se utilizarán para construir historias alternativas.
- **Acontecimientos extraordinarios:** sólo es necesario identificar un acontecimiento para iniciar el proceso de construcción, esto se realiza a través de la revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema, en acontecimientos que ocurren durante la sesión y/o en situaciones futuras.
- **Historia dominante:** son relatos que prevalecen a la hora de asignar significado a los sucesos de nuestra vida y determinan, en gran medida, la naturaleza de las vivencias y acciones.
- **Historia alternativa:** son relatos que incorporan nuevas narraciones a partir de descubrir las implicaciones favorables que los acontecimientos extraordinarios tuvieron en ellos mismos y en sus relaciones.

C.- Colaborativo y Conversacional

Harlene Anderson (1999), ha venido a cambiar la cultura de la terapia al desarrollar un modelo conocido como enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje; que conceptualiza la terapia como un sistema de lenguaje; es decir, un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación colaborativa para realizar una búsqueda conjunta de posibilidades.

Este enfoque se basa en las siguientes premisas filosóficas (Anderson, 1999):

- Los humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
- La realidad y el sentido que se atribuye a las experiencias y acontecimientos de la vida, son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos, en una conversación con otros y con ellos mismos.
- Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social-relacional.
- Los sistemas humanos son más formas de acción que procesos mentales individuales independientes cuando construyen realidad.

- El lenguaje es generador; da orden y sentido a la vida y al mundo al operar como una forma de participación social.
- El conocimiento es relacional; está inserto en el lenguaje y se genera en las prácticas cotidianas.

Esta postura se apoya en la idea de que la acción humana, tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo; por lo tanto, la gente vive y entiende su vida sólo a partir de su interacción con los otros.

El enfoque de Anderson, sostiene que el significado y la comprensión los construyen socialmente las personas en la conversación, en el diálogo. La comprensión es siempre interpretativa; por lo que, no tiene puntos de vista privilegiado; sino que, el lenguaje y la historia constituyen tanto las condiciones como los límites de la comprensión. (Anderson, H. y H. Goolishian, 1992).

Esta concepción dialógica se refiere a una empresa en la que está en juego una búsqueda mutua de comprensión y exploración a través del diálogo acerca de los problemas; por lo tanto, la terapia implica un proceso de participación conjunta (ya que cada persona habla con el otro, no le habla al otro), de co-desarrollo de nuevos significados, nuevas realidades y nuevas narraciones (Anderson, 1999).

El papel del terapeuta consiste en desarrollar un espacio conversacional para facilitar el inicio de un proceso dialogal dentro del que pueda producirse lo algo nuevo. El énfasis se pone en abrir un espacio para la conversación; ya que a medida que el diálogo se desenvuelve, se crea una nueva narración (Anderson y Goolishian, 1992).

El terapeuta, para lograr una conversación, debe adoptar una posición de “ignorancia”; esto implica una actitud general, una postura en la que las acciones del terapeuta comunican una abundante y genuina curiosidad. Esta actitud no significa que los terapeutas no deban tener prejuicios debido a su experiencia, sino que al escuchar a sus pacientes lo deben hacer de tal modo que éstos no les impidan el acceso al significado de las descripciones que el cliente hace de su propia experiencia.

Las preguntas formuladas desde la ignorancia ponen al descubierto algo desconocido e imprevisto y lo presentan como posible mostrando diversas respuestas posibles.

El proceso de formulación de preguntas surgidas de la posición de “no saber” da como resultado el desarrollo de una comprensión construida localmente (dialogalmente) y de su vocabulario local (dialogal). La cuestión del significado y el lenguaje local es importante porque existe una gama de experiencias que varían en cada conocedor y sesión terapéutica, por lo que cada conversación es única e irrepetible (Anderson y Goolishian, 1992).

CAPITULO III:

Desarrollo y Aplicación de Competencias Profesionales

III.- DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

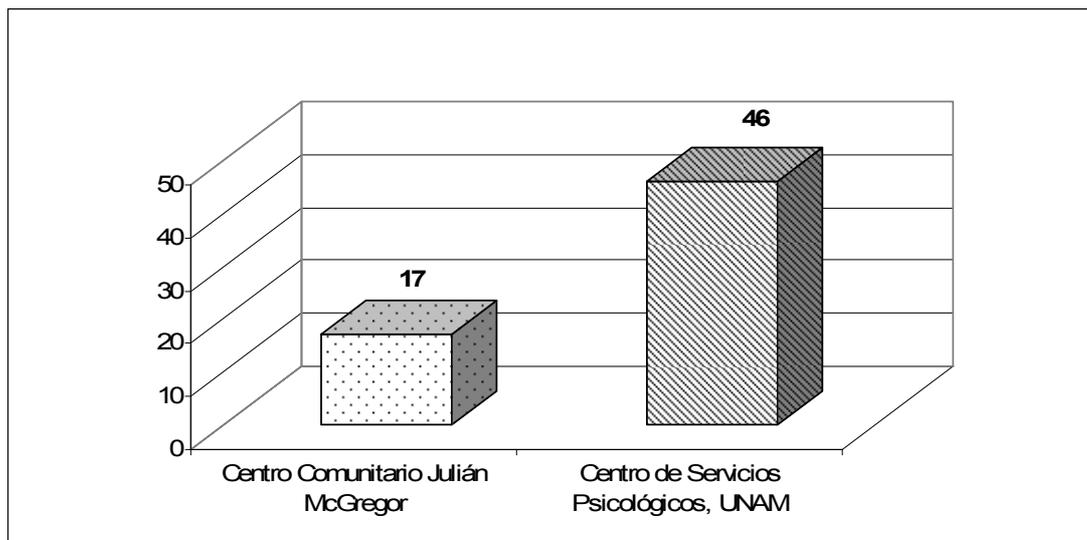
3.1.- Habilidades Clínicas Terapéuticas

La sexta generación de la Residencia en Terapia Familiar brindó atención clínica a 104 pacientes (individuos, parejas y familias) de las tres sedes donde se realizó la residencia clínica. De estos 41 pacientes fueron atendidos en coterapia (en parejas) y con supervisión narrada, en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro” (Estadística grupal).

Los 63 restantes se atendieron en los siguientes Centros de la UNAM: Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila” y Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”; bajo la observación, dirección y supervisión en vivo de diferentes supervisores y del equipo terapéutico detrás del espejo durante 530 sesiones aproximadamente, utilizando diferentes modelos teóricos.

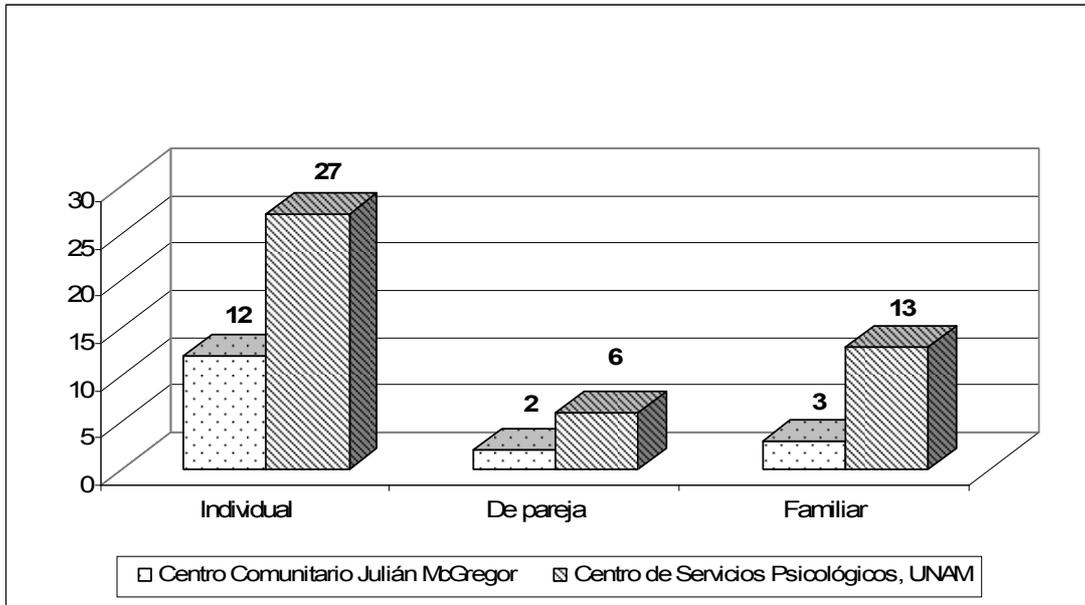
A continuación, se describen los casos atendidos por los miembros del grupo en las distintas sedes donde se realizaron supervisión en vivo.

La gráfica 1 muestra el número de casos observados por el grupo en cada sede, destacando que se atendieron a un mayor número de pacientes en el Centro de Servicios Psicológicos, UNAM.



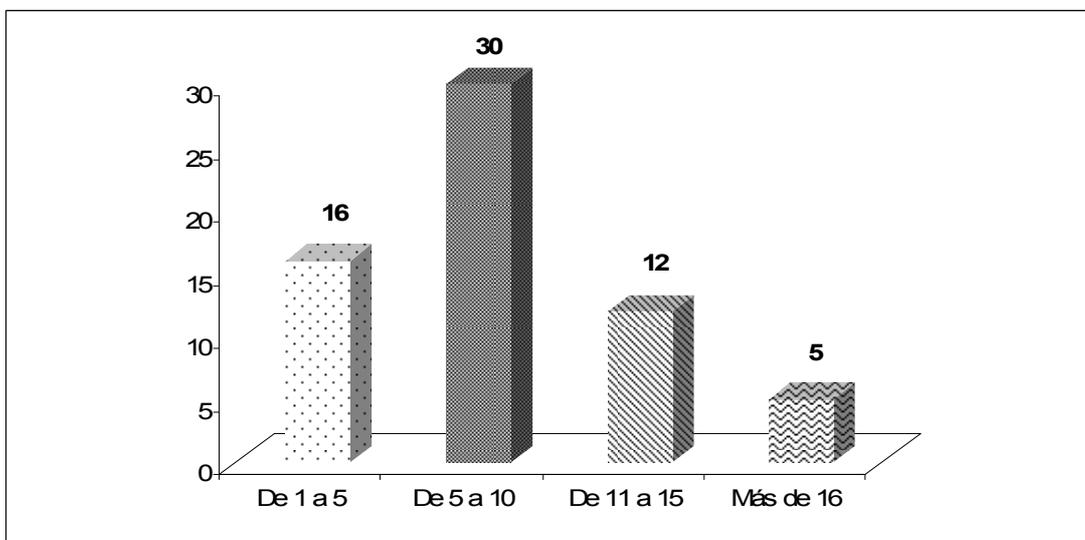
Gráfica 1

La gráfica 2 muestra el tipo de terapia que se brindó a los pacientes; destacándose que, en ambas sedes la terapia individual fue la más solicitada, seguida de la familiar y finalmente la de pareja.



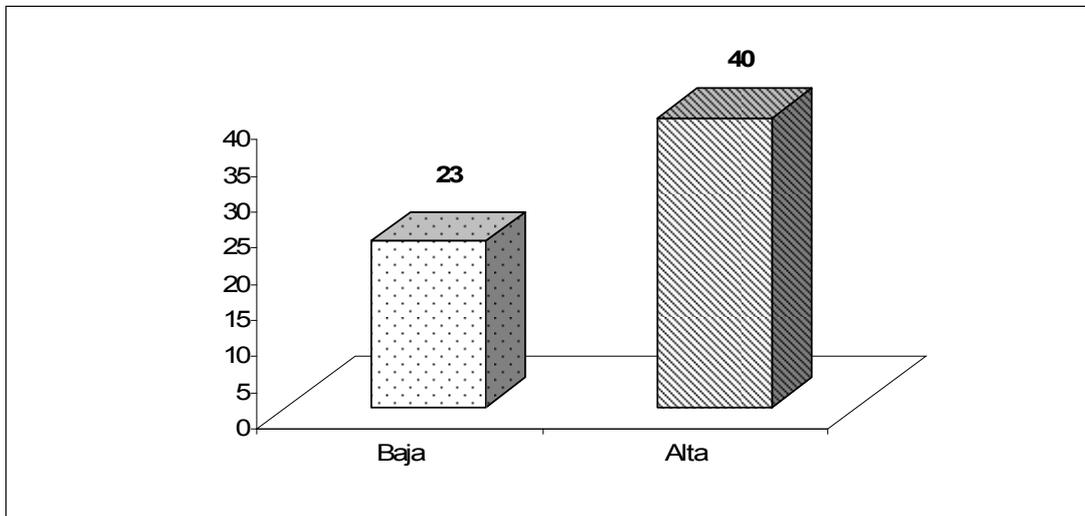
Gráfica 2

La gráfica 3 muestra el número de sesiones en que se atendieron los casos; se destaca que en la mayoría de los pacientes el tratamiento fue breve, ya que recibieron de 5 a 10 sesiones aproximadamente.



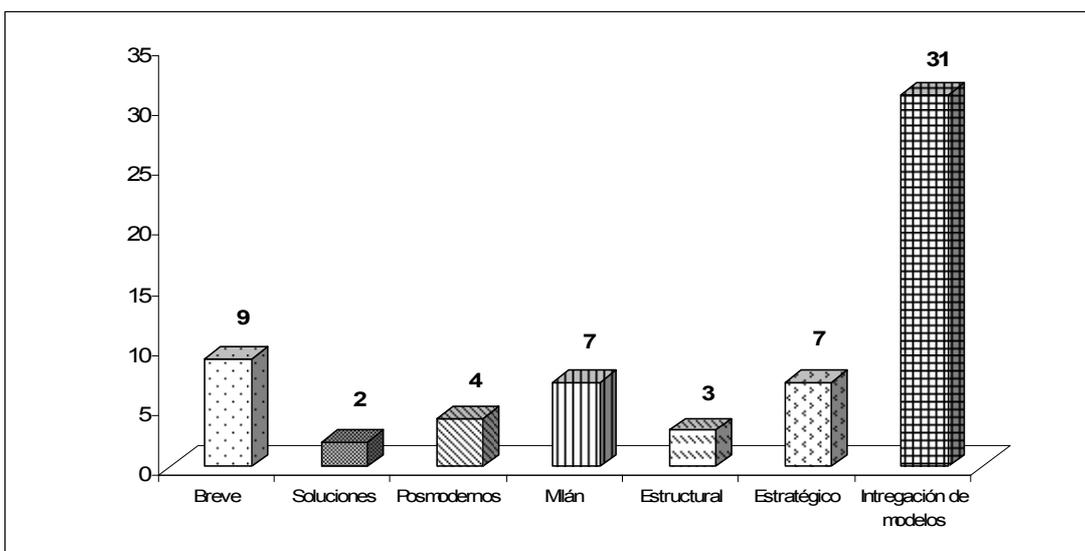
Gráfica 3

La gráfica 4 muestra el estado de los pacientes; destacándose que la mayoría de los casos fueron dados de alta; es decir, se concluyó el proceso terapéutico al alcanzar las metas.



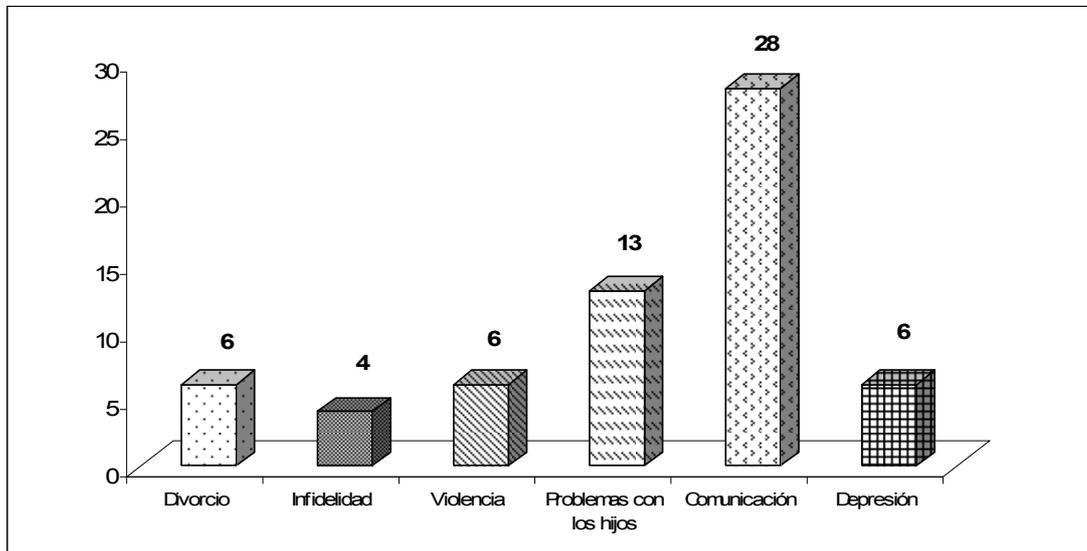
Gráfica 4

La gráfica 5 muestra los modelos desde donde fueron abordados los casos; se destaca que en el proceso terapéutico de la mayoría de los pacientes se hizo una integración de estos, para así alcanzar las metas terapéuticas.



Gráfica 5

La gráfica 6 muestra los motivos por lo que los pacientes acudieron a solicitar atención psicológica a alguno de los Centros; se destaca, que en la mayoría de los casos presentaban dificultades de comunicación (hacer acuerdos, establecer límites y reglas, etc.) entre los miembros de la familia, ya sea en la pareja y/o entre padres e hijos.



Gráfica 6

El siguiente cuadro muestra a los pacientes atendidos asumiendo el rol de terapeuta en las tres sedes, trabajando tanto de forma individual como en coterapia; se les brindó apoyo psicológico a 17 casos, de los cuales 7 fueron con terapia individual, 3 de pareja y 7 familias.

Estos casos fueron atendidos con un promedio de 11 sesiones, lo que se considera como un abordaje breve. La situación final de la mayoría de los casos fue de alta; es decir, se concluyó el proceso terapéutico porque se cumplieron los objetivos planeados.

Los pacientes fueron atendidos durante aproximadamente 200 sesiones desde los diferentes modelos teóricos. Los motivos por los que acudieron a solicitar apoyo psicológico fueron los siguientes: dificultades con la pareja (violencia, comunicación, duelo, infidelidad y celos) y con los hijos (indisciplina, anorexia, bulimia e intentos de suicidio)

No.	Paciente	Motivo de consulta	No. de sesiones	Sede	Modelo	Supervisor (a)	Situación final
1	Benjamín	Problemas de pareja (violencia-comunicación)	27	Centro Comunitario Julián MacGregor y Sánchez Navarro	Estructural	Noemí Díaz	Alta
2	Natalia	Problemas de comunicación con la familia extensa	13		Estructural	Noemí Díaz	Alta
3	Juan Antonio	Manejo de duelo por divorcio	8		Integración de modelos	Noemí Díaz	Baja
4	Norma	Problemas de pareja (comunicación)	6	Centro de Servicios Psicológicos, UNAM	Terapia breve enfocada a problemas	Guadalupe Santaella	Baja
5	Salomón, Daniela y Renata	Problemas de pareja (violencia)	9		Integración de modelos	Raymundo Macías	Alta
6	Laura y Roberto	Problemas de pareja (comunicación)	2		Estratégico	María Elena Rivera	Baja
7	Erika y Eduardo	Problemas de pareja (comunicación)	2		Estratégico	María Elena Rivera	Baja
8	Patricia	Problemas de pareja (infidelidad)	14		Terapia breve enfocada a soluciones	María Blanca Moctezuma	Alta
9	Armando	Problemas de pareja (celos)	7		Posmodernos	Nora Rentarías	Alta
10	Alma	Problemas de pareja (comunicación)	15		Posmodernos	Nora Rentarías	Alta
11	Elizabeth y Antonio	Problemas de pareja (infidelidad)	13		Terapia breve enfocada a soluciones	Nora Rentarías	Alta
12	Familia López López	Problemas de pareja (violencia)	7			Integración de modelos	Silvia Becerril

13	Familia Peña Reyes	Problemas con una hija (anorexia)	15	Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan. N. Navarro"	Milán	Silvia Becerril	Alta
14	Familia González Flores	Problemas con un hijo (indisciplina)	30		Integración de modelos	Silvia Becerril	Alta
15	Familia Román Castellanos	Problemas con un hijo (indisciplina)	18		Estructural	Silvia Becerril	Alta
16	Familia Gómez Martínez	Problemas con un hijo (intento de suicidio)	5		Estructural	Silvia Becerril	Baja
17	Familia Calderón Velasco	Problemas con una hijo indisciplina)	7		Integración de modelos	Silvia Becerril	Alta

Cuadro 1

De los pacientes descritos en el cuadro 1, se describen con detalle a continuación dos casos clínicos.

3.1.1.- Caso 1: Cambios y reestructuraciones en la familia a partir de la enfermedad

3.1.1.1.- Integración del expediente del trabajo clínico de la familia

I. Datos generales

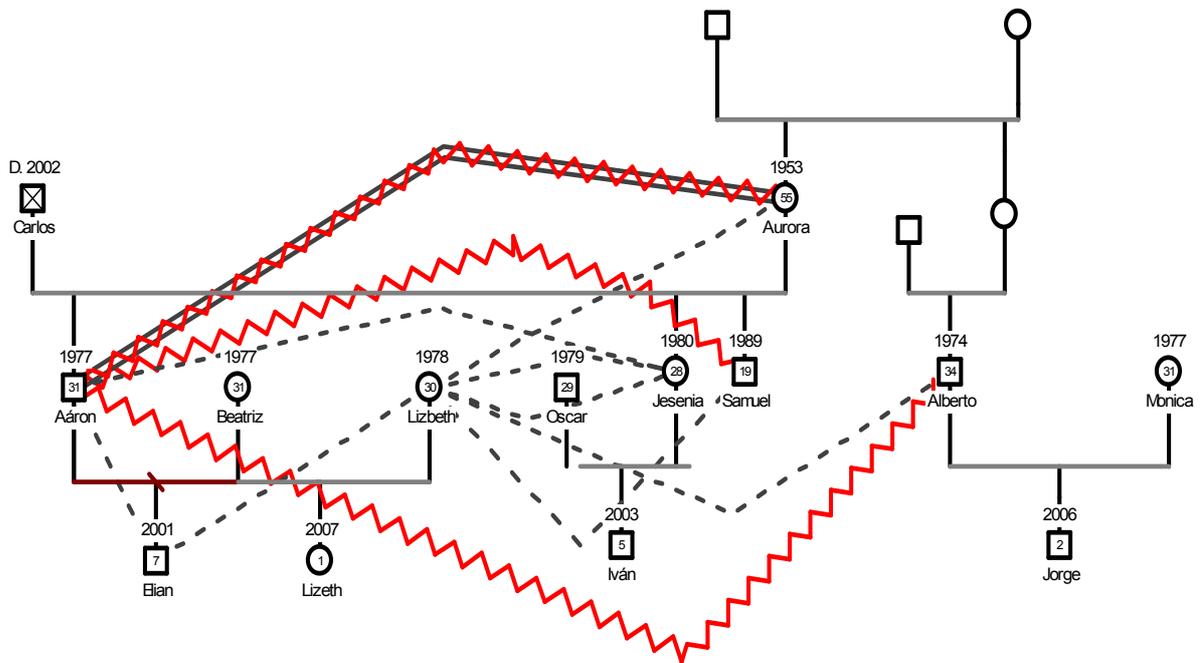
Integrantes de la familia: Elián, Samuel y Aurora

Terapeutas: Xolyanetzin Montero Pardo y Mauricio Carmona Arellano

Supervisora: Dra. Silvia Becerril Cervantes

Lugar donde se atendió a la familia: Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

II.- Familiograma



III.- Descripción de la familia

La familia está formada por tres integrantes: Aurora, Samuel y Elián. Aurora es una señora viuda de 55 años que está jubilada, se dedica a las labores domésticas y padece Hepatitis C (desde hace 10 años). Samuel, hijo de Aurora, es un estudiante universitario de 19 años; mientras que Elián, nieto de Aurora, es un niño de 7 años.

Aurora acude al psiquiátrico para llevar a consulta a Elián el 23 de enero del 2006, porque tanto el papá como la madrastra “no lo aguantaban”. Desde los primeros años de vida el niño tenía disminución de la atención, no se mantenía sentado, era inquieto, se distraía y no obedecía a nadie, por lo que constantemente era reprendido; un año antes el padre del niño se casó con su nueva pareja, Lizbeth; y a partir de esta época los síntomas en el paciente se exacerbaban, y se agregan otros como: poca tolerancia a la frustración, berrinches, desobediencia, disminución del apetito, irritabilidad y oposicionista, demandante de atención, disminución en el rendimiento escolar al no trabajar en clases por lo que no terminaba los trabajos escolares, ni hacía tareas.

A partir de una evaluación exhaustiva se le diagnosticó TDAH e inició un tratamiento conjunto entre la psiquiatra, el pediatra y la pedagoga; realizando una intervención multidisciplinaria combinando fármacos, terapia y modificación de las labores escolares. A partir de este tratamiento los especialistas detectaron que Elián había sido maltratado emocionalmente por la esposa y suegra de su padre, esto se refería principalmente a una serie de omisiones que tenían que ver con dejarlo sin comer y/o jugar.

Posteriormente, el niño empezó a presentar síntomas de depresión leve, caracterizados por tristeza, irritabilidad, inquietud, ideas homicidas hacia la suegra de su padre, ideas suicidas, agresión, impulsividad y una actitud ambivalente hacia el padre, ya que por un lado tiene una visión devaluada de éste al no defenderlo de sus agresoras, lo que lo hace sentir abandonada; sin embargo, aún así le gustaría vivir con él.

En esta etapa las intervenciones individuales que se realizaron con el paciente estuvieron enfocadas a que superara su depresión y a restablecer la relación entre él y su padre; posteriormente, la enfermedad de Aurora se agravó, por lo que era necesario que iniciara un tratamiento experimental para curar la hepatitis C; sin embargo, a partir de este tratamiento se vería incapacitada para seguir cuidando al paciente, motivo por el cual la terapeuta de Elián refirió a la familia al área de Terapia Familiar del hospital con la finalidad de que desarrollaran las habilidades necesarias para afrontar el tratamiento y las implicaciones que éste tendría en el funcionamiento familiar.

III.- Motivo de consulta

La familia acudió a solicitar el servicio porque la abuela, quien se encarga del cuidado del paciente, necesita desarrollar estrategias para deslindar esta responsabilidad hacia otros familiares ya que tiene Hepatitis C y necesita iniciar un tratamiento médico que le dificultaría continuar ejecutando su rol; por lo que la familia necesitaba desarrollar habilidades para resolver las dificultades ocasionadas por el tratamiento; aunado a esto, en el clima familiar había emociones de tristeza y enojo por distintas situaciones sin resolver. Posteriormente, aumentar la cohesión familiar para afrontar el tratamiento de Aurora y las implicaciones que este tendría en el funcionamiento familiar.

IV.- Modelos de intervención

Estructural

Enfoque de soluciones

Narrativa

V.- Tratamiento

30 sesiones (con 7 faltas) familiares e individuales que se dividieron en tres fases: 1) preparación para el tratamiento, 2) tratamiento y 3) seguimiento.

VI.- Resumen de las sesiones

ETAPA 1.- Preparación para el tratamiento

15 sesiones (con 3 faltas) semanales de abril a septiembre 2007.

Sesión: 1

Fecha: 26 de abril de 2007

Asistentes: Elián, Samuel y Aurora

Objetivos: definir el motivo de consulta, establecer el enganche, la alianza terapéutica e indagar las estrategias de solución intentadas anteriormente.

Desarrollo: Aurora mencionó que acudieron a solicitar el servicio porque se encuentra preocupada, tiene Hepatitis C y es quién se encarga del cuidado del paciente y necesita buscar estrategias para deslindar esta responsabilidad hacia otros familiares.

Elián es producto del primer matrimonio de su hijo Aarón; la esposa de éste, era adicta, los abandonó cuando el niño tenía 1 mes de nacido y a partir de entonces, ambos se mudaron a vivir con Aurora.

Cuando Elián tenía 4 años Aarón se caso con Lizbeth; y después de seis meses Elián se mudó a vivir con ellos, donde permaneció por más de un año, durante este tiempo el niño fue maltratado física y emocionalmente por la esposa y suegra del padre, sin que aparentemente éste se enterará.

En este período Aurora visitaba a su nieto y en algunas ocasiones se percató de algunas señales de maltrato, y finalmente lo confirmó. Y al

reclamarle a Aarón le respondió que no estaba enterado del hecho, y que no podía evitarlo, que lo mejor era que ella se lo llevara a su casa. Posteriormente, el niño se mudó con Aurora y Samuel, donde vive actualmente. Y el padre sólo lo visita ocasionalmente, sin responsabilizarse de él, ni económica ni emocionalmente.

Tarea: que piensen qué es lo que les gustaría trabajar en la terapia

Sesión: 2

Fecha de sesión: 3 de mayo de 2007

Asistentes: Elián y Aurora

Objetivos: definir el motivo de consulta y las metas terapéuticas

Desarrollo: Aurora enfatizó que el motivo principal para buscar apoyo es la enorme preocupación de someterse a un tratamiento para su enfermedad de Hepatitis, porque cree no tener el apoyo de una red para cuidar a su nieto mientras ella esta convaleciente.

Se establecieron las metas terapéuticas en tres líneas básicas de trabajo:

- Reforzar la relación abuela-nieto como un equipo de trabajo, utilizando los próximos 6 meses antes del inicio del tratamiento para enseñarle a su nieto a ser más independiente y a establecer vínculos de protección hacia otras personas.
- Identificar las redes de apoyo con las que la paciente cuenta y establecer compromisos con ellas en función del tipo y tiempo en que pueden apoyarla.
- Identificar los recursos personales con que cuentan tanto el nieto como la abuela a partir de su historia de vida.

Tarea: que la paciente identifique los momentos difíciles que ha vivido, relatarlos e identificar los recursos tanto internos como externos que utilizó para salir adelante.

Sesión: 3

Fecha de sesión: 17 de mayo de 2007

Asistentes: Elián y Aurora

Objetivo: identificar los recursos tanto internos como externos que la paciente ha utilizado en otros momentos difíciles similares a su situación actual.

Desarrollo: se indagaron otras situaciones difíciles similares a la que actualmente está experimentando la familia, al respecto la paciente mencionó que la han operado en dos ocasiones y en esos momentos difíciles ha logrado sobreponerse por la fortaleza y esperanza que tiene; y por el apoyo que ha tenido de diversas personas.

A partir de lo anterior, se identificó la red de apoyo que Aurora podrá utilizar al momento de su tratamiento; está se integra por la hija mayor, el hijo menor, la hermana y las madres de los compañeros de la escuela de Elián, los cuales han ofrecido diferente tipo de apoyo: cuidarla, acompañarla, llevar al nieto a la escuela, cuidarlo y atenderlo.

Con Elián se exploraron diferentes temas: sus gustos, actividades, la percepción que tiene ante la enfermedad y el tratamiento de su abuela y los recursos con que cuenta para apoyarla en su convalecencia, al respecto mencionó que él se va a “portar bien” y le puede ayudar a lavar los platos y a poner la mesa. También se le preguntó con quién le sería más agradable acompañarse durante la convalecencia de la abuela y respondió que con su tío Samuel.

Se enfatizaron las ventajas que existen al recibir ayuda de otras personas, así como el hecho de aceptarla y ver que esta red le ofrece sinceramente el apoyo y puede contar con ella.

Se jerarquizaron a las personas que le ofrecieron apoyo a la paciente, a partir de la cercanía que tienen con ella y de su disposición, a partir de esto, se estableció una línea de apoyo primario con la hermana y con la hija.

Se enfatizó el hecho de que la paciente se está preocupando y desgastando en pensar cómo va a resolver aquellas dificultades que se podrían presentar, sin enfocarse a cual podría ser una solución tentativa hacia esto.

Además, al final de la sesión la paciente mencionó que le gustaría que Aarón se hiciera responsable de Elián, y que ahora si lo cuidara, para así ella poderse enfocar sólo en su tratamiento; sin embargo, el no lo hace y ella siente mucho malestar con su actitud.

Tarea: que Aurora reflexione sobre cómo se siente y qué piensa ante la actitud de Aarón respecto al cuidado de Elián.

Sesión: 4

Fecha de sesión: 24 de mayo de 2007

Asistentes: Ninguno

Nota: la familia no asistió a la sesión, ni canceló

Sesión: 5

Fecha de sesión: 31 de mayo 2007

Asistentes: Aurora

Objetivos: explorar las emociones, sentimientos y pensamientos que experimenta Aurora ante la actitud irresponsable de Aarón para desempeñar su rol parental e indagar los sentimientos velados de culpa que Aurora experimenta por los episodios de maltrato que Elián (nieto) vivió por parte de su madrastra, cuando se mudó con su padre.

Desarrollo: se abordó la irresponsabilidad de Aarón en el cumplimiento de sus funciones parentales; Aurora mencionó que a pesar de existir una relación de apego entre su hijo y su nieto, el primero no dedica suficiente tiempo para atender y acompañar al niño.

Aarón visita ocasionalmente a su hijo y constantemente le promete “cosas”, tales como llevarlo a jugar al parque, comprarle cosas o visitarlo; y no cumple, Elián se muestra enojado y empieza a desobedecer a Aurora, y cuando ella empieza a discutir con el padre, el niño lo defiende.

Al parecer Elián experimenta una relación ambivalente con su padre; ya que por un lado, su cercanía le ocasiona sentimientos de enojo y frustración por no cumplir sus expectativas, sin embargo, lo defiende y justifica cuando Aurora le cuestiona a Aarón su conducta.

Aurora se mostró molesta con la conducta de su hijo; sin embargo, manifestó que se siente culpable por no haber educado “bien” a Aarón, para que ahora se pudiera hacer cargo de su nieto. Mencionó que es difícil que su hijo se responsabilice de su nieto, cuando vivía con él no lo cuidó lo suficiente, no se percató del maltrato del que era objeto.

Mencionó que no ha sido lo suficientemente enérgica como para marcarle límites a su hijo y ayudarlo a que se haga responsable; a pesar de ello, se siente cansada y decepcionada por estar constantemente resolviéndole sus problemas. Aunado a lo anterior, refirió que está enojada con su hijo y nuera por cómo trataron a su nieto.

Con Samuel se exploró cómo había sido la relación con su papá, al respecto refirió que era un vínculo de cercanía y amor; sin embargo, en las semanas previas a su muerte se volvió conflictiva y sentía que aún no había superado su pérdida.

Tareas: que la paciente reflexione y escriba sobre los sentimientos y emociones que experimenta o ha experimentado hacia Aarón y Lizbeth, respecto a la forma en que se relacionaron con Elián, cuando él vivía con ellos.

Y que Samuel reflexione y escriba sobre cómo se siente ante la muerte de su padre.

Sesión: 6

Fecha de sesión: 7 de junio 2007

Asistentes: Aurora y Samuel

Objetivos: explorar las emociones y sentimientos que la paciente experimenta hacia Aarón y Lizbeth respecto a la forma en que se relacionaron con Elián cuando vivía con ellos e indagar sobre la posición que Aurora decidirá asumir, a partir de estas reflexiones, sobre continuar o no resolviendo los problemas de Aarón.

Desarrollo: Aurora leyó una carta que le había escrito a Lizbeth, donde narraba todas las bondades y bendiciones que es ser madre y abrigar a los hijos, en esta enfatizaba la gran necesidad de amor y acompañamiento que Elián tiene, además mostraba su interés porque su nuera aceptara a Elián y lo adoptara como un hijo.

Samuel manifestó que su madre era una excelente escritora y que siempre que necesitaba decirles algo lo hacía de una forma hermosa a través de sus cartas. Pero que en el caso de Aarón no consideraba que hacerlo de la misma forma tendría un efecto favorable. Aurora mencionó que no les dice las cosas como realmente las siente porque no los quiere lastimar; sin embargo, se ha percatado que su actitud no le ayuda, porque se siente con las emociones contenidas, y eso le afecta para relacionarse con ellos.

Por otro lado, mencionó que a partir de esta reflexión se ha dado cuenta que ya no quiere seguir resolviéndole los problemas a su hijo Aarón, porque con esto no le ayuda para que se haga responsable de las consecuencias de sus acciones, sólo sigue propiciando su conducta actual. Además, la paciente identificó que ella los educa de la mejor manera posible, “les dio todo”, y lo que ahora hagan ellos ya no es su responsabilidad.

Con Samuel se indagó sobre la relación que estableció con su padre mediante la lectura y análisis de la carta que escribió, en donde describió ampliamente los episodios consecutivos que desencadenaron en la muerte de su padre.

Se exploró qué era lo más difícil de todo lo narrado, y mencionó que fue el hecho de no haberse despedido de él, pensando en que lo volvería a ver; por lo que, no pudo repetirle que lo amaba, que se sentía orgulloso de él y que era muy importante en su vida.

Posteriormente, se mencionó que las situaciones de duelo son muy dolorosas y permanecen presentes en las personas que han tenido una pérdida, aún y cuando transcurran muchos años, por lo que es necesario

empezar a explorar esas emociones y redefinir el dolor para aprender a vivir con él.

Respecto a Elián, Aurora mencionó que había estado tranquilo y con un excelente aprovechamiento escolar.

Tarea: que la paciente reflexione y escriba sobre el enojo que siente hacia Aarón y Lizbeth (se aclaró que al hacer el ejercicio debía de pensar que esta carta sería sólo para ella y nunca llegaría a su destinatario; por lo que, podría incluir todas las expresiones, ideas y emociones que quisiera, ya que no lastimarían a su hijo porque él nunca la leería).

Y que Samuel recuerde cómo se había sentido durante los episodios que narró en la carta leída durante la sesión de hoy, y la reescribiera agregando las emociones y sentimientos que fueron apareciendo en cada uno. También, debería traer una foto de su papá para la siguiente sesión.

Sesión: 7

Fecha de sesión: 14 de junio 2007

Asistente: ninguno

Nota: el paciente no asistió a la sesión, ni canceló

Sesión: 8

Fecha de sesión: 21 de junio 2007

Asistente: Samuel

Objetivo: realizar la técnica de la silla vacía con Samuel, utilizando la foto de su papá, para que exprese las emociones y sentimientos que se han acumulado a partir de la pérdida; así como, propiciar un espacio para que pueda despedirse del padre y redefinir la pérdida para que logre vivir con ese dolor.

Desarrollo: la supervisora asistió a la sesión empezando a indagar sobre la relación que Samuel tiene con su sobrino Elián, el paciente mencionó que él había decidido hacerse cargo del niño en el caso de que a su madre le pasara algo, ante esto se le mencionó que no es su responsabilidad, y no debe sentirse presionado de hacerlo.

Se indagó la relación que el paciente estableció con su padre, Samuel mencionó que había un enorme apego entre ambos, y que su papá se había aproximado a él y había estableciendo una relación distinta a la que tuvo con sus hermanos; al parecer desde el nacimiento del paciente, su padre empezó a consumir menos alcohol, y con ello a reivindicarse.

Samuel, mencionó que vivió una relación ambivalente con su padre, por un lado disfrutaba mucho su presencia, lo llevaba a la escuela, platicaban y le ayudaba a hacer las tareas. Mientras que, no le gustaba verlo en estado de ebriedad, y prefería que se fuera de la casa y regresara hasta el próximo día cuando el efecto del alcohol había desaparecido.

Con los antecedentes antes mencionados, se le pidió al paciente que colocara la foto de su padre en una silla vacía y se sentara frente a ella; posteriormente, se le indujo para que recordara a su padre, centrándose en las últimas veces que lo vio con vida, que sintiera y experimentara cómo se siente en ese momento, y cuando estuviera listo empezara a hablar con su padre, se le enfatizó que utilizara la oportunidad para expresarle todas aquellas cosas que no le dijo y que se despidiera del él, cumpliendo con ese anhelo.

Samuel empezó a llorar, y le dijo a su padre que lo amaba, que se sentía muy orgulloso de él, que lo seguía recordando, que era algo importante para él, y que siempre iba a estar cerca de él. Empezó a despedirse diciéndole que está bien, que no se preocupara, y que estaba tranquilo porque sabía que él siempre lo estaba acompañando.

Finalmente, la supervisora le mencionó que tenía un mensaje de su padre, que él estaba bien, que ya se había ido porque así es la vida, porque todos tenemos un destino y aunque duela mucho debemos aceptarlo. Se enfatizó que el padre siempre lo acompaña, y que debe trabajar para reelaborar la relación que vivió con su papá, ya que en ésta, se encuentran los elementos necesarios para que pueda establecer una relación adecuada con Elián.

Tarea: que Samuel reflexione sobre el ejercicio realizado.

Sesión: 9

Fecha de sesión: 28 de junio 2007

Asistentes: Aurora y Samuel

Objetivo: dar seguimiento a la técnica de “Silla vacía” que se realizó en la sesión anterior; a partir de explorar las emociones y sentimientos que el paciente experimentó.

Desarrollo: la supervisora indagó cómo se había sentido Samuel posteriormente a la técnica de “Silla vacía”, al respecto mencionó que se sintió relajado y tranquilo; y se fue dormido en el transporte público en el trayecto del hospital a su casa.

Como resultados de la sesión anterior, el paciente logró darse cuenta de que no influyó en la muerte de su padre, es decir, que no fue su culpa. Sin

embargo, pudo reconocer que siente una enorme tristeza desde que murió; es decir, presenta un duelo no resuelto.

A partir de la indagación de este aspecto, se detectaron emociones ambivalentes en el paciente, ya que mencionó que se sintió muy triste posteriormente a la muerte de su padre; sin embargo, esto le ha servido como motivación para desarrollarse profesionalmente, dedicando cada logro a la memoria de su padre y a la compañía de su madre, aunque a veces no puede disfrutar estos logros.

El paciente mencionó que “le sacó de onda”, que la supervisora haya afirmado que tiene ideación suicida, hipótesis que ella sustentó a partir de indagar el tema que Samuel investigó, denominado “el juego de la asfixia en los adolescentes”.

Samuel mencionó que escogió el tema sólo porque le pareció interesante, al tratarse de un tema novedoso, que cada vez se presenta con mayor frecuencia.

Se enfatizó que en la mayoría de las ocasiones las selecciones que hacemos durante la vida, están perneadas por nuestra historia, y los acontecimientos que hayamos vivido. Posteriormente, se exploró una posible relación entre el tema que eligió investigar y las emociones que había detectado a partir del ejercicio.

Mencionó que efectivamente hay una marcada relación, él considera que los adolescentes realizan el juego de la asfixia porque los padres no tienen suficiente comunicación con ellos, y reflexionó que en varias ocasiones se sintió así, con una enorme necesidad de platicar con su padre; manifestó que en reiteradas ocasiones experimentó sentimientos de abandono porque su padre murió y lo dejó cuando tenía sólo 12 años.

A partir de la reflexión anterior, se enfatizó que en estas situaciones era de gran importancia identificar cuál es el aprendizaje; es decir, que es lo que podemos recuperar cómo aprendizaje para integrarlo a nuestra vida, a partir de la muerte. Al respecto mencionó que es importante valorar a las personas que tenemos a nuestro alrededor, disfrutarlas y mantener una “buena” comunicación con ellas; esto lo ha hecho con su madre.

Tarea: que los pacientes observen cómo es el funcionamiento familiar durante las vacaciones

Sesión: 10

Fecha de sesión: 16 de agosto de 2007

Asistentes: Aurora y Elián

Objetivo: explorar cómo observaron los pacientes el funcionamiento familiar durante las vacaciones

Desarrollo: se exploró cómo estuvieron las cosas en la interacción familiar durante las vacaciones, al respecto la paciente mencionó que se han seguido apoyando entre todos los miembros, y que continúan hablando con el nieto sobre lo que pasara cuando ella inicie su tratamiento.

Además, Aurora refirió que ella y Samuel han tenido algunas dificultades últimamente, porque él empezó una relación de noviazgo con una chica llamada Arely, y siente que ella lo está alejando.

Se exploró esta situación y se esclareció que lo que estaba sucediendo era que la paciente consideraba que la chica estaba atentando contra su autoridad dentro de la familia, al burlarse de los métodos para disciplinar a Elián que Aurora utiliza; esto lo consideró al encontrar mensajes pegados en las paredes de la recámara de Samuel con ordenes similares a las que se le colocan al niño en toda la casa.

Posteriormente, se exploraron las estrategias de solución de problemas de la paciente y mencionó que había hablado con su hijo respecto a lo sucedido, y que él había minimizado el hecho diciéndole que el mismo había colocado los mensajes.

La paciente refirió que al hablar con su hijo sólo lo hizo del hecho y no de cómo se había sentido, al cuestionarle lo mencionado, reflexionó que usualmente cuando va a hablar con alguien sobre alguna molestia trata de no mostrar su enojo, ya que no quiere lastimarlos.

A partir de lo mencionado, se enfatizó la importancia de expresar el enojo, ya que de lo contrario existía el riesgo de “explotar” o de que la situación no se resolviera.

Tarea: que la paciente hable con Samuel sobre cómo se sintió a partir de la situación que sucedió con Arely

Sesión: 11

Fecha de sesión: 23 de agosto de 2007

Asistentes: ninguno

Nota: la familia no asistió a la sesión, pero llamó para cancelar debido a que Aurora tenía cita en el hospital de nutrición en ese mismo horario.

Sesión: 12

Fecha de sesión: 30 de agosto de 2007

Asistentes: Aurora y Elián

Objetivo: indagar qué resultados tuvo la conversación entre Aurora y Arely. Y explorar el enojo de la paciente para diseñar estrategias que le permitan ir desarrollando habilidades de autorregulación emocional y asertividad.

Desarrollo: se exploró cómo ha estado la dinámica familiar, al respecto la paciente mencionó que no pudo hablar con Arely porque no encontró una oportunidad para hacerlo; además, siente que aún no sabe cómo hacerlo de tal forma que no vaya a ofender a la chica.

En cuanto a Elián, Aurora mencionó que ha estado más tranquilo y con una mejor disciplina.

Se continuó explorando la incapacidad que presenta Aurora para mostrar el enojo que surge en la interacción con distintas personas, específicamente con su hijo Aarón, su nuera (esposa de Aarón) y la novia de Samuel.

Se reencuadro esta incapacidad, mencionándole a la paciente que podría utilizarla como una ventaja para poder dialogar con las personas involucradas, y en esta situación específica que pueda hablar con Arely, expresándole sus molestias sin parecer enojada.

Por otro lado, se le cuestionó a la paciente si estaban utilizando a Samuel como intermediario entre ella y Arely, colocándolo “entre la espada y la pared”. Aurora mencionó que efectivamente esto estaba ocurriendo constantemente.

A partir de lo anterior, se enfatizó que si ella establece un diálogo abierto y claro con Arely propiciarían disminuir los conflictos entre ellas, ayudando a su hijo a que establezca una mejor relación con su novia.

Tarea: que la paciente hable con Arely sobre cómo se sintió a partir de la situación que sucedió con ella

Sesión: 13

Fecha de sesión: 6 de septiembre de 2007

Asistentes: Aurora y Elián

Objetivos: explorar cómo fue el diálogo que hubo entre Aurora y Arely a partir de los hechos sucedidos entre ellas y enfatizar que debe haber límites claros entre Aurora y la relación de Samuel con Arely.

Desarrollo: se inició la sesión explorando cómo se ha desarrollado el funcionamiento familiar durante la última semana, al respecto la paciente mencionó que las cosas con Samuel se han tranquilizado, porque al parecer ya

entendió la preocupación de la paciente en cuanto a que regrese tarde de la escuela.

Se exploró la tarea que se le dejó a la paciente, que consistió en que hablara con Arely respecto a su incomodidad por los papeles que pegaron en la habitación de Samuel.

A partir del cuestionamiento anterior, Aurora mencionó que se acercó a la novia de su hijo y estuvieron hablando sobre su enfermedad, enfatizándole los síntomas que experimenta a partir de la misma.

Aurora mencionó que se sintió cómoda hablando con la chica, además se sintió comprendida y mucho más tranquila con la relación; sin embargo, no abordaron lo relacionado con Samuel, en cuanto a los papeles que pegaron en el cuarto de su hijo, o que llega tarde de la universidad y que ella se preocupa e incomoda.

La paciente mencionó que a pesar de no haber abordado todos los temas, considera que por lo menos se “limaron asperezas” y que estos temas se podrían ir abordando en lo sucesivo.

Tarea: que la paciente continúe practicando sus habilidades de asertividad al continuar dialogando con Arely

Sesión: 14

Fecha de sesión: 13 de septiembre de 2007

Asistentes: Aurora, Samuel y Elián

Objetivo: desarrollar asertividad en la paciente para que logre expresar su enojo sin lastimar a los presuntos implicados.

Desarrollo: se exploró qué resultados tuvo la tarea y al respecto Aurora mencionó que había sido muy útil seguir hablando con Arely, ella pudo comprender como es su situación en cuanto a su enfermedad, se ofreció a ayudarla cuando inicie el tratamiento.

Se indagó cómo ha estado la dinámica familiar en las últimas semanas; al respecto la paciente mencionó que se han presentado algunos cambios en el funcionamiento familiar a partir de una recaída que tuvo, ocasionada por los estudios que le realizaron, al respecto, mencionó Samuel que de manera generalizada él y los otros miembros de la familia han sentido un clima de tensión.

Aunado a lo anterior, los pacientes coincidieron en que han sentido que Elián ha estado más inquieto de lo habitual, esto se manifiesta en que quiere estar enterado de todo lo que ocurre con su abuela.

A partir de lo mencionado, se enfatizó que posiblemente la sensación de abandono que experimenta Elián, sea algo generalizado en la familia, y él está actuando el síntoma familiar, ya que Samuel mencionó que también él percibe los mensajes de despedida que Aurora les está enviando.

Ante esto, la paciente aceptó que tiene mucho miedo de morir en el tratamiento y que no se había percatado de que está proyectando su miedo hacia toda la familia, lo cual impacta el ambiente familiar, tensando las interacciones, se realizó un ejercicio de imaginaria guiada para ayudarle a la paciente a que se relaje.

Tarea: que se hable en la familia sobre el miedo que la mayoría de los miembros están experimentando a partir del inminente inicio del tratamiento de la paciente, logrando con esto un clima familiar de mayor tranquilidad. Que Aurora practique en su casa el ejercicio de relajación que se realizó en la sesión cuando se sienta estresada.

Sesión: 15

Fecha de sesión: 20 de septiembre de 2007

Asistente: Aurora

Objetivo: explorar las emociones y pensamientos que están experimentando los miembros de la familia a partir del inminente inicio del tratamiento de la paciente.

Desarrollo: se inició con la revisión de la tarea, mencionando que había asistido a una revisión con el médico, y aprovechó para mencionarle que ha tenido estreñimiento lo que le ocasiona dolor, el médico le modificó el medicamento.

Respecto a la tarea, la paciente refirió que dos días después de la sesión anterior, hablo con Elián sobre su enfermedad y su recuperación; enfatizándole que el hecho de que este en recuperación, no significa que vaya a morir y a abandonarlo. Esto mismo, lo abordo con Samuel, logrando que la tensión en la familia disminuyera y se sintiera un clima familiar más relajado.

Se exploró la percepción de la paciente respecto a su red de apoyo, ya que el examen que le hicieron hace 15 días, las complicaciones y la recaída a partir de este, han figurado como un “ensayo” de lo que puede suceder cuando inicie el tratamiento para su Hepatitis, al respecto mencionó que se siente tranquila por el apoyo que ha tenido tanto de su familia (Hijos, hija, nuera y hermana) y sus amigas (madres de los compañeros de Elián).

Por otro lado, se exploró la participación de Aarón y Lizbeth en el cuidado de ella y Elián, mientras estuvo en convalecencia por los exámenes clínicos. Al respecto, enfatizó que su hijo la cuidó un día en el hospital y su nuera solamente le ha llamado, pero no ha ido a visitarla, poniendo como

pretexto su horario laboral. Ante esto, se enfatizó que desde un inicio la expectativa que se tenía hacia ellos era baja, y pues su actual conducta sólo confirmaba lo esperado por ella.

En cuanto a la relación con Arely (novia de Samuel), mencionó que la situación ha mejorado, ya que ella la ha visitado y le ha ayudado a limpiar la casa. Samuel y Aurora han vuelto a platicar sobre la relación que él tiene con su novia, pudiendo establecer acuerdo en cuanto a los permisos.

Al final de la sesión se le reencuadro a la paciente el hecho de que se consideraba que las metas establecidas para la primera etapa del tratamiento se habían cumplido, al respecto mencionó lo siguiente:

- En cuanto a la necesidad de red de apoyo para cuando iniciara su tratamiento de Hepatitis, considera que se siente segura y tranquila porque tanto su familia como sus amigas, le han demostrado que ellos pueden cuidarla y a Elián, teniendo paciencia y comprensión hacia el niño, mientras esta en el periodo de convalecencia.
- En la relación ambivalente que tiene con Aarón, mencionó que se ha dado cuenta de que ella no es culpable de las conductas de su hijo, lo educó de la mejor manera, y su situación actual es sólo responsabilidad suya, por las decisiones que ha tomado.
- Finalmente, mencionó que ha podido ponerle límites a Aarón para regular la relación que tiene con Elián, en función de ponerle horarios y días de visita. Así como, evitar que el papá le prometa cosas que no puede cumplir a su hijo, evitando que su nieto se sienta frustrado y reaccione de forma violenta o depresiva tanto en la familia como en la escuela.

A partir de lo anterior, se mencionó que se consideraba importante concluir la elaboración de duelo de Samuel respecto a la muerte del padre; y con ello terminar el proceso terapéutico. Para continuar con las metas establecidas para la segunda etapa del proceso terapéutico, que consistía en apoyar a la familia durante el tratamiento médico de la paciente.

Tarea: que la paciente reflexione y escriba sobre cómo se siente a partir de los estudios médicos que le han estado revisando al inicio del tratamiento.

ETAPA 2.- Tratamiento:

11 sesiones (con 4 faltas) quincenales de octubre de 2007 a marzo de 2008

Sesión: 16

Fecha de sesión: 4 de octubre 2007

Asistente: Aurora

Objetivos: indagar cómo se ha sentido la paciente a partir del inicio del tratamiento médico, y cómo ha impactado esto el funcionamiento familiar.

Desarrollo: se inició con la revisión de la tarea que consistió en que escribiera cómo se siente a partir de iniciar los estudios para su tratamiento contra la Hepatitis. La paciente leyó su escrito, y se enfatizó que la emoción básica manifestada es el miedo, el cual ha sido desplazado hacia Elián y el resto de la familia.

Con este ejercicio Aurora logró identificar que su verdadera motivación para iniciar el tratamiento es querer tener una mejor calidad de vida y evitar la aparición de Cáncer en el Hígado; logró establecer un locus de control interno, en lugar de situarlo en el nieto.

Se validó su miedo hacia esta nueva experiencia, mencionándose que puede darse permiso de sentir esta emoción, identificarla y encauzarla para encontrar una solución; se enfatizó que el miedo es una señal de que hay algo que no está funcionando de forma adecuada y se debe atender; y puede funcionar de tres formas: 1) paralizando, 2) huyendo o 3) enfrentando; si se elige la última opción el miedo puede ser un motor que impulse a buscar una forma de combatir las dificultades.

También, se mencionó que otra emoción básica que ayuda a buscar estrategias para solucionar los conflictos es el amor (tanto hacia nosotros como hacia los demás), y se enmarcó que esta emoción se presenta en la paciente, ya que el amor hacia su nieto, hijos y familia, está funcionando como un impulso para que ella tome las decisiones.

A partir de lo anterior, se encuadró que ambas emociones son básicas como impulsos para movilizarse para encontrar soluciones; siempre y cuando se logren identificar y encauzar.

Posteriormente, Aurora mencionó que se ha dado cuenta de que se ha estado preocupando mucho por el futuro, ya que no sabe si van o no a presentarse por el tratamiento algunos síntomas físicos y psicológicos que el doctor le mencionó; ante esto se enfatizó que pensar en el futuro sólo provoca ansiedad y angustia, porque no hay nada definido, es incierto y genera incertidumbre; por lo tanto, lo mejor es vivir “un día a la vez”, preocuparse y ocuparse sólo por el aquí y ahora.

Para apoyar esta actitud de la paciente se le preguntó qué actividad física le gustaba realizar, al respecto refirió que bailar; por ello se le sugirió que por las mañanas bailara una canción lo cual le permitiría relajarse.

Tarea: que la paciente escriba sobre las diferentes emociones que ha manifestado durante la semana.

Sesión: 17

Fecha de sesión: 18 de octubre 2007

Asistentes: Ninguno

Nota: la familia no asistió a la sesión, pero llamó para cancelar debido a que Aurora tenía cita en el hospital de nutrición en ese mismo horario.

Sesión: 18

Fecha de sesión: 8 de noviembre 2007

Asistente: Aurora, Samuel y Elián

Objetivos: explorar las emociones que Aurora tiene “guardadas” y es importante que las exprese, tales como enojo, culpa, confusión, tristeza, etc. Y establecer las relaciones de Elián con cada miembro de la familia a partir de un dibujo de la familia; continuar explorando los recursos personales tanto de Elián como de Aurora, que ayuden para establecer un plan de apoyo para el tratamiento.

Desarrollo: los pacientes manifestaron que la situación en la familia ha estado complicada debido al tratamiento que está recibiendo la paciente.

Se exploró cómo ha impactado la dinámica familiar el tratamiento que está recibiendo Aurora, y específicamente cómo los síntomas que está presentando afectan su relación con su hijo menor y su nieto.

A partir de lo anterior, se concluyó que el hecho de que la paciente no esté todo el tiempo con Elián debido a que se siente cansada constantemente, puede ser de utilidad para que el nieto desarrolle mayor independencia.

Por otro lado, se exploró cómo ha estado Samuel en su relación de pareja, al respecto manifestó que se ha sentido cómodo y feliz, además, ha apoyado para cuidar y atender a su mamá.

Al respecto, Aurora mencionó que efectivamente Arely ha estado al pendiente de la evolución de su tratamiento, apoyándola en lo que puede.

Finalmente, se revisó la tarea de la paciente, que consistió en que escribiera la diferente gama de emociones que ha manifestado durante la semana, a partir de éstas se enfatizó el miedo, este es a raíz del tratamiento, al respecto se redefinió que es natural y le puede ayudar a tomar fuerzas para continuar con el tratamiento, ya que es mayor el miedo a su enfermedad que a su tratamiento.

Tarea: que los pacientes reflexionen sobre cómo esta impactando tanto de forma individual como familiar el tratamiento de Aurora.

Sesión: 19

Fecha de sesión: 22 de noviembre 2007

Asistentes: Aurora, Samuel y Elián

Objetivo: indagar cómo el tratamiento de Aurora está impactando el funcionamiento familiar

Desarrollo: se empezó a explorar cómo la enfermedad de Aurora está impactando el funcionamiento familiar, al respecto manifestaron que han tenido serias dificultades para adaptarse a algunos cambios que han surgido a partir del tratamiento al que está sometida la paciente.

Un cambio importante es que como Aurora está cansada constantemente, ya no puede estar el mismo tiempo que antes con Elián, lo que le preocupa a la paciente porque el nieto ha estado presentando conductas de indisciplina y bajo aprovechamiento escolar tanto en la casa como en la escuela; se concretan en que no hace la tarea (en casa) y los trabajos escolares.

Al respecto, se les cuestionó si sería posible que pidiera apoyo a otras personas, la paciente mencionó que ella consideraba indispensable hacerlo, ya que no tenía energías suficientes ni para reprenderlo, ni para ponerlo a hacer su tarea.

Se les pidió a los pacientes que pensarán en quien o quienes los pondrían apoyar hablando con Elián sobre su conducta y poniéndolo a hacer diariamente su tarea. Después de pensarlo, Samuel mencionó que probablemente la esposa de Beto podría ayudarlo al nieto a hacer todos los días su tarea; por otro lado, se comprometió a estar pendiente del niño y a hablar con él para reprenderlo por su conducta.

Finalmente, se le cuestionó a la paciente sobre qué opinaba acerca de la propuesta de Samuel, mencionó que estaba de acuerdo, ya que estas acciones le ayudarían tanto a ella como a su nieto, porque estaría más tranquila y podría descansar más tiempo; y él tendría a alguien con mayor energía para apoyarlo con sus tareas escolares.

Tarea: que Aurora y Samuel hablen con Mónica para solicitarle que apoye a Elián en la realización de sus tareas escolares.

Sesión: 20

Fecha de sesión: 6 de diciembre 2007

Asistentes: Ninguno

Nota: la familia no asistió a la sesión, pero llamó para cancelar debido a que Aurora se sentía muy cansada para asistir sola y no había quien la acompañara a la consulta.

Sesión: 21

Fecha de sesión: 20 de diciembre 2007

Asistentes: Aurora y Elián

Objetivo: revisar a qué personas de la red de apoyo le han solicitado ayuda para contrarrestar el impacto que el tratamiento de Aurora está teniendo en el funcionamiento familiar

Desarrollo: los pacientes manifestaron que la situación en la familia ha mejorado considerablemente, ya que no ha tenido ninguna queja del aprovechamiento escolar o la conducta de Elián por parte de la maestra.

Se exploró si los pacientes habían pedido ayuda a alguien para que apoyaran a Elián en la elaboración de su tarea, mencionaron que no había sido posible porque se enfermó Jorge (hijo de Beto), por lo que su nuera estuvo ocupada cuidando al niño y le era imposible ayudar al paciente.

Después, se cuestionó cómo habían logrado los cambios en el comportamiento de Elián sin recibir ayuda de nadie, la paciente mencionó que ella habló con su nieto mencionándole que se sentía cansada y no podía atenderlo tal como lo hacía antes, y que no había de momento nadie disponible para ayudarles, por lo que, él debería portarse bien y cumplir con sus deberes escolares.

Se connotó positivamente a ambos por los cambios logrados, ya que se considero que se han podido adaptar a las necesidades surgidas a partir del tratamiento de Aurora.

Posteriormente, se hizo una recapitulación de los cambios percibidos por los terapeutas, éstos se engloban en los siguientes: 1) ha logrado identificar su red de apoyo y pedirles ayuda cuando considera necesario, 2) ha aprendido a expresar sus emociones, principalmente las negativas, a los distintos miembros de la familia de forma asertiva, evitando lastimarlos y 3) ha podido marcar los límites entre Aarón y su nieto, logrando con esto proteger a Elián de las constantes decepciones provocadas por la conducta del papá.

Finalmente, se le preguntó a la paciente que opinaba de los cambios que le habíamos enfatizado, mencionó que coincidía con la visión de los terapeutas. Se le dijo que si las metas terapéuticas iniciales se estaban cumpliendo ya era tiempo de concluir el proceso terapéutico.

Tarea: que la paciente reflexione si hay alguno otro tema que desea trabajar o considera que ya es tiempo de concluir el proceso terapéutico

Sesión: 22

Fecha de sesión: 16 de enero 2008

Asistente: Aurora

Objetivo: indagar si los pacientes consideran que hay alguna otra problemática que deseen abordar o ya es tiempo de concluir el proceso terapéutico.

Desarrollo: Aurora mencionó que la situación en casa respecto a la conducta de Elián se ha mantenido igual que como lo reportó en la última sesión; es decir, el nieto sigue cumpliendo con sus obligaciones escolares y mantiene una buena disciplina.

Lo anterior, sorprendió a la paciente ya que mencionó que en esta semana ha sido severamente afectada por el tratamiento, ya que ha presentado algunos síntomas como dolor muscular severo, diarrea y náuseas, que le han impedido estar pendiente de su nieto como de costumbre.

Respecto a la tarea, refirió que después de reflexionar sobre su situación personal y familiar se percató de que siente mucho coraje y rencor con Aarón, debido a como se relaciona con su nieto.

Después de explorar estas emociones se concluyó que hay dificultades en la comunicación, lo que ha propiciado que se entiendan mal las cosas tanto de un lado como del otro; es decir, al parecer Aarón piensa que los comentarios de Aurora están encaminados a que se haga cargo de su hijo llevándolo a vivir con él, mientras que en realidad lo que la paciente quiere es que comparta más tiempo con él.

Finalmente, se cuestionó a Aurora respecto a cuáles son sus necesidades en cuanto a Aarón para Elián, y ella mencionó que no las tiene claras aún que necesita reflexionar sobre esto. A partir de la respuesta de la paciente se le enfatizó que sería indispensable que lo esclareciera, para así hacerle peticiones concretas al hijo.

Tarea: Que la paciente piense qué peticiones (claras y concretas) le gustaría hacerle a Aarón respecto a su relación con Elián.

Sesión: 23

Fecha de sesión: 30 de enero 2008

Asistentes: Ninguno

Nota: la familia no asistió a la sesión, pero llamó para cancelar debido a que Aurora se sentía muy cansada para asistir sola a la sesión y no había quien la acompañara a la consulta.

Sesión: 24

Fecha de sesión: 13 de febrero 2008

Asistente: Aurora

Objetivo: explorar las peticiones que Aurora quiere hacerle a Aarón respecto a cómo se relaciona con Elián.

Desarrollo: los pacientes manifestaron que la paciente tuvo una crisis el día anterior a la sesión.

Se exploró esta crisis y Aurora relato que sucedió cuando estaba en la casa de un compañero de Elián, porque lo llevó a festejar el cumpleaños del niño. Mencionó que después de que el nieto disfrutó la fiesta, ella se empezó a sentir cansada y agobiada, y le dijo que ya se tenían que ir a su casa para que descansara, sin embargo, Elián se negó a obedecerla y fue entonces cuando ella empezó a llorar y a reclamarle al niño por no hacerle caso.

En seguida, las madres de los compañeros de Elián, se lo llevaron a otra habitación mientras Aurora se tranquilizaba. Finalmente, se sintió mejor y se fueron a su casa.

Se enfatizó que esta reacción es “normal”, ya que estaba previsto que esto ocurriera como consecuencia del tratamiento. Se le recordó a la paciente que en la lista de síntomas posibles incluía cambios repentinos en su estado de ánimo, los cuales abarcarían una compleja gama de emociones que van desde depresión hasta euforia.

Se cuestionó si las madres de los compañeros de Elián sabían que estas reacciones podían presentarse como consecuencia del tratamiento. Al respecto, la paciente mencionó que ya se los había comentado, por lo que no les pareció extraño que ocurriera; sin embargo, ella se siente incómoda y avergonzada por el “espectáculo”, pero platicaría de nuevo con las señoras, enfatizando lo “normal” de su conducta para así sentirse más tranquila.

Posteriormente, se revisó la tarea y Aurora mencionó que tenía las siguientes peticiones para Aarón: 1) que visite a Elián una vez al mes, 2) que propicie la convivencia entre sus dos hijos, 3) que asista a los eventos importantes del hijo y 4) que para cualquier cosa que quiera hacer con su hijo tome en cuenta la opinión de la paciente.

Aurora mencionó que había hablado con Aarón y le comentó que necesitaba hablar con él, pero le dijo que no tenía tiempo porque tenía que trabajar, ante esta negativa Samuel opinó que ese era sólo un pretexto, que lo que en realidad ocurría era que Aarón no quería hablar con ella porque pensaba que le iba a hacer una serie de peticiones que lo presionarían.

Ante esto, Samuel propuso que él podría hablar con Aarón, ya que estaba preocupado de que su hermano volviera a consumir drogas, ya que últimamente lo ha observado presionado entre las necesidades de su mamá y las de su esposa.

La paciente aceptó que su hijo fuera el portavoz de sus peticiones, al respecto se le enfatizó que sería importante que al hacerlo fuera asertivo y no tratara de imponer las cosas, sino que sólo le mencionara las necesidades de su mamá dando la oportunidad de que Aarón decida si puede y quiere hacer algo de lo solicitado.

Tarea: que Samuel hable con Aarón para que le comente las peticiones de Aurora respecto a su relación con Elián.

Sesión: 25

Fecha de sesión: 27 de febrero 2008

Asistentes: Ninguno

Nota: la familia no asistió a la sesión pero llamó para cancelar debido a que Aurora se sentía muy cansada para asistir sola a la sesión y no había quien la acompañara a la consulta.

Sesión: 26

Fecha de sesión: 12 de marzo 2008

Asistentes: Aurora y Samuel

Objetivo: indagar los resultados obtenidos en la conversación entre Samuel y Aarón sobre las peticiones que la familia le hace para mejorar la relación que este tiene con Elián.

Desarrollo: Aurora manifestó que había tenido una crisis clínica, por lo que fue ayer al médico para que le hicieran una endoscopia, en la cual confirmaron que todo estaba bien.

Posteriormente, se exploró la dinámica familiar, y Aurora dijo que Aarón y Lizbeth tuvieron una discusión y se separaron, él se mudó sin previo aviso a su casa, la paciente habló con su hijo y le dijo que esta situación no es “sana” para ninguno de sus hijos, porque cuando él se va Elián se comporta agresivo e intolerante.

Al siguiente día, Lizbeth le llamo por teléfono a Aarón, arreglaron su situación y se regreso a su casa.

A partir de lo mencionado, se le enfatizó a la paciente que había podido ponerle límites a su hijo, al respecto respondió que ya no tenía miedo de hablar con él, si decidía volver a utilizar drogas era su responsabilidad, y no la de ella.

Al respecto, Samuel mencionó que consideraba que su mamá ya había modificado su actitud hacia Aarón; sin embargo, le faltaba que los cambios se consolidaran poniendo en práctica nuevas acciones.

Ante esto la paciente respondió que efectivamente necesitaba ir platicando los cambios conforme se fueran presentando las oportunidades.

Se finalizó la sesión mencionándoles que se coincidía con su opinión por lo que se les iba a dar de alta, con la idea de que pudieran continuar aplicando las habilidades que habían desarrollado durante el proceso terapéutico.

Se planificaron algunas sesiones de seguimiento que se tendrían con un mes y medio de distanciamiento una de otra aproximadamente.

Para cerrar la sesión se les regalo el siguiente pensamiento:

LUCHAR

*Están los que usan siempre la misma ropa,
los que llevan amuletos,
los que hacen promesas,
los que imploran mirando al cielo,
los que creen en supersticiones...*

*Pero también están
los que siguen corriendo
cuando les tiemblan las piernas,
los que siguen jugando
cuando se les acaba el aire,
los que siguen luchando
cuando todo parece perdido,
como si cada vez fuera la última vez,
convencidos de
que la vida misma es un desafío.*

*Sufren pero no se quejan,
porque saben que el dolor pasa,
el sudor se seca y el cansancio termina.*

Pero hay algo que nunca desaparecerá:

"La satisfacción de haberlo logrado"

*En sus cuerpos hay
la misma cantidad de músculos,
y en nuestras venas corre la misma sangre.*

*Lo que nos hace diferentes es nuestro espíritu,
Nuestra determinación por llegar a la cima.*

Una cima a la que no se llega superando a los demás.

ETAPA 3.- Seguimiento:

4 sesiones (con 1 falta) mensuales de abril a junio de 2008

Sesión: 27

Fecha de sesión: 16 de abril 2008

Asistente: Aurora

Objetivo: explorar cómo ha impactado a la familia y a cada uno de los miembros el tratamiento de Aurora.

Desarrollo: asistieron a la sesión la abuela y Elián manifestando que Samuel no pudo asistir debido a que fue a una entrevista de trabajo, ya que ha debido empezar a laborar.

Se exploró la evolución del tratamiento médico de la paciente, refirió que se ha sentido muy cansada físicamente, esta hipersensible de la piel, por lo que la mayoría de la ropa le incomoda, aunado con el cansancio acumulado le ocasionan insomnio.

Mencionó que continúa con sus síntomas físicos de diarrea, úlceras bucales, dolor muscular, fatiga y cansancio general. A pesar de estos síntomas, refirió que emocionalmente se encuentra tranquila, motivada y con esperanza de que el tratamiento va a ser efectivo y que dentro de pronto va a concluir.

Respecto a la dinámica familiar, mencionó que Elián ha estado ayudándola mucho, ya que la acompaña y realiza sus actividades tanto escolares como personales sin necesidad de que algún adulto lo presione u obligue; esta actitud del nieto, le ha permitido sentirse más tranquila y cómoda.

Se exploró la red de apoyo de la paciente, ante lo cual mencionó que las madres de los compañeros de Elián continúan ayudándola, al igual que su nuera Mónica, sus hijos Samuel y Antonio y sus hermanas.

Respecto a Aarón mencionó que continua poniéndole límites, ya que para la reunión familiar con motivo de navidad, su hijo le pidió que hiciera la cena en su casa, para que él, Lizbeth y su hija pudieran asistir; sin embargo, la paciente le dijo que prefería irse con su hermana, ya que el año pasado accedió a una petición similar y ellos no fueron. Se le enfatizó que esto había sido una forma asertiva de ponerle un límite a su hijo.

Se le cuestionó a la paciente cómo se había sentido por haber podido ponerle un límite de ésta forma a su hijo, mencionó que se había sentido bien por ser clara con Aarón, sin necesidad de ser agresiva o hacerlo sentir mal.

Para finalizar la sesión se le contó el siguiente cuento a la paciente, con la finalidad de que escuchara una historia de renacimiento.

“Se le mencionó que hay ciertos tipos de águilas que después de varios años empiezan a envejecer y por lo tanto su plumaje, sus garras y su pico se deteriora, y en este momento tiene dos opciones: 1) esperar el final y morir ó 2) renacer; si el águila elige la primera opción sólo tendrá que esperar que poco a poco se vaya deteriorando hasta que no pueda cazar y muera de hambre o sea presa de otro carnívoro; sin embargo, si elige la opción 2 tendrá que buscar una montaña enorme y emprender un gran viaje hasta encontrar un lugar seguro en la cima de la montaña.

Una vez que haya encontrado un sitio seguro, tendrá que quitarse uno a uno todas sus plumas, sus garras, para finalmente golpear su pico contra las rocas, sangrarlo hasta que se caiga; en todo este tiempo no comerá porque no podrá cazar, una vez que ha logrado quitar sus plumas, garras y pico; esperara a que salgan de nuevo sus plumas, su garra y si pico; entonces bajara de la montaña, volverá a cazar; y se dará cuenta que después de tanto dolor y sufrimiento ha renacido”.

Tarea: Que Samuel, Aurora y Elián continúen utilizando las habilidades que han desarrollado durante el proceso terapéutico.

Sesión: 28

Fecha de sesión: 21 de mayo 2008

Asistentes: Aurora, Samuel y Elián

Objetivo: explorar cómo ha impactado a la familia y cada uno de los miembros el tratamiento de Aurora.

Desarrollo: se exploró la evolución del tratamiento médico de la paciente, ante esto refirió que se ha sentido muy cansada físicamente, presentando de forma alternada los siguientes síntomas: diarrea, tos, úlceras bucales, dolor muscular, fatiga y cansancio general. Sin embargo, a pesar de estos síntomas, refirió que emocionalmente se encuentra tranquila, motivada y con esperanza de que el tratamiento va a ser efectivo y que dentro de pronto va a concluir.

Mencionó que lo que más le había estado afectando últimamente era que se le estaba cayendo el cabello, y que aunque sabía que esto ocurriría se sentía triste de ver como ocurría; para prevenir que su tristeza aumentara y se convirtiera en depresión, decidió raparse el cabello; con ello se ha sentido más cómoda y tranquila.

Se exploró cuales han sido los resultados del tratamiento en sus compañeros del Instituto de Nutrición que están recibiendo el mismo tratamiento, al respecto mencionó que eran 15 pacientes inicialmente, de los cuales 3 han desertado, uno murió, a otra le suspendieron el tratamiento por estar en peligro su salud y diez continúan; a este último grupo pertenece la paciente. Refirió que el tratamiento se concluirá a finales del mes; al respecto afirmó que “ya había pasado lo peor”, se utilizó una metáfora diciéndole que su tratamiento era como un maratón, en donde el camino tenía diferentes matices,

y que al parecer ella ya estaba “corriendo” los últimos kilómetros, los cuales son más sencillos que el resto del camino.

Se hizo una comparación entre Aurora y sus compañeros de tratamiento que desertaron, se enfatizó que era una ganadora por estar sobreviviendo al tratamiento, y se le cuestionó cuál era la diferencia entre ellos, que la había hecho permanecer; mencionó que a ella le había ayudado mucho seguir con sus actividades cotidianas, aunque a tenido que cambiar la forma, el estilo y el ritmo en que las hace, ya que si hubiera aceptado sus deficiencias provocadas por el tratamiento tal vez se hubiera deprimido.

Además, la ayuda que su red de apoyo le ha brindado antes y durante el tratamiento a sido fundamental para recuperarse; así como tener adherencia terapéutica, realizando todas las actividades que el médico le indica en cuanto a alimentación y medicamente.

Se exploró si el proceso ha sido tan difícil como la paciente pensaba que sería, mencionó que no fue tan difícil como lo esperaba; sino que le había permitido tener muchos aprendizajes y sabiduría, tales como: pedir ayuda, no ser tan aprensiva, que no se ha dado tiempo suficiente para ella y quiere empezar hacerlo.

A partir de lo anterior, se le enfatizó que la enfermedad contrario a lo que se esperaba, ha sido una excelente oportunidad de desarrollo personal, y esto le serviría para situaciones difíciles que pudieran presentarse en el futuro; se le pidió que imaginara si pudiera ir al pasado qué le diría a Aurora, al respecto dijo que le diría que todo va a salir bien y que tenga fortaleza; posteriormente, se le solicitó que imaginara que le podría decir a la Aurora del futuro si tuviera dificultades, al respecto le diría que tuviera fe y fortaleza porque seguro las cosas se arreglarán.

Respecto a la dinámica familiar, mencionó que Elián ha estado ayudándola mucho, ya que la acompaña y realiza sus actividades tanto escolares como personales sin necesidad de que algún adulto lo presione u obligue; esta actitud del nieto, le ha permitido a la paciente sentirse más tranquila y cómoda.

Se indagó la red de apoyo de la paciente, mencionó que las madres de los compañeros de Elián continúan ayudándola, al igual que su nuera Mónica, sus hijos Samuel y Antonio; y sus hermanas.

Se exploró que cambios ha tenido que hacer la paciente a partir de la enfermedad, al respecto reflexionó que se ha acercado más a Dios, ha pedido ayuda dejando de ser “la Súper Aurora” que hacía todo y les resolvía las dificultades a sus hijos. Ante esto se le confrontó cómo estos cambios han impactando a sus hijos y nieto; mencionó que ellos se han podido hacer más independientes y autónomos, fortaleciéndose; mientras ella ha empezado a amarse y a disfrutar su vida.

Respecto a Aarón mencionó que continua poniéndole límites, lo hizo al mencionarle que ella no iba a llamarle, y que mejor iba esperar que él los

visitara cuando quisiera; y le dijo que ya no se iba a meter en sus conflictos con Lizbeth porque no le correspondía, y que los únicos implicados tendrían que ser la pareja.

Se le cuestionó a la paciente cómo se había sentido por haber podido ponerle un límite de esta forma a su hijo, mencionó que se había sentido bien por ser clara con Aarón, sin necesidad de ser agresiva o hacerlo sentir mal.

Se enfatizó que sigue siendo la “Súper Aurora”; sin embargo, han cambiado sus cualidades, antes lo era por resolver los problemas de sus hijos y ahora por permitirles que peleen “sus propias batallas”.

Tarea: Que Samuel, Aurora y Elián continúen utilizando las habilidades que han desarrollado durante el proceso terapéutico.

Sesión: 29

Fecha de sesión: 24 de junio 2008

Asistentes: Ninguno

Nota: la familia no asistió a la sesión, pero llamó para cancelar debido a que Aurora tenía cita en el hospital de nutrición en ese mismo horario.

Sesión: 30

Fecha de sesión: 25 de junio 2008

Asistente: Aurora

Objetivo: explorar cómo ha impactado a la familia y cada uno de los miembros el tratamiento de Aurora.

Desarrollo: se inició la sesión explorando el funcionamiento familiar en el último mes y al respecto mencionaron que la situación en casa continúa tranquila; Aurora mencionó que Aarón en algunas ocasiones vuelve a distanciarse de Elián, ante esto ella ha hablado con él para ponerle límites.

Respecto a Samuel continúa con la escuela y el trabajo, y poco a poco ha logrado organizarse para llegar temprano a casa para evitar que Aurora se preocupe.

Elián obtuvo un diploma en su escuela por el aprovechamiento durante el ciclo escolar; esto ha sido motivo de orgullo para él y sus familiares, ya que aún y con la enfermedad de la abuela pudieron apoyarlo y ayudarlo para que obtuviera este logro.

Aurora menciona que aún no le dan los resultados del tratamiento, necesitan pasar seis meses de recuperación para evaluar los efectos del mismo; sin embargo, considera que la enfermedad le permitió desarrollar

habilidades para mejorar la interacción con los miembros de su familia, al aprender a marcar límites, expresar sus opiniones, emociones y sentimientos; y a nivel personal considera que el tratamiento le ha permitido amarse y amar la vida, al darse cuenta que es una mujer con mucha fortaleza, valor y disposición para enfrentar los retos y mejorar su vida y la de su familia; es decir, la paciente percibe la enfermedad y el tratamiento como un renacer que le permitirá valorar cada instante de su vida de ahora en adelante.

Se exploró qué cree que piensan sus familiares, amigos y conocidos de ella ahora que ha concluido el tratamiento, dijo que cree que ellos la perciben como una mujer fuerte y luchadora, por lo que sus hijos se sienten orgullosos de ella al ser un gran ejemplo de esperanza y fe.

Además, se reflexionó sobre si después de todo lo que ha vivido regresara el tiempo que le podría decir a la otra Aurora para ayudarle a afrontar este proceso, mencionó que le diría que no se preocupe, que todo saldrá bien y que sólo viva un día a la vez con fe y esperanza.

También, se les preguntó a los pacientes que si por ejemplo pusiéramos una escala en donde uno significa sentirse mal o intranquila y diez es sentirse bien o tranquila ¿en qué número usted se hubiera ubicado al inicio del tratamiento y en cuál se ubicaría ahora?, al respecto coincidieron que al inicio llegaron a solicitar apoyo ubicándose en un dos y ahora sienten que están en diez.

Para finalizar el proceso terapéutico se les mencionó que se les daría de alta al alcanzarse las metas terapéuticas y se haría un seguimiento telefónico para conocer cómo han impactado los resultados del tratamiento al funcionamiento familiar.

Tarea: que los pacientes continúen utilizando las habilidades que han desarrollado durante el proceso terapéutico.

3.1.1.2.- Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con la familia

INTERVENCIONES:

Las líneas de intervención que se diseñaron para el proceso terapéutico, se basaron en los siguientes modelos teóricos: Estructural, Terapia Breve y Narrativa; este con el objetivo de modificar la organización de la familia, porque al transformar la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones que ocupan los miembros en los distintos subsistemas (Madanes, 1982).

Samuel estaba agobiado por sentirse ambivalente al querer hacerse cargo de su sobrino para ayudar a su mamá, aunque pensaba que esto le

correspondía a Aarón. Ante esto, lograron reestructurar las funciones parentales hacia Elián, a partir de lo cual los responsables del niño son Aurora y esporádicamente el padre.

Las intervenciones se enfocaron a cuestionar la estructura familiar (Minuchin, 1984), cambiando el lugar que los miembros de la familia ocupan dentro de los diferentes holones; esto se logró aumentando la proximidad entre Aurora, Samuel y Elián al hacer explícita la alianza entre madre e hijo para ponerle límites a Aarón respecto a su responsabilidad sobre Elián; lo anterior, ayudó a reducir los conflictos entre los miembros de la familia al asumir cada uno el rol que les correspondía respecto al subsistema al que pertenece.

Se cuestionó el síntoma (Minuchin, 1984), al modificar la percepción que la familia tenía sobre el problema, esto permitió que los miembros reflexionaran que las dificultades no residían en el paciente identificado (Elián), sino en ciertas pautas de interacción familiar; esto se logró cuando los integrantes emitieron respuestas afectivas, cognitivas y conductuales distintas a las que habitualmente habían realizado.

Además, las intervenciones se centraron en destacar los recursos y las posibilidades que la familia tenía para afrontar los cambios necesarios que el tratamiento y la enfermedad de Aurora requerían. Se enfatizaron las excepciones donde la familia logró superar situaciones similares a las actuales.

METAS TERAPEUTICAS

A continuación se describen las metas que se plantearon tanto a nivel familiar como individual en cada una de las tres etapas que formaron el proceso terapéutico:

Etapa 1

Esta etapa se denominó “Preparación para el tratamiento médico” y tuvo como objetivo general desarrollar habilidades en los miembros de la familia para mejorar el funcionamiento familiar y prepararse para el tratamiento de la paciente.

Las modificaciones que se realizaron en la estructura familiar contribuyeron a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos de los miembros de este sistema (Minuchin, 1979), por lo que las intervenciones permitieron alcanzar los siguientes objetivos específicos en cada uno de los miembros de la familia.

Aurora

Desarrollar habilidades para lograr:

- Autorregulación emocional del enojo, la culpa, la ira y el coraje hacia Aarón y Lizbeth.
- Marcarle límites a sus hijos y ayudarlos a que se hagan responsables.
- Concientizarse para dejar de resolver los problemas de Aarón.
- Desarrollar una comunicación asertiva.
- Tomar la decisión de iniciar el tratamiento.
- Pedir y recibir ayuda.
- Identificar las redes de apoyo con las que cuenta y establecer compromisos con ellas, en función del tipo de ayuda que pueden brindarle.

Elián

Desarrollar habilidades para:

- Mejorar su comportamiento tanto en la casa como en la escuela.
- Aumentar su desempeño escolar.
- Afrontar el tratamiento de su abuela.

Samuel

Desarrollar habilidades para:

- Superar el duelo no resuelto por la muerte de su papá.
- Reestructurar su relación con Elián, pasando de un rol parental a uno de tío.
- Afrontar el tratamiento de su mamá.

Etapa 2

Esta etapa se denominó “Tratamiento médico” y tuvo como objetivo general fortalecer a los miembros de la familia para afrontar el tratamiento de la paciente, explorando los recursos personales que cada uno tiene para hacer una serie de reestructuraciones en la familiar.

Las líneas de intervención se basaron en el enfoque de Soluciones, el cual permitió alcanzar los siguientes objetivos específicos en la familia.

- Explorar los síntomas físicos, emocionales y conductuales que la paciente manifestaba a partir del tratamiento.
- Reforzar la relación abuela-nieto como un equipo de trabajo.
- Trabajar las emociones (tristeza, abandono, preocupación, miedo, tensión, angustia) que los miembros de la familia experimentaban a partir del tratamiento de la paciente.
- Monitorear la conducta de Elián como metáfora de la reacción familiar.
- Utilizar la red de apoyo integrada por familiares, amigos y conocidos.

Etapa 3

Esta etapa se denominó “Seguimiento del tratamiento médico” y tuvo como objetivo general consolidar los cambios logrados por los miembros de la familia y apoyarlos para que se reorganizaran al finalizar el tratamiento.

Las líneas de intervención se basaron en el enfoque Narrativo, el cual permitió alcanzar los siguientes objetivos específicos en la familia.

- Indagar sobre el impacto que los síntomas físicos, emocionales y/o conductuales tenía en la autoestima de la paciente.
- Explorar la dinámica familiar.
- Monitorear la ayuda que brindaba la red de apoyo.

TÉCNICAS

Las técnicas que se utilizaron en las intervenciones durante el proceso terapéutico estuvieron basadas en los modelos Estructural, de Terapia Breve y Narrativa; estas se describen a continuación:

Las técnicas que se utilizaron desde el **modelo Estructural** son las siguientes:

1.- Fijación de fronteras: que consiste en regular la permeabilidad de los límites que separan a los holones entre sí, apuntando a la distancia psicológica entre los miembros de la familia y a la duración de la interacción dentro de un Holón significativo (Minuchin y Fishman, 1994).

Esta técnica se utilizó para diferenciar a los subsistemas familiares. Samuel asumía un rol parental hacia Elián, esto se modificó al exigirle a Aarón que se hiciera cargo de cubrir las necesidades económicas y emocionales de

su hijo; además, Aurora logró que interactuara con el niño de una forma respetuosa y afectiva.

Además, se diferenciaron Aurora y Samuel como integrantes de diferentes subsistemas, ya que en ocasiones la paciente implícitamente le exigía a su hijo que asumiera roles que no le correspondían: paternal con Elián y otro conyugal con ella, al querer que el joven estuviera enfocado en las necesidades familiares, dejando en un segundo plano sus necesidades personales como amigos, trabajo y/o novia.

2.- Complementariedad: apunta a modificar la relación jerárquica entre los miembros de la familia, cuestionando la idea de la jerarquía íntegra y cuestiona la posición de la familia respecto a que hay un paciente identificado, con independencia del contexto (Minuchin y Fishman, 1994).

Esta técnica se utilizó para cuestionar el problema respecto a la idea de los miembros de la familia de que había un paciente identificado (Elián), por lo que pudieron reflexionar que los resultados que han tenido respecto a la irresponsabilidad de Aarón hacia su hijo, se sustentan en los estilos de interacción que ha establecido la familia; es decir, en el hecho de que tanto Aurora como Samuel se hayan hecho cargo de Elián, eximiendo de toda responsabilidad al padre, aunado a que la paciente le ha resuelto históricamente todos los problemas a su hijo .

3.- Construcciones: son elaboradas por la familia en un proceso de organización y explicación de los hechos; sin embargo, dispone de otras alternativas de interacción diferentes, más flexibles y pluralistas en donde no se hace necesario el síntoma para funcionar (Minuchin y Fishman, 1994).

Esta técnica se utilizó para cuestionar las verdades familiares; es decir, las justificaciones que la familia hace de sus interacciones en cuanto al problema, ya que Aurora consideraba que ante la ausencia de la madre de su nieto y la irresponsabilidad de su hijo, ella era la que “debía” asumir la responsabilidad de cuidar a Elián y su único tío debía fungir el rol parental.

Estas creencias, reforzadas por la cultura, fueron cuestionadas arduamente, confrontando a los pacientes respecto a si cuidaban al niño como una obligación o un “deber ser”, o como un acto de elección o de “querer hacer”; al respecto, Aurora reflexionó que se sentía ambivalente respecto a su nieto, ya que por un lado, consideraba que lo hacía porque lo quería mucho; mientras que por el otro, se sentía culpable por la actitud irresponsable de Aarón y atender a Elián lo había tomado como una forma de disminuir esta emoción y de reparar sus errores como madre al educar a su hijo mayor.

Respecto a Samuel, también presentaba una actitud ambivalente respecto a su sobrino; por un lado, había asumido un rol parental que no le correspondía porque lo quería mucho y no deseaba que Elián creciera sin una figura paterna como él (ya que su padre murió cuando él era un niño); mientras que por el otro, se sentía constantemente enojado y molesto por tener que hacer cosas que no le correspondían.

La ambivalencia en ambos pacientes se abordó al confrontarlos para que interactuaran con Elián desde lo que ellos querían hacer, no desde lo que creían que “culturalmente” les correspondía; ante esto, Aurora decidió que seguiría fungiendo un rol maternal, basado en el amor que sentía por él y no en la culpa; en cuanto a Samuel, decidió que quería acompañar al niño y compartir las cosas que a él le hubiera gustado hacer con su papá, pero desde un rol de tío. Ambos, planearon exigirle a Aarón que se involucrara en la vida del niño y se hiciera responsable de las situaciones que pudiera.

4.- Lados fuertes: permitió cuestionar la manera en que el sistema legitima su estructura. De esta forma los miembros de la familia ven nuevas alternativas; ya que, cada grupo posee en su propia cultura elementos que se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros, mediante la utilización de ciertos recursos y logros propios de la misma (Minuchin y Fishman, 1994).

Esta técnica se utilizó para resaltar los apoyos que la familia tenía de diversas personas como amigos, conocidos y familiares, mediante los cuales se logró constituir la red de apoyo, para utilizarla durante el tratamiento tanto a Aurora como al resto de los miembros de la familia.

Además, permitió resaltar las cualidades que tenían como familia al ser unidos, respetuosos, cariños y con una gran habilidad para apoyarse unos a otros.

5.- Cuestionamiento de la estructura familia: que consiste en enfatizar las posiciones que los miembros de la familia ocupan dentro de los diferentes holones y la interacción que realizan con los demás a partir de su posición (Minuchin y Fishman, 1984).

Esta técnica se utilizó para identificar cómo Elián, mediante la elaboración de dibujos, percibe la posición que tiene en la familia y el tipo de vínculo que ha establecido con cada miembro de la misma; para establecer la red de apoyo que lo cuidara y acompañara durante la convalecencia de su abuela.

Las técnicas que se utilizaron desde el **modelo de Terapia Breve** son las siguientes:

1.- Escribir, leer y quemar: este ritual opera de la siguiente manera: 1) objetiva las preocupaciones o les da un carácter concreto, 2) no caer en los pensamientos perturbadores es más fácil porque hay un tiempo preciso para ello, 3) puesto que los pensamientos “malos” ya no están prohibidos, resulta más fácil pensar sobre otras cosas, 4) las perturbaciones se van literalmente con el humo y 5) el cliente comprende que tiene “cosas más interesantes que hacer” (De Shazer, 1986).

Esta técnica se utilizó en la primera etapa del tratamiento para que Aurora escribiera sobre las distintas emociones (enojo, coraje, ira, culpa y decepción) que siente por los siguientes eventos y no les ha podido decir a los implicados porque no quiere lastimarlos: 1) hacia Aarón y Lizbeth por maltratar

a Elián cuando vivía con ellos; 2) respecto a Aarón por no hacerse responsable de su hijo; ni cumplir las promesas que le hace, decepcionándolo constantemente; 3) hacia Samuel y Arely por “burlarse” de la forma en que está educando a su nieto y 4) hacia ella misma por no haberle inculcado valores a Aarón para que fuera un “buen padre”.

También, se utilizó en la segunda etapa del tratamiento para que Aurora escribiera sobre las distintas emociones que experimentó como miedo, tristeza e incertidumbre a partir de que inició su tratamiento médico; esto sirvió para identificar y validar sus emociones para desarrollar las habilidades necesarias para afrontarlas.

2.- Haga algo diferente: consiste en pedirle a la familia que intente cosas distintas a las que habitualmente ha hecho y no le han funcionado (De Shazer, 1986).

Esta técnica se utilizó, para buscar estrategias respecto a cómo podrían reorganizar las tareas domésticas cuando Aurora estuvo convaleciente; determinaron que harían cosas distintas; como redistribuir las actividades que antes hacía la abuela; para ello, Elián lavaría los trastes y Samuel le ayudaría con la tarea.

Además, se utilizó para desarrollar habilidades de comunicación asertiva en Aurora, ya que se le pidió que hiciera algo diferente para hablar de lo que siente, piense y/o quiere con familiares, amigos y conocidos; al respecto, la paciente empezó a mencionarles a sus familiares cómo se siente respecto a la forma en que están interactuando. Y con sus médicos, logró hablar del impacto físico y emocional que estaba teniendo el tratamiento en ella.

3.- La pregunta del milagro: se utiliza para estimular a la familia a imaginar del modo más concreto posible, cuáles serían las diferencias. Se le menciona lo siguiente al paciente: “supongamos que una noche se produce un milagro, y mientras usted duerme el problema que lo ha traído a terapia queda resuelto. ¿Cómo lo sabría usted?, ¿Qué sería distinto?, ¿Qué vería usted de diferente a la mañana siguiente, como signo de que se produjo un milagro?, ¿Qué notaría su cónyuge, hijos, hermanos, padres, etc.? (De Shazer, 1986).

Esta técnica se utilizó para que la familia se visualizara cómo les gustaría estar cuando el tratamiento finalizara y a partir de ahí diseñar estrategias para desarrollar las habilidades necesarias para lograrlo.

4.- Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de... se utiliza cuando la queja se ve como si involucrara una regla, o un conjunto de reglas que determinan la conducta (De Shazer, 1986).

Esta técnica se utilizó para indagar sobre qué estaban haciendo los pacientes para incrementar el clima de tensión en la familia cuando Aurora inició su tratamiento. A partir de observarse, se percataron de que todos estaban sintiendo diversas emociones (miedo, tristeza, angustia) y pensamientos catastróficos (que podría morir la paciente, que la familia se desintegraría) que al no manifestarlas se sentían tensos.

5.- Diario a bordo: este consiste en pedirle al paciente que consiga un cuaderno, y lo tenga cerca durante toda la semana para que escriba distintas conductas, con la finalidad de distraer su atención mientras ocurren y al hacerlo las supere (Nardone y Portelli, 2006).

Esta técnica se utilizó para monitorear semanalmente las emociones de enojo, culpa, confusión, tristeza e incertidumbre que Aurora presentaba a lo largo del tratamiento, esto con la finalidad de identificarlas, rotularlas y trabajarlas posteriormente durante la sesión, para desarrollar las habilidades necesarias para afrontarlas.

6.- Reencuadre: consiste en modificar la visión que el paciente tiene sobre la situación problemática, por otra diferente (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Esta técnica se utilizó para modificar la visión que los pacientes tenían y cambiar la visión de que era un problema que Aurora no estuviera todo el tiempo con Elián, debido a que se sentía cansada constantemente, percibieran esto como una oportunidad para que Elián desarrollara mayor independencia.

También, se utilizó para disminuir la ambivalencia de Samuel respecto a la relación que tenía con su padre, ya que el hecho de que no estuviera de acuerdo con su alcoholismo, no significaba que no lo quisiera o que no pudieran compartir momentos agradables con él.

Además, se modificó la visión del paciente respecto a que la muerte del padre sólo había provocado dolor y tristeza en él; con esta técnica Samuel se percató de que este hecho le ha servido como factor motivador para desarrollarse profesional y personalmente, aún y cuando en algunas ocasiones no pueda disfrutar estos logros por las emociones de tristeza y abandono que experimenta.

7.- Establecer la solución intentada por el cliente: consiste en conocer los esfuerzos que llevan a cabo actualmente los pacientes para enfrentar la dolencia, Es decir entender el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Esta técnica se utilizó para identificar las formas que la paciente ha utilizado para resolver el conflicto que existe entre ella y Aarón respecto al estilo de paternaje que desempeñan con Elián; ante esto, los miembros de la familia desarrollaron nuevas formas de comunicación asertiva, para lograr hacerle las siguientes peticiones concretas: 1) que visite a Elián una vez al mes, 2) que propicie la convivencia entre sus dos hijos, 3) que asista a los eventos importantes del hijo y 4) que para cualquier cosa que quiera hacer con él tome en cuenta la opinión de la paciente; lo anterior, ayudó a reducir el estrés en el sistema y a mejorar las relaciones familiares.

8) Reestructuración: consiste en un cambio exitoso de marco de referencia o, en otras palabras, del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependientemente de la

naturaleza de esta atribución, explica su dolor o su sufrimiento (Watzlawick y Nardone, 2000).

Esta técnica se utilizó con tres objetivos:

- 1) Que los pacientes modificaran su reacción respecto al tratamiento, y en lugar de percibirlo como amenazador lo hicieran como una oportunidad para desarrollar habilidades para fortalecerse como familia y persona.
- 2) Enfatizar la diferencia entre culpa y responsabilidad, mencionando que la primera se refiere a haber realizado deliberadamente un hecho que afecte a alguien más y es necesario recibir un castigo por ello. En cambio, la responsabilidad se refiere a haber afectado a alguien sin desearlo, ante lo que se podría hacer algo para contrarrestar las consecuencias.
- 3) Para enfatizar que la forma en que la paciente les dice las cosas a Lizbeth y a Aarón no está siendo útil, ya que no les está expresando las emociones “negativas”; por lo que, se están acumulando (generándole malestar) y le impiden establecer una relación cordial.

9.- Metáforas: son historias que se utilizan para ejemplificar situaciones relacionadas con el síntoma que se está abordando con el paciente (Nardone y Portelli, 2006).

Esta técnica se utilizó en varias ocasiones y con distintos objetivos:

- 1) El nacimiento del pequeño pollito”, se utilizó para ejemplificar cómo si las madres sobreprotegen a los hijos evitan que ellos desarrollen habilidades suficientes para sobrevivir de forma independiente.
- 2) La “Súper Aurora”, que se utilizó para confrontar a la paciente respecto a que quería resolverle los problemas a sus hijos y hacer todas las cosas sin recibir ayuda.
- 3) El águila, que sirvió para ejemplificar como las personas se transforman y crecen al superar las adversidades.
- 4) El maratón, que se usó para comparar este evento con su tratamiento, ya que al inicio es difícil porque el camino es largo, pero al final los participantes se sienten satisfechos por ver cerca el final.

10.- Evaluación del resultado: que consiste en conocer el éxito de la terapia, mediante la declaración del cliente de que esto a sucedido de tal modo que se redefina la queja anterior en términos de que a dejado de ser un problema. Quizá el indicador más claro para saber que el cliente ya resolvió su problema es una variación cualitativa de que este ha sido solucionado (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Esta técnica se utilizó para hacer una recapitulación de los cambios logrados en los pacientes a través del proceso terapéutico, éstos son que Samuel y Elián son más independientes, autónomos y se han fortalecido.

Mientras que Aurora 1) ha logrado identificar su red de apoyo y pedirles ayuda cuando considera necesario dejando de ser “la Súper Aurora” que hacia todo y les resolvía las dificultades a sus hijos; 2) ha aprendido a expresar sus emociones, principalmente las negativas, a los distintos miembros de la familia de forma asertiva; 3) ha podido marcar límites claros entre Aarón y su nieto, logrando con esto proteger a Elián de las constantes decepciones provocadas por la conducta del papá; 4) ha pedido ayuda 5) se ha acercado más a Dios y 6) ha empezado a amarse y a disfrutar su vida.

11.- La pregunta de la escala: se utiliza para conocer la percepción del paciente respecto a alguna situación o síntoma, consiste en hacer una pregunta situando los extremos entre 0 y 10 (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Esta técnica se utilizó para conocer la percepción de los pacientes respecto a los cambios que observan en la forma en que iniciaron el proceso terapéutico y cómo lo terminan; coincidieron que al inicio llegaron a solicitar apoyo ubicándose en un dos y ahora sienten que están en diez.

Las técnicas que se utilizaron desde la **Narrativa** son las siguientes:

1.- Búsqueda de acontecimientos extraordinarios: sólo es necesario identificar uno para iniciar el proceso de construcción y se pueden identificar a través de la revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema; en acontecimientos relacionados con la terapia; en acontecimientos que ocurren durante la sesión y en posibles acontecimientos futuros (Epston y White, 1993).

Esta técnica se utilizó para identificar los momentos difíciles que han vivido como familia e identificar a partir de ahí los recursos tanto internos como externos que utilizaron como grupo y de forma individual para afrontar los cambios requeridos con fe y esperanza. Además, pudieron identificar las personas que han apoyado a la familia en otros momentos en que Aurora ha estado en convalecencia por dos operaciones que le han hecho, para buscar su apoyo nuevamente durante el tratamiento.

2.- Decostrucción: se trata de insertar ciertas prácticas terapéuticas, buscando objetivar los problemas y externalizar las vivencias a través de un “contralenguaje” para identificar logros aislados, que se utilizaran para construir historias alternativas (Epston y White, 1993).

Esta técnica se utilizó para enfatizar el hecho de que la paciente se está preocupando y desgastando en pensar como va a resolver aquellas dificultades que se podrían presentar, enfocándonos en rastrear los pensamientos de Aurora en cuanto a cómo ha escuchado que son ese tipo de tratamientos que va a iniciar, o qué se dice de esos pacientes, como se sienten y que pasa con las familias; esto ayudó a identificar sus temores al diferenciarlos de los ajenos.

3.- Preguntas del panorama de la acción: son cuestionamientos que pueden referirse al pasado, al presente y al futuro; para dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal; además, alientan a las personas a identificar la historia de los logros aislados

localizándolos dentro de secuencias particulares de sucesos que se desenvuelven en el tiempo (Epston y White, 1993).

Estas preguntas sirvieron para explorar cómo había vivido Samuel la muerte de su papá, a través de éstas se trabajó el duelo del paciente y se logró elaborar sus emociones de culpa y responsabilidad ante el hecho.

4.- Preguntas del panorama de la conciencia: son cuestionamientos sobre las vivencias de la experiencia; invitan a la articulación de alternativas, deseos, cualidades personales y de relación, estados intencionales y creencias (Epston y White, 1993).

Estas preguntas se utilizaron con Samuel para superar la tristeza que sentía por la muerte de su padre, se logró que en lugar de vivirla como una pérdida, atesorara y se quedara con los aprendizajes y los momentos gratos que vivieron juntos.

En cuanto a Aurora, se utilizaron para que reflexionara sobre lo siguiente:

1) Qué hizo para mantenerse en el tratamiento hasta terminarlo, al respecto refirió que le había ayudado continuar con sus actividades cotidianas, aunque había tenido que cambiar la forma, el estilo y el ritmo en que las hacía, ya que si hubiera aceptado sus deficiencias provocadas por el tratamiento tal vez se hubiera deprimido.

2) Si el proceso había sido tan difícil como ella creía, al respecto mencionó que no fue así; sino que al contrario representó una gran oportunidad para lograr distintos aprendizajes y adquirir sabiduría, tales como: pedir ayuda, no ser tan aprensiva, que no se ha dado tiempo suficiente para ella y quiere empezar a hacerlo.

5.- Preguntas sobre la experiencia de la experiencia: estas facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones; inspirando a las personas a reflexionar directamente sobre sus vidas. Además, ayuda a los pacientes a reflexionar sobre lo que otras personas pueden pensar de ellas (Epston y White, 1993).

Esta técnica se utilizó para que Aurora reflexionara sobre las siguientes situaciones:

1) Que dice de ella el hecho de que, aunque fue la de mayor edad de los participantes del tratamiento, logró terminarlo.

2) Que piensa de la “Súper Aurora” que era al inicio del tratamiento; reflexionó que sigue siéndolo sólo que han cambiado sus cualidades, antes lo era por resolver los problemas de sus hijos y ahora por permitirles que luchen “sus propias batallas”.

3) Que piensan sus familiares, amigos y conocidos de ella ahora que a concluido el tratamiento, cree que ellos la perciben como una mujer fuerte y

luchadora, sus hijos se sienten orgullosos al tener un gran ejemplo de esperanza y fe.

4) Que le podría decir a la otra Aurora, si regresará el tiempo, para ayudarle a afrontar el proceso, reflexionó que le diría que no se preocupe, que todo saldrá bien y que sólo viva un día a la vez con fe y esperanza.

También se utilizaron algunas técnicas pertenecientes a otros modelos teóricos, estas son las siguientes:

1) Silla vacía: a partir de esta técnica el cliente expresa las emociones hacia alguna persona significativa que imaginara en la silla vacía; con este ejercicio las personas pueden representar y expresar verbalmente lo que no han podido hacer y decir en la vida real (Fagan y Lee, 1973).

Esta técnica se utilizó para trabajar el duelo de Samuel respecto a la muerte de su padre; le permitió expresar las emociones que había “guardado”; identificando lo que le dolía sobre este hecho; es decir, no haberse despedido de su padre y sentirse culpable por su muerte.

Además, permitió que el paciente manifestara que en reiteradas ocasiones se sintió con una enorme necesidad de platicar con su padre, al estar triste y abandonado; esto se relacionó con el tema de investigación que eligió respecto al “juego de la asfixia”, ya que se identificaba con la forma se sienten los adolescente por el tipo de comunicación que tienen con sus papas.

2) Técnicas de autocontrol: se desarrollan mediante estrategias de modificación conductual para entrenar a los pacientes a controlar su propia conducta; pueden identificarse mediante el control de estímulos, automonitoreo, autorreforzamiento y autocastigo, entrenamiento de respuesta alternativa, biorretroalimentación y manuales de autoayuda (Kazdin, 1996)

Estas técnicas se enfocaron a desarrollar habilidades en Aurora para lograr autocontrol, a partir de automonitorear diversas emociones como tristeza, culpa y miedo; entrenándose para ofrecer respuestas alternativas como tensar y soltar los distintos músculos del cuerpo mientras respiraba abdominalmente hasta sentirse tranquila.

3) Connotación positiva: esta técnica pone a todos los miembros de la familia en el mismo plano, evitando trazar arbitrariamente demarcaciones moralistas y subjetivas entre buenos y malos, sanos y enfermos. La connotación positiva aprueba de manera implícita la predominante tendencia homeostática de la familia con el fin implícito de tranquilizarla respecto a las intenciones conservadoras de los terapeutas, además de estimular paradójicamente su capacidad de cambio (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Esta técnica se utilizó para intervenir en la pauta constante de Aurora respecto a resolver los problemas a sus hijos; así como, reforzar la aparición de los siguientes cambios: reorganización de los roles, poner límites y tener esperanza.

En Samuel, se utilizó para enfatizar que haya estado dispuesto a explorar las emociones y sentimientos “guardados” por la muerte de su padre, dejando de pensar que el tiempo por sí sólo “curara las heridas de la pérdida”; así como, reconocer su interés en hacerse cargo de Elián en el caso de que le pasara algo a su madre; sin embargo, se enfatizó que aunque parecería que es su responsabilidad, la que decidió cuidarlo fue Aurora, y él podría apoyarla si era su decisión, lo cual no implicaba asumir un rol parental hacia el sobrino; porque esto podría representar mucha presión para él.

LOGROS

Generales:

- Se reestructuraron y fortalecieron como familia para afrontar el tratamiento de la paciente.
- Consolidaron una red de apoyo formada por familiares, amigos y conocidos que les brindó seguridad y tranquilidad al estar pendiente de las necesidades de la paciente.

Específicos:

Aurora

- En su relación ambivalente con Aarón, se dio cuenta de que no es culpable de las conductas de su hijo, ya que él ha decidido su vida; a partir de esto, ha puesto límites y ha hecho peticiones explícitas respecto al tipo de relación que tiene con Elián.
- Identificó su red de apoyo y les puede pedir ayuda cuando considera necesario.
- Desarrolló habilidades asertivas para comunicarse con su familia.
- Elaboró distintas emociones que había acumulado en su interacción familiar.
- Expresó sus emociones de forma asertiva, principalmente las negativas, a los distintos miembros de la familia sin lastimarlos.
- Superó el miedo a la enfermedad y al tratamiento.

Samuel

- Elaboró el duelo de la muerte del padre.
- Desarrolló independencia, autonomía y fortaleza.

- Se reestructuró su relación con Elián, dejando de asumir un rol parental para apoyarlo desde la posición de tío.

Elián

- Desarrolló independencia, autonomía y fortaleza.
- Mejoró su comportamiento y desempeño escolar.

APRENDIZAJES DE LA PACIENTE

La enfermedad le permitió desarrollar habilidades que le ayudaron a mejorar la interacción con los miembros de su familia, al aprender a marcar límites, expresar sus opiniones, emociones y sentimientos; por lo anterior, considera que el tratamiento le ha permitido amarse y amar la vida, al darse cuenta que es una mujer con fortaleza, valor y disposición para enfrentar los retos y mejorar su vida y la de su familia; es decir, la paciente percibe la enfermedad y el tratamiento como un renacer que le permitirá valorar cada instante de su vida de ahora en adelante.

CONCLUSIONES

- Es importante que se atienda a estas familias, destacando los aprendizajes que como grupo han tenido a partir de la enfermedad; y resaltando que al vivir esta experiencia han desarrollado fortaleza, unión y madurez.
- El trabajo dentro del Hospital Psiquiátrico Infantil es multidisciplinario, por lo tanto, las intervenciones de los terapeutas familiares deben tomar en cuenta el trabajo que otros profesionales están realizando en la familia para no invadir otras áreas y dificultar el desarrollo del proceso terapéutico.
- Se reconoce la gran fortaleza y recursos que mostró Aurora al enfrentar el protocolo del tratamiento al que se sometió, pues a pesar de estar en el límite de edad, y de presentar varios efectos secundarios, continuó hasta el final y logro excelentes resultados.

3.1.1.3.- Análisis y discusión del caso desde el tema central de la familia

*“Después de un tiempo,
uno aprende a construir
todos sus caminos en el hoy,
porque el terreno del mañana
es demasiado inseguro para planes...”
Jorge Luis Borges*

Convivir con un paciente con enfermedad crónica, grave o terminal, distorsiona el funcionamiento habitual de una familia, por este motivo la familia acudió a buscar apoyo al servicio de terapia familiar del Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”.

La adaptabilidad que necesita una familia que se enfrenta a una enfermedad crónica no puede compararse con la necesaria para hacer frente a las demandas de la vida normal (Rolland, 2000); porque la enfermedad produce un grado de desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecida hasta ese momento (Aresca y otros, 2004); por ello, ninguna familia que haya tenido que vivir una enfermedad crónica sale ilesa de la experiencia, pues deben enfrentar permanente y frecuentemente desgastes, exigencias y cambios (Fonnegra, 2001); por lo antes mencionado, la familia necesito asistir a terapia para desarrollar habilidades que les permitieran reorganizarse de una forma más adaptativa.

Los cambios que la enfermedad y el tratamiento conllevan, impacta tanto el interior como el exterior de la familia; las modificaciones internas están determinadas fundamentalmente por el sufrimiento y las limitaciones físicas del enfermo, por lo que requiere ser atendido, cuidado y medicado; mientras que en el entorno ocurre por la incorporación en él del equipo médico tratante y del sistema hospitalario, ambos son un papel preponderante (Robles, 1987).

La armonía y el orden familiar se alteran irremediamente con la enfermedad y el tratamiento de uno de los miembros (Fonnegra, 2001). Para adaptarse a esta nueva situación y hacerle frente a la enfermedad, se producen cambios bruscos en las interacciones familiares; si se trata de una enfermedad crónica, estas interacciones se cronifican y muchas veces dificultan la posterior rehabilitación del paciente, sobre todo cuando la enfermedad cubre una necesidad del sistema familiar (Robles, 1987).

Lo antes mencionado, se observó en los pacientes, ya que al ser Aurora la figura central de la familia tenían la sensación de que al estar enferma los otros miembros no podrían hacerse cargo de resolver las necesidades del sistema.

La enfermedad de un miembro desencadena viejos conflictos que se mantenían ocultos mostrando una homeostasis; ésta muchas veces se sostiene como cómplice de un conflicto que no se puede asumir, dependiendo

del rol que puede cumplir el enfermo: medio de unión o ruptura de la familia (Aresca y otros, 2004).

Lo anterior, fue visible en la familia atendida, ya que a partir del tratamiento se enfatizaron los conflictos entre Aurora, Aarón y Lizbeth, sobre la forma en que interactuaron con su nieto; desencadenándose una serie de emociones que la paciente había reprimido por un largo periodo, y que ahora a partir de la crisis se hicieron visibles.

A partir de la descripción que Robles (1987) hace sobre las características de la estructura de la familia con un enfermo crónico, se encontró que los pacientes tienen las siguientes:

1. Los límites entre subsistemas dentro de la familia se hicieron más permeables, tendiendo a diluirse; lo cual, permitió que Aurora se volviera central; es decir, las interacciones en la familia se hicieron en gran medida en función de ella.
2. Como consecuencia, se modificaron también las jerarquías; ya que Aurora delegó las funciones parentales de Aarón hacia Samuel, pasando este de ser un hijo a convertirse en el “papá” de Elián y en el “esposo” de la paciente, por lo que durante el tratamiento le exigía que se hiciera cargo de ella y del niño.
3. Como el tratamiento era largo, exhaustivo y costoso; Samuel, quien se ocupaba de la paciente tendía a estar sobrecargado de trabajo, hasta convertirse en periférico para el sistema familiar. Es decir, disminuyendo notablemente sus interacciones con los otros miembros. Ante esto, Alberto asumía ocasionalmente un rol parental auxiliar.
4. Al inicio del tratamiento como consecuencia de la tensión que se produce en el sistema por el mismo, aparecieron conductas disfuncionales en Elián, disminuyendo su desempeño escolar y presentando indisciplina tanto en la escuela como en la casa. Además, los otros miembros de la familia se sentían ansiosos y constantemente preocupados.
5. Los problemas que existían en la familia, previamente al tratamiento, se agravaron, principalmente entre Aurora y Aarón; sin embargo, se construyeron relaciones de mayor cercanía, entre la paciente y sus otros hijos frente a la enfermedad; además, los conflictos previos lograron resolverse al desarrollar diversas habilidades, por lo que se observó mejoría en las relaciones familiares.

El impacto de la enfermedad va a depender del tipo de enfermedad (grado de durabilidad, incapacidad resultante, naturaleza de los procedimientos

terapéuticos); del miembro que enferma y de la dinámica del grupo familiar (Aresca y otros, 2004).

Estos indicadores estuvieron presentes en los pacientes ya que el tratamiento fue intenso y prolongado, aumentando la angustia y el agobio que sentían ante la nueva situación por el hecho de que la paciente es “el pilar de la familia” por desempeñar los roles maternos tanto para el hijo como para el nieto.

Navarro y Beyebach (1995) consideran que la familia tiene algunas alteraciones por el impacto de la enfermedad y el tratamiento del miembro enfermo; estas son de los siguientes:

1.- Alteraciones estructurales: respecto a este tipo, la familia que se atendió realizó cambios estructurales en los roles familiares y el poder; ya que algunas actividades domésticas que antes hacía Aurora, después las realizaban entre Samuel y Elián. Además, el poder se dividió entre la paciente y Samuel, cuando antes la mayor jerarquía la tenía la primera.

2.- Alteraciones de la respuesta emocional: respecto a este tipo, los miembros de la familia antes y al inicio del tratamiento manifestaron sentimientos de contrariedad, culpa, resentimiento e impotencia por la situación; ya que se sentían contentos porque Aurora tenía la posibilidad de curarse de la Hepatitis con este tratamiento, pero se sentían con muchas otras emociones “negativas” por los riesgos del mismo.

Además, Fonnegra (2001) considera que las familias se ven sometidas a los siguientes tipos de problemas cuando enfrentan una enfermedad:

1.- Desorganización: puesto que la enfermedad puso a prueba los recursos adaptativos de la familia para afrontar el tratamiento; teniendo que modificar las rutinas (horarios de comida, actividades recreativas y domésticas) pidiendo ayuda a las distintas personas que conformaron la red de apoyo.

2.- Ansiedad: esta se manifestó antes y al inicio del tratamiento principal en Elián, como portador del síntoma familiar, mostrando conductas de hiperactividad, irritabilidad e intolerancia tanto en la casa como en la escuela; esto se modificó cuando los miembros de la familia se hicieron concientes de que todos la compartían como manifestación del miedo que tenían ante la posibilidad de que Aurora muriera.

3.- Fragilidad emocional: esta se manifestó como resultado de los conflictos emocionales no resueltos entre los miembros de la familia previos al tratamiento; principalmente por el enojo, el coraje y la culpa que Aurora sentía hacia Aarón por su conducta irresponsable hacia Elián; por lo que el sistema no permitía que este hijo se involucrara en las decisiones concernientes al tratamiento de la paciente, perdiendo su jerarquía de hijo mayor al asumirla el menor.

4.- Tendencia a la introspección: esto sucedió al inicio del tratamiento, cuando el sistema trató de expulsar a Arely (novia de Samuel) porque no cumplía con

las nuevas normas (llegar temprano a casa y ahorrar dinero) surgidas en la familia para afrontar el desorden y el caos ocasionados por el tratamiento, e incitaba a Samuel a que tampoco lo hiciera.

El trabajo terapéutico que se realizó con esta familia se basó en lo que mencionan Aresca y otros (2004), enseñarle a la familia a acompañar a la paciente en este trance, aceptar la enfermedad y el tratamiento sin sentirse ni los causantes ni los culpables por lo acontecido; enfatizándoles que no se debe abandonar a la paciente pero tampoco se recomienda un sobreinvolucramiento de la familia que limite la individualidad y el mundo del enfermo.

De las líneas de intervención para las familias con pacientes crónicos propuestas por Aresca y otros (2004) se consideró necesario trabajar las siguientes temáticas:

- La organización de la rutina familiar; es decir, se planificaron las actividades familiares en función de las necesidades de todos los miembros, realizando una reestructuración de los roles y las actividades para cubrir las nuevas demandas de la paciente a partir de su enfermedad.
- Se sustituyó transitoriamente el rol que ocupaba la paciente, apoyándose en otros miembros de la familia nuclear, extensa y amigos de la misma.
- Se le pidió a la familia que buscara información acerca de alcances, limitaciones, consecuencias y cambios que podía producir el tratamiento tanto en la paciente como en la familia.

Otros elementos indispensables de abordar en las familias que tienen algún miembro con una enfermedad crónica es el apoyo emocional, ya que las familias que logran una mejor recuperación de los sentimientos negativos, tales como culpa, ansiedad, angustia, negación y aislamiento tienen menos dificultades para adaptarse a los cambios necesarios para el tratamiento (Velasco y Sinibaldi, 2001).

También es importante, que se propicie la comunicación emocional en la familia, ya que con la creencia de que no es “sano” para el paciente que se hable de emociones “negativas”, éstas se evitan; lo que con el tiempo podría desencadenar algún tipo de depresión en el paciente o en los distintos miembros de la familia (Montero, 2008).

Además, es indispensable que se identifique la red de apoyo para ayudar a la familia a enfrentar las modificaciones ocasionadas por el tratamiento y la toma de decisiones, ya que en la familia, hay reestructuración de jerarquías, donde el rol parental es asumido por algún otro miembro (Montero, 2008); en este caso fue compartido entre Aurora y el hijo menor, tomando de forma compartida las decisiones familiares.

De los elementos que Aresca y otros (2004) consideran como elementos necesarios para poder hablar de un buen pronóstico para que la familia logre afrontar el tratamiento, en este caso se identificaron los siguientes:

- Expresión de afecto claro y directo
- Alta tolerancia en los miembros de la familia
- Flexibilidad
- No violencia
- Utilización de recursos sanos
- Manejo de la culpa
- Aceptar una red asistencial

Finalmente, no todos los cambios que se presentan en la familia son negativos, ya que Fonnegra (2001) considera que es posible que, como consecuencia de la enfermedad todos o algunos miembros luego de enfrentar el sufrimiento, de reconocer la necesidad que tienen unos de otros, el valor emocional del apoyo y la compañía en los momentos adversos, se tiene un replanteamiento interior acerca del significado de la vida.

Esto se enfatizó en la paciente, quien reconoció que a partir del tratamiento había empezado a amarse y amar la vida, al darse cuenta que es una mujer con mucha fortaleza, valor y disposición para enfrentar los retos y/o mejorar su vida y la de su familia; es decir, la paciente considera que a partir de esta experiencia tuvo un renacer que le permitió valorar cada instante de su vida de ahora en adelante.

3.1.2.- Caso 2: La metamorfosis de una mariposa: de la dependencia a la autonomía

3.1.2.1.- Integración del expediente del trabajo clínico de la paciente

I. Datos generales

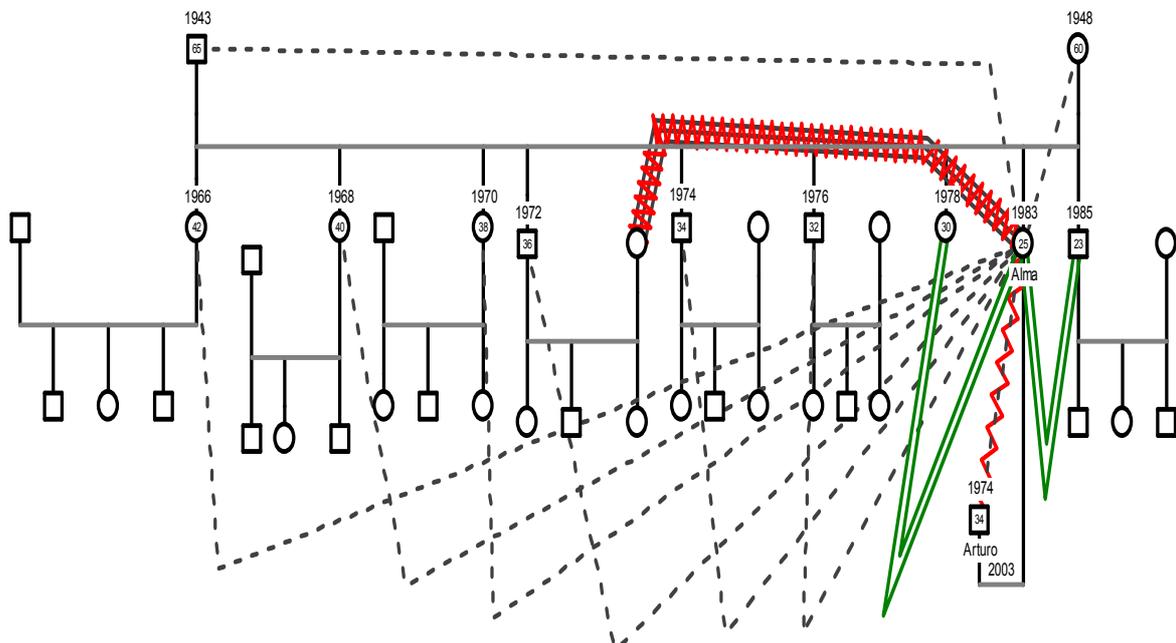
Nombre de la paciente: Alma Lilia Villalba Carmona

Terapeuta: Xolyanetzin Montero Pardo

Supervisora: Nora Rentería

Lugar donde se atendió a la paciente: Centro de Servicios Psicológicos de la facultad de Psicología, UNAM

II.- Familiograma



III.- Descripción de la familia

Esta familia esta formada por dos integrantes: Alma y Arturo. La paciente es una joven de 25 años que estudia una licenciatura en Etnología en la Escuela Nacional de Antropología (ENA), UNAM; y trabaja en el tianguis de Tepito junto con su esposo en un puesto que tienen donde venden relojes, ropa y otras mercancías. Arturo tiene 34 años y está terminando la preparatoria en sistema abierto.

La pareja tiene cinco años de casados, y no han tenido hijos porque han decidido que necesitan resolver algunas dificultades entre ellos; así como, desarrollarse profesionalmente.

III.- Motivo de consulta

La paciente acudió a solicitar el servicio porque tenían muchos problemas con su pareja, desde que estaba soltera y vivía con sus papas era muy agresiva, y cuando se caso sintió que se tranquilizó un poco; sin embargo, el día anterior a la preconsulta se peleó con su esposo por una situación con una cliente del puesto; esta fue la segunda vez que Alma utilizó la fuerza física, al “explotar” le dijo que la tenía “harta” y lo aventó, él la abrazo con fuerza y ella “le soltó un trancazo”, lo patió y le “rasguño la frente”; después, se salió llorando, con coraje y “con su berrinche”, trato de tranquilizarse y sin avisar se fue a su casa.

Estas peleas eran continuas y por diversos temas como la adicción de Arturo al alcohol, el tabaco y la marihuana; el carácter de Alma y las dificultades que tenían para organizarse en las labores domesticas y laborales, ya que ella se siente frustrada por trabajar en su puesto del tianguis, en lugar de hacerlo en algo relacionado a su carrera; además, ella se enoja por depender económica y emocionalmente de su pareja, al tener miedo e inseguridad de tomar decisiones y enfrentar sus propios riesgos.

La paciente a pesar de las riñas constantes con su pareja, hasta este momento decidió buscar apoyo porque en la última discusión Arturo le gritó y amenazó con golpearla, por lo que temía que la violencia fuera mutua y no pudieran recuperar la relación; porque considera es muy destructiva para ambos

IV.- Modelos de intervención

Estructural

De terapia breve

Narrativa

Equipo reflexivo

V.- Tratamiento

23 sesiones (con 8 faltas) individuales.

VI.- Resumen de las sesiones

Sesión: 1

Fecha de sesión: 19 de agosto de 2007

Objetivos:

- Establecer rapport con la paciente.
- Establecer el enganche terapéutico.
- Explorar el motivo de consulta.
- Explorar las estrategias de solución que la paciente ha utilizado para resolver el problema.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que había llegado tarde (9:40 cuando su sesión iniciaba 9:15), debido a que había tenido una “mala noche”, ya que estaba en su periodo menstrual y había tenido muchos cólicos toda la noche, se le preguntó que si vivía lejos y respondió que si, que vivía en Tepito, en la colonia Moctezuma.

Se le explicó a la paciente la logística del espacio terapéutico, enfatizándole la función del equipo terapéutico que se encontraba tras del espejo, el uso de la cámara de video, el interfon, el corte a la mitad de la sesión y el tiempo que abría entre una cita y otra.

Se continuó con la exploración del familiograma mencionando que vivían ella y su esposo, y que ella tiene 25 años mientras que su esposo 34. La

paciente mencionó que cumplen 4 años de casados en el próximo mayo, y que ella tenía 21 años cuando se casaron y su esposo 30.

Se exploró la ocupación de Alma y dijo que estudiaba en la Escuela Nacional de Antropología (ENA), una licenciatura en Etnología, quedándole tres materias a parte de las que actualmente cursa para terminar; mencionó que se ha demorado para concluir la licenciatura ya que inició en el 2002 y debió de haberlo hecho en el 2005; sin embargo, se ha demorado a partir de que se casó y empezó a trabajar en un puesto del tianguis de Tepito que los suegros les heredaron cuando se casó con Arturo; esto lo hace en el tiempo que le queda libre del utilizado en la escuela.

La paciente mencionó que cuando su generación terminó, se sintió culpable por no haber sido responsable para terminar su licenciatura a tiempo, a pesar de lo sucedido considera que aún no lo es en muchas situaciones.

Alma comentó que Arturo no concluyó la preparatoria y se dedica a vender en un puesto del tianguis distintos tipos de relojes, en un horario de 9:00 a.m. a 6:00 p.m., por lo cual se le dificulta reanudar sus estudios.

Posteriormente, se inició con la exploración del problema que la traía a terapia, al respecto mencionó que cuando vino inicialmente a solicitar ayuda (2 meses antes), fue porque tenían muchos problemas ella y su pareja, porque desde que estaba soltera y vivía con sus papas, era muy agresiva, y cuando se casó sintió que se tranquilizó un poco; sin embargo, el día anterior a la preconsulta se peleó con su esposo y fue la segunda vez que utilizó la fuerza física, ya que constantemente “explotaba” y en esas ocasiones “se le hizo fácil” tirarle un golpe, dejándole un morete en el lado derecho de la frente.

La paciente refirió que el pleito fue por algo “tonto”, fue por una cliente, *pero dijo que en realidad los dos ya no estaban contentos*, que llegó a reclamarles agresivamente que no servían sus relojes, ante esto Alma se molestó y le dijo que solo tenían una semana de garantía y ella ya tenía un mes con ellos, que lo único que podían hacer es que los dejara para que se los arreglaran porque ya no tenían de ese modelo.

Una vez que se fue la cliente inició la discusión cuando Arturo le dijo que era una déspota y que porque no atendía “bien” a los clientes (*la descalifico*), la paciente ante esto, se enojó y se sintió impotente pero no le dijo nada porque los vecinos estaban escuchando la discusión, sólo se fue a la bodega, él la siguió y le reclamó diciéndole que hasta cuando iba a seguir con ese carácter tan déspota, la paciente dice que “exploto” y le dijo que la tenía “harta” y lo aventó, él la abrazó con fuerza y ella “le soltó un trancazo”, lo patió y le “rasguño la frente”, y se salió llorando, con coraje y “con su berrinche”, trató de tranquilizarse y sin avisar se fue a su casa.

La paciente mencionó que se sintió mal porque ya es la segunda ocasión que las cosas pasan así; anteriormente, ocurrió algo similar en su casa y ella le lanzó una cuchara que tenía en la mano en el momento del pleito. Alma recordó que cuando vivía en la casa de sus papas sus hermanos eran muy agresivos con ella y ella se defendía tirándole cosas, mencionó que en

otras ocasiones han tenido pleitos ella y su esposo, caracterizados por agresiones verbales.

Se exploró cómo ha evolucionado la relación conyugal desde este último suceso hasta la fecha, al respecto mencionó que las cosas continúan igual, sólo con agresión verbal; mencionó que en algunas ocasiones las discusiones se suscitan porque Arturo tiene “un fuerte problema de alcoholismo”, dijo que al principio cuando inició la relación con su pareja a ella le parecía “normal” que él tomara, porque otros amigos suyos lo hacían, pero transcurría el matrimonio fueron teniendo discusiones por este problema, hasta que él empezó a ir a terapia y disminuyó su consumo hasta que en algunas fiestas ya no consumía nada.

Sin embargo, recayó en los últimos meses, y Alma refirió que ayer estaba buscando la receta del médico y encontró una cerveza en su mochila; ella habló con él y le dijo que porque estaba haciendo las cosas a escondidas, porque tenían dos cervezas en el refrigerador desde hace varias semanas cuando fueron unos amigos, y refiere la paciente “esas es la trampa, no toca las del refrigerador para que crea ya no bebe, pero lo hace a escondidas”, y esto le enoja y le molesta mucho a la paciente.

Se exploró el nivel de consumo de alcohol de Arturo, pero la paciente mencionó que no se ha percatado cuanto toma semanalmente con exactitud, pero cree que lo hace de dos a tres días, aunque no se pone totalmente briago, pero si consume una o dos cerveza, solo sabe que lo esta haciendo con mayor frecuencia últimamente. Aunado al alcoholismo la paciente mencionó que su pareja fuma, e igual que con la cerveza trata de ocultarlo, escondiendo cajetillas de cigarros o echando perfume en el baño para disimular que ha fumado en esa área.

Alma dijo que también tiene dificultades con su familia extensa, ya que la “han hecho a un lado” y la ven como “la hija chica que esta jugando al matrimonio”, piensan que no esta haciendo las cosas en serio.

La paciente refirió que hacia unos días había sido su cumpleaños y esto le sirvió para hacer un balance de su vida, ante lo cual se sintió triste y se cuestiono qué estaba haciendo con su vida, dijo que antes no se preocupaba por su vida, pero ahora dijo “son 25 años, pues qué estoy haciendo, quiero seguir con lo mismo”, y ante estos cuestionamientos su actitud hacia Arturo fue de rechazo total, utilizando de pretexto las cervezas que encontró escondida.

Alma mencionó que estuvo apática todo el día de su cumpleaños, rechazo una invitación de sus suegros para ir a cenar a su casa, pretextando que tenia tarea de la escuela y por ello se iba temprano a su casa, dejando a su esposo en el puesto; mencionó que en realidad se fue a dormir, pero cuando se disponía ha hacerlo le llamo su hermana para invitarla a la casa de su mamá porque le habían hecho una birria para festejar su cumpleaños; se sintió presionada y aceptó ir; unas horas después su esposo la alcanzó allá.

La paciente mencionó que este tipo de interacción se estableció aproximadamente a partir de que cumplieron un año de matrimonio, por lo que

hace cerca de tres años que viven así, con diluciones, pleitos y dos episodios de violencia física.

Alma refirió que lo que la hizo venir en este momento, no antes o después, fue que ya últimamente se estaba sintiendo muy mal, y no sentía a gusto con lo que estaba haciendo, al comentarlo con sus amigos, ellos le sugirieron que se buscara otro trabajo para que ya no estuvieran tanto tiempo juntos, pero considera que se volvió tan dependiente de él, o aprovecho que ese trabajo le daba la oportunidad de ir a la escuela; mencionó que últimamente estaba de malas y muy irritable; y no le gustaba pelear todo el tiempo con su pareja, porque podían pasar de la violencia psicológica a la violencia física, no quería ser golpeadora, o que él la golpee.

Se concluyó la sesión diciéndole que se continuaría en la siguiente sesión con la exploración del problema, para conocerlo con mayor detalle para poder determinar cual seria la líneas o líneas de intervención.

Sesión: 2

Fecha de sesión: 24 de agosto de 2007

Objetivos:

- Continuar estableciendo rapport con la paciente.
- Continuar estableciendo el enganche terapéutico.
- Explorar el problema.
- Continuar con la indagación de las estrategias de solución que la paciente ha utilizado para resolver el problema.
- Explorar la culpa por haber sido irresponsable y no terminar su licenciatura a tiempo.
- Clarificar a qué se refiere la paciente cuando mencionó que tanto ella como Arturo están hartos y por eso discuten mucho.
- Explorar que otros elementos a parte de los mencionados descubrió en el balance que hizo de su vida en su cumpleaños pasado.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que había llegado tarde (9:40 cuando su sesión iniciaba 9:15), debido a que el metro venía muy lleno y se subió a un vagón exclusivo para mujeres, donde le lastimaron la espalda. Se le preguntó cómo había seguido de sus cólicos y mencionó que ya se sentía mucho mejor. Se le dijo que esperábamos que la

tardanza se fuera reduciendo conforme avanzaban las sesiones y se iba organizando.

Se le explicó a la paciente la logística del nuevo espacio terapéutico, ya que ahora se trabajaría en la cámara de Gesell de arriba y no en la clínica como la vez pasada, esto debido a que se le cambió el horario, porque su petición hecha la primera sesión, ya que la cita se le empalmaba con una clase.

Se le preguntó cómo han estado las cosas, y mencionó que se suscitó una dificultad con Arturo, ya que un día ella regresó de la escuela, estaba durmiendo, y se despertó cuando escuchó que llegó su esposo con un amigo, en ese momento ella se predispuso a que algo iba a pasar, los saludó y regresó a su recámara desde donde estaba escuchando que abrían cervezas y hablaban por teléfono con su cuñado invitándolo a la reunión, Alma mencionó que esto ocurrió el lunes en la noche, que es el día que usualmente Arturo utiliza para tomar ya que el martes no abren el puesto.

La paciente reportó que “se sacó de onda” porque Arturo no le avisó que llegaría con sus amigos a la casa, además dijo que prefirió irse a su recámara que estar con ellos, porque este es un ambiente que no le agrada, y de haber sabido que irían tal vez ella se hubiera ido a la casa de mamá. Mencionó que esta conciente de que ella también llega con sus amigos sin avisar, pero cree que aunque ellos toman, “los puede controlar más”, ya que ella procura que el volumen de la música sea bajo y la fiesta termine temprano.

Alma concluyó la narración diciendo que eran las 2 de la mañana y la reunión continuaba, Arturo se metió a la recámara donde ella dormía y se acostó en la cama; ella le dijo que le bajarán a la música, pero como vio que él había tomado bastante, trató de moverlo, pero al no medir su fuerza lo tumbó de la cama, él se levantó enojado y le dijo que ya se iban, porque lo había corrido, ella trató de detenerlo, ya que pensó que si se iba podía tener un accidente automovilístico.

Sin embargo, no tuvo éxito ya que Arturo salió a la sala y les dijo a todos que se iban a irse porque su esposa estaba loca y los había corrido; su cuñado les dijo que se fueran a su casa porque allá nadie los iba a molestar, la paciente reportó que se fueron y ella se sintió enojada, triste y con muchas ganas de llorar porque quedó como “la culpable o la mala del cuento”, cuando ella nunca le dijo a su esposo que se fuera.

La paciente mencionó que ya se le hace muy tedioso estar en esta situación, porque ya está cansada de hablar con su pareja sobre su problema de alcoholismo y él no hizo nada; refirió que al día siguiente pensó en “hacerse la digna” y no hablarle a su esposo, se fue a la escuela, pero no entró a sus clases porque se sentía “mal”, triste y enojada; empezó a pensar sobre la situación y se volvió a replantear la idea de dejarlo (esto lo ha venido pensando a partir del último año) y así evitarse todos estos problemas.

Alma mencionó que las cosas no están funcionando, que sólo por momentos se pueden sentir las personas más amorosas, pero *cree que la relación ya es muy destructiva para ambas partes.*

Alma dijo que a pensar de no querer hacerlo, platicó con Arturo pero ambos estuvieron defendiéndose y culpabilizando al otro, por lo que no funcionó, ante esto se sintió frustrada y se fue a dormir a la recamara contigua. Al día siguiente, no fue a trabajar porque no deseaba verlo, esto lo considera como huir a sus responsabilidades, tal como lo hace con la escuela, ya que a veces no asiste por miedo a “no poder lograrlo” autodescalificando de su rendimiento escolar; también cree que le huye a algunas responsabilidades como pareja, ya que le ayuda a su esposo en el puesto pero no quiere que él le exija, ella pone sus condiciones y es él quien se debe adaptar.

La paciente refirió que Arturo quería reanudar sus estudios, pero como vio que Alma no se comprometía en el puesto, decidió quedarse con toda la responsabilidad del negocio para que ella pudiera concluir su licenciatura; la paciente cree que es muy egoísta con su pareja porque ella falta a trabajar cuando tiene cosas que hacer, pero difícilmente le permite a su esposo que haga lo mismo; cree que esto ocurre porque ella es muy insegura y no se atreve a tomar toda la responsabilidad del puesto, considera que si esto ocurriera no podría salir de ahí después, tal vez Arturo vería que las cosas funcionan y querría que ella se hiciera cargo de forma indefinida.

La paciente mencionó que tenía un conflicto con el puesto, ya que no es donde ella quisiera trabajar, siente que “no esta en el lugar donde quisiera estar”, pero cuando se casaron, los suegros de los regalaron y fue la opción más sencilla para mantenerse; dijo que le gustaría trabajar en algo relacionado a su carrera, además, cree que por estar atendiendo el puesto ha dejado de asistir a prácticas que realizan fuera de la ciudad, menciona que se siente “detenida o estancada”, dijo que hace como un año era mayor su frustración al estar en el puesto, se sentía enojada y su actitud hacia los clientes era agresiva; esto ocurrió cómo cuando tenía un año de casada, justo cuando empezó a disminuir su desempeño escolar, ya que metía varias materias pero sólo tomaba algunas.

Alma refirió que ha hablado con Arturo respecto a cómo se siente, él le dice que se busque otro trabajo, pero le afirma que no tendrá un horario tan flexible que le permita hacer sus cosas, además para la familia de él es cómodo que ella este ahí, porque como tienen un puesto al lado, Alma les puede ayudar.

Timbró el interfon y el equipo hizo la siguiente pregunta: ¿qué le gustaría cambiar o mejorar al venir a la sesión; es decir, para que vino a pedir ayuda?; al respecto *Alma mencionó que le gustaría cambiar su actitud hacia la vida, tener como la fuerza para tomar sus decisiones, controlar su enojo, no explotar, no tener pensamientos catastróficos, ser más segura, sentirse más plena con lo que hace, disfrutarlo, tanto en una vida laboral, familiar, de pareja y hasta de amigos;* mencionó que toda su actitud se modificó mucho con su actitud.

La paciente dijo que se daría cuenta que ya ha logrado los objetivos terapéuticos cuando ella se sienta bien con las cosas que esta haciendo, cuando lo demás la tomen más en cuenta, que no la ignoren, porque su familia extensa y Arturo lo hacen “al no pelarla”.

Nota: se hizo el corte y se fue con el equipo tras del espejo

Mensaje del equipo:

1. El equipo te manda decir que están muy contento de que estés aquí a pesar de que dices que le huyes al compromiso, se te dificulta tomar decisiones, que hayas tenido dos citas en la misma semana, que vivas lejos y el metro venga lleno, que hayas tenido cólicos, y todas las complicaciones que has tenido, y creen que has empezado a hacer cosas diferentes, que aunque en otros momentos de tu vida le hayas huido al compromiso y a la toma de decisiones, ha llegado un momento en donde eso es diferente y ese momento es hoy, cuando decidiste empezar con este proceso terapéutico.
2. Que es de esperarse, es muy “normal” que una persona cuando tiene tantas dificultades con su pareja, no esta a gusto con su trabajo porque no esta cumpliendo sus expectativas y se siente frustrada, pues de repente empiece a faltar a la escuela y se sienta con ganas de desertar, pero es admirable que a pesar de todas las complicaciones que tienen en tú casa, no la has dejado, aún y cuando la estés postergando; ya que estas en condiciones diferentes a tus compañeros porque tienes una casa que administrar, una pareja y un trabajo que cumplir; es decir, responsabilidades familiares que seguramente otros compañeros no tienen.
3. Se vale replantearse las cosas, se vale llegar a un momento, detenerse y decir tengo 25 años, que he hecho de mi vida, “poniendo las cartas sobre la mesa”, decir después de 4 años de matrimonio, me encuentro con que no he terminado la carrera, mi trabajo no cumple mis expectativas y tengo muchos problemas con mi esposo; lo que también se vale, pero no ayudaría mucho es quejarse de las complicaciones y no hacer nada, aunque creemos que no es tú caso porque estas aquí con la idea de hacer cambios en tú actitud y en tú vida.

Tarea: Qué la paciente piense que cosas puede y le gustaría cambiar, mejorar, hacer diferentes con su familia, con Arturo, en su trabajo y en la escuela.

Sesión: 3

Fecha de sesión: 7 de septiembre de 2007

Objetivos:

- Establecer las metas terapéuticas respecto a su familia, Arturo, su trabajo y su escuela.
- Jerarquizar las metas terapéuticas
- Definir los indicadores de cada meta
- Explorar la relación de la paciente con la familia extensa

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que había llegado tarde (11:00 cuando su sesión iniciaba 10:30), debido a que había estado enferma de diarrea toda la noche porque tiene gastritis y colitis nerviosa, y había comido alimentos con mucha grasa el día anterior. Se hicieron algunos comentarios respecto a que no tiene una dieta óptima debido a que no tiene tiempo por las enormes distancias que tiene que recorrer diariamente.

Se exploró cómo había estado la paciente y mencionó que ha tenido mucha tarea en la escuela y tiene algunas dificultades en una materia en específico, porque ha perdido 3 prácticas porque se ha tenido que quedar a trabajar en el puesto, ya que como estas consisten en hacer visitas a algunos pueblos los fines de semana necesitaría dinero para pagarse sus gastos y dejar de ir a trabajar, ambas cosas son imposibles para ella en este momento; además, dijo que no eran muy importantes porque esta recursando la materia.

Se revisó la tarea y dijo que se le había olvidado su cuaderno pero se acordaba que había consistido en que pensara qué le gustaría trabajar en terapia, estas las mencionó en el siguiente orden jerárquico: 1.- su inseguridad, 2.- sus miedos, 3.- su actitud y su enojo.

Se exploró a qué se refiere con cada la inseguridad, al respecto dijo que se refiere a que se le dificulta tomar decisiones, no se cree capaz para hacer proyectos nuevos (escolares, laborales y familiares), establecer relaciones de amistades (le gustaría ser más sociable), opinar en las cuestiones familiares y pesimismo; esto le crea conflicto.

Se exploró si le da a conocer sus opiniones a Arturo respecto a las cuestiones del puesto, ante esto dijo que sólo le dice “a medias” cuando no está de acuerdo con algo, pero no profundiza por temor a que tengan un conflicto o porque cree que no la va a tomar en cuenta; además, ella tiene una

posición “cómoda” en el puesto, lo toma como si fuera una empleada, como un trabajo que le permite seguir estudiando, pero no lo siente parte de ella, sino que el puesto es de su esposo.

Se indagó si el hecho de no tener un sentido de pertenencia con el puesto tiene que ver con que no se siente a gusto en él, al respecto mencionó que si; esto aunado a que si se sintiera participe tendría que asumir una mayor responsabilidad sobre él. Dice que se siente ahogada en el puesto y no quiere estar ahí toda la vida.

Se le cuestionó si ha hablado con Arturo sobre su incomodidad con este, al respecto mencionó que si y que él le dice, con un tono de enojo, que se busque otro trabajo; Alma busca trabajo con ganas de no encontrar al autosabotearse por el supuesto miedo de no cubrir las expectativas de las personas en los trabajo, cuando en realidad reflexiona que no consigue otro trabajo para no perder la comodidad que tiene en el puesto; en realidad, sólo dice que va a dejar de trabajar en el puesto para chantajear a Arturo, controlar la situación, sentirse más segura y conseguir mayores comodidades en el puesto.

Se mencionó que el puesto tiene ventajas y desventajas para ella y tal vez por esto continúa ahí, estas serían que ella tiene disponibilidad de horario para poder estudiar sin tener la misma responsabilidad que tendría en otro tipo de empleo; aunque no le guste lo que hace.

En cuanto a la relación de pareja mencionó que se han vuelto muy apáticos y han hablado de la posibilidad de divorciarse si él sigue tomando y ella no cambia su carácter.

Se indagó si realmente ella ha pensado en separarse de Arturo o es sólo un chantaje para que él haga lo que ella quiere, al respecto mencionó que hace un año decidió separarse y se fue a la casa de sus papas, ahí su familia le dijo que cómo que se iba a divorciar si iba a ser una fracasada, le cuestionaron que iba a hacer sola y le dijeron que mejor se regresara con su esposo, por ello 15 días después regreso a su casa sintiendo más confundida e insegura que cuando se fue.

Alma narró que sus papas no estaban de acuerdo en que se casara, porque su papá sentía que si lo hacia no cumpliría su expectativa de tener una hija que concluyera su licenciatura; su mamá pensaba que era muy chica y aún no estaba lista para formar una familia; además, tanto sus papas como sus hermanos creen que ella nunca ha formado una familia porque no ha tenido hijos.

La paciente mencionó que desde que estaba en bachilleres se hizo muy rebelde y desobedecía a sus papas porque su mamá le pedía que hiciera cosas que no le correspondían, como cuidar a sus sobrinos y hacer la comida para todas las personas que vivían ahí (sus 4 hermanos con su familia y sus dos hermanas con sus parejas); ante esto, Alma se percibía como la “sirvienta” de la casa.

Siente que siempre ha sido “la hija incomoda”, tanto para sus papas como para sus 8 hermanos (4 mujeres y 4 hombres). Siente que desde que ella se fue de su casa para casarse su hermana mayor (que es soltera) asumió su lugar.

Alma refirió que cuando se quejaba de esta situación con sus papas estos no le hacían caso, y ella lo seguía haciendo los quehaceres domésticos aunque se enojara, les gritara y tuviera conductas rebeldes como no llegar a dormir.

Sus hermanos tienen un rol paternal con ella, regañándola por no tener hijos y por tener una relación diferente al hacer y pensar de forma distinta a ellos.

La paciente reflexionó que salió de una familia muy tradicional, aprensiva y muégano por no soportar las imposiciones familiares y ahora lo esta haciendo con Arturo; al respecto se le mencionó que si había caído “del sartén a la lumbre”, dice que efectivamente se siente así, aunque también ha hecho cambios importantes en ella a partir de esta relación como ser más tolerante y más analítica.

Se confrontó a la paciente respecto a si esta repitiendo el patrón de relación familiar con Arturo, respecto a que en su familia hacia cosas sin estar de acuerdo y lo decía; y si ahora va al puesto aunque no quiere hacerlo pero no lo dice; es decir, antes hacia las cosas aunque decía que no estaba de acuerdo y ahora ya no se defiende simplemente obedece las ordenes de su pareja.

Nota: se hizo el corte y se le explicó que pasaría el equipo reflexivo a hacer sus comentarios entre ellos, mientras nosotros los escucharíamos y ella podría quedarse con que le resultara útil.

Mensaje del equipo:

Tonatiuh: “He escuchado muchas veces la palabra de rebelde, esto es bueno porque te ayuda a moverte, te ayuda a no quedarte estancado, te ayuda a luchar por lo que quieres. Creo que hay dos tipos de rebeldes: el rebelde con causa y el rebelde sin causa. Si yo soy un rebelde con causa tengo un objetivo específico y cuando lo logre dejo de ser rebelde porque ya logre eso por lo que estaba luchando.

Pero si me vuelvo rebelde sin causa no voy a tener un objetivo específico, siempre voy a estar peleando y qué va a pasar con eso, nunca voy a parar, nunca voy a tener paz, nunca voy a estar tranquilo porque siempre tengo que estar luchando. Por eso creo que es importante tener claro cuáles son los puntos por los que voy a estar luchando y cuando los logre pues dejé de ser rebelde y si después lo necesito pues lo vuelvo a tomar”.

Ana: “Me hizo pensar que difícil debe ser vivir en una casa donde mis papas y mis hermanos tienen unas ideas para que yo haga y cumpla, pero sin embargo aunque tenga miedo y tema enfrentarme a mis papas, termino haciendo lo quiero y salgo de mi casa para casarme, y hago una familia como yo la quiero aunque sea diferente de la familia que en casa quieren que tenga.

Siento que esto me hace ver que puede ser rebelde para enfrentarme a las cosas que dan miedo, y si da miedo enfrentarte a la familia pero da más miedo enfrentarte a ti misma y hacer cosas nuevas como buscar trabajo o estudiar la carrera que tú quieres, pero si uno no se atreve a dar ese paso entonces puede saber que ahí más allá y hasta donde uno puede llegar, entonces lo importante es tener la idea y llevarla a cabo”.

Aurora Villegas: “y miren en esta idea de hacer cosas diferentes y en ser rebeldes, creo que esto nos ha servido mucho en la historia, pero me quede pensando en esto que decías de la rebeldía negativa, que si uno se queda nada más peleando por pelear pues no logro nada más que seguirme quedando en un mundo de fantasía que no me permite aterrizar en mi realidad, entonces la rebeldía no me sirve para avanzar sino para estancarme.

Hace rato la terapeuta mencionó un refrán y parece ser que una persona se fue de la lumbre al sartén, porque nada más brinco y se escapó de la lumbre pero en el sartén se esta sazónando porque esta en el mismo lugar sintiéndose incomoda, con ese calor que enoja pero no hace nada para moverse”.

Diálogo en el equipo: parece que esta en un lugar más cómodo porque no quema ni esta frío y además es seguro, pero a la larga enfada porque no gusta, pero no hace nada para salir de ahí.

Finalmente, se le cuestionó a la paciente si hubo algo que le llamara la atención al respecto mencionó que se identifica con la idea de crearse fantasías, ya que sale de un lugar muy problemático para irse a otro, en lugar de buscar un lugar donde no este en ese combate entre Arturo y Alma. Reconoció que a veces es rebelde sin causa, solo ella tiene su malestar y le gustaría que los demás se sintieran mal y por eso pelea con ellos.

Para finalizar la sesión se le pidió que tratara de ser más puntual para su próxima cita.

Tarea: Que continúe reflexionando sobre lo que escucho en equipo reflexivo.

Sesión: 4

Fecha de sesión: 21 de septiembre de 2007

Objetivos:

- Jerarquizar las metas terapéuticas que son: 1.- su inseguridad, 2.-sus miedos, 3.- su actitud y su enojo.
- Definir los indicadores de cada meta.
- Explorar a que se refiere cuando dice que siente miedo y enojo
- Continuar explorando la relación de la paciente con su familia extensa
- Explorar la relación de la paciente con su esposo

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que ha estado más o menos, porque su mamá ha recaído en cuanto a su dolor de rodillas, cuando ya se había mejorado a partir de su operación; a partir de este padecimiento la llevaron a consulta y le diagnosticaron Diabetes e Hipertensión; a partir de esto, ha habido algunos conflictos en su familia extensa para organizarse en cuanto a quien atiende a la madre.

Alma mencionó que esta situación la angustia y le enoja, lo primero ocurre porque ve a su mamá en su silla de ruedas sin poder ser independiente; y se enoja porque sus hermanos al parecer “no agarran la onda”, la mueven, la lastiman y le siguen pidiendo que cuide a los nietos, aún cuando saben que ella necesita reposo absoluto.

La paciente relata que sus hermanos no le avisaron que su mamá se había enfermado y la había llevado al hospital; sino que se entero hasta en la noche cuando ya la había atendido; el médico le dijo que debía bajar de peso y cuidarse porque estaba delicada de sus rodillas.

La paciente se enoja porque siente que sus hermanos minimizan la enfermedad de su mamá y no se hacen responsables de sus hijos; sino que quieren que ella lo haga. Se indagó que hace Alma con este enojo y refirió que “se lo guarda”, pero que lo saca inconscientemente con algunos comentarios que le hace a su mamá en cuanto a que no se ha cuidado lo suficiente.

También, mencionó que “siente que la carga la lleva Arturo”, ya que no se pelea con sus familiares pero cuando llego a su casa empezó a discutir con su pareja y le dijo que no interviniera, que sólo ella sabía como solucionar los problemas con su familia. Siente que con él “descargo” lo que no pudo hablar con sus hermanos.

Alma siente que sus papas la evaden y prefieren que se mantenga al margen de la enfermedad, por temor a que ella pelee con sus hermanos, por ello no la involucran en la atención y/o el tratamiento. Ante esto, la paciente se

siente desplazada por una de las cuñadas, ya que esta es quien acompaña a su mamá al médico, la cuida y toma la mayor parte de las decisiones en la casa.

Alma siente que su cuñada tiene mayor influencia en sus papas que en ella; Ante esto se siente enojada y triste; y confronta constantemente a sus hermanos, reclamándoles que “cómo es posible que con la edad que tiene sus papas aún sigan pagándoles los servicios”; la paciente siente que no resuelve nada con esta estrategia, ya que los demás se ríen, “no la pelan”, sus papas se enojan y no se concientizan de que sus hijos deberían de pagar sus gastos. Siente que con esta actitud sólo esta “perdiendo espacio” porque queda como la que siempre “da la contra”, y su cuñada como la que apoya a la familia.

Cuando habla tranquilamente con sus papas, ellos le dicen que tiene razón y que le van a poner límites a sus hijos, pero no lo hacen. Se enfatizó que la paciente se ha convertido en “la defensora de los papas”, Alma menciona que de que sirve que los defienda si nadie la escucha y sólo termina sintiéndose más enojada, triste, como la “villana de la historia” y con un gran desgaste emocional.

La paciente reflexiona que para que los defiende tanto, si ellos no la apoyaron cuando vivía ahí, Alma relata que nunca tuvo a sus papas disponibles para platicar sobre sus metas, porque “siempre estaban trabajando en sus maquinas”, sino que estaban otras personas como: vecinas, primas, hermanas o amigas para acompañarla.

Alma reflexiona que el papel de la mamá lo suplieron sus hermanas mayores, mientras que el papá fue periférico; en esta panorámica, la paciente constantemente se sentía “invisible” para los otros miembros de la familia, por lo que no recibió la atención que necesitaba. Sino que creció “con unos perfectos desconocidos”, porque nadie sabe que le gusta o necesita el otro.

La paciente reflexionó que desde chica le llevaba la contra a su mamá como respuesta a que no le ponían atención, y precisamente como una forma de decir “estoy aquí, háganme caso, aunque sea diferente a ustedes”. Alma siente que hasta la fecha siguen en la misma dinámica, continua “haciendo batallas cámpales en la familia”, esto para ser vista. Sin embargo, lo anterior se ha ido modificando desde que se caso con Arturo, porque los visita con menor frecuencia para evitar problemas.

Alma reflexiona que desde niña se sentía sola, “vivía en una soledad muy cruel”, y se recuerda como una chica triste y distraída, con frecuentes problemas en la escuela, que fueron superados con la ayuda de un maestro que confió en ella. Sus papas eran periféricos, nunca la apoyaron ni para que estudiara, y su hermana mayor asumía el rol de madre en las cuestiones practicas. En este contexto, su única compañía era su hermano menor, a quien ella sobreprotegía.

La paciente reflexiona que le tiene coraje a sus papas porque nunca se dieron cuenta de sus necesidades, ni se percataron de que había recibido agresiones sexuales de su hermano mayor, ya que cuando tenia entre 6 o 7

años él hacia que le tocara sus genitales, con él la relación es lejana dice “entre menos lo vea mejor”.

Alma refiere que el lema de su familia es “aquí no pasa nada”, minimizan y ocultan todo lo que ocurre en su casa, tal fue cuando violaron a una de sus hermanas y todos dijeron que había sido algo sin importancia y que ya había pasado.

Se le connotó positivamente que desde que era niña tenía una enorme facilidad para percatarse de lo que está sucediendo a su alrededor, se le mencionó que tiene mucha claridad en cómo han ocurrido las cosas y se le felicitó por haber salido adelante, llegando hasta el momento actual después de haber tenido una infancia con poco apoyo familiar y con un grandes dificultades.

Se le confrontó a la paciente respecto a si quiere seguir haciendo lo mismo respecto a su familia, y mencionó que ya no quiere seguir haciendo lo mismo, porque no le ha funcionado porque cree que las cosas no las puede cambiar ella, siente que si sus papas no quieren tener otra dinámica pues que sigan así, porque antes pensaba que ella los podía “salvar” de esta situaciones pero ahora ve que es una decisión que sólo ellos pueden tomar aunque le duele ver a su mamá enferma.

Además es muy desgastarte; aún así, le cuesta mucho trabajo no recurrir al enojo y por ello evita visitarlos porque se le remueven sentimientos de enojo y tristeza en un lugar donde se debería de sentir cómoda, segura y consentida.

A partir de lo anterior, prefiere hacer otras cosas distintas a su familia como su escuela, para diferenciarse a ellos porque le da miedo ser igual que estos. Se le connotó como ha enfrentado esos temores por ella misma y con la ayuda de otras personas que le mostraron un mundo distinto al vivido en su familia (sus maestros, su prima, sus amigos, etc.), para salir adelante probándose en distintas áreas como la laboral, la académica y la de pareja.

Mensaje del equipo:

No se hizo equipo reflexivo porque los compañeros y el supervisor consideraron que la paciente había estado muy reflexiva durante la sesión y era mejor que por esta ocasión sólo escuchara su propia voz.

Se le confrontó respecto a si el miedo que siente ha hacer diferentes cosas podría ser “normal” ya que siempre vivió acostumbrada ha hacer las cosas como su familia y ahora con todas estas cosas nuevas como su matrimonio, su escuela, su trabajo y su forma de pensar es romper con lo aprendido en la familia.

La paciente refiere que aunque siente que este miedo es “normal”; la paraliza y evita que concluya su escuela, ya que la hace sentir como que no tiene las habilidades necesarias para hacer su tesis y concluir la universidad; reflexiona que los únicos que realmente creen en ella son sus amigos, ya que entre ella y Arturo se estable una descalificación mutua porque ni él confía en que ella concluya sus estudios, ni ella cree que él los inicie, porque si fueran capaz ya lo hubieran hecho.

En esta panorama, a la paciente le cuesta mucho trabajo confiar en que si puede hacer las cosas, y frecuentemente la atrapa el pensamiento de “no puedo” y quiere desertar pero no lo hace porque son mayores sus deseos de concluir la escuela.

Para finalizar la sesión, se enfatizó que Alma en su relación con Arturo parece que tienen una relación en donde él asume un rol de papá y ella uno de hija, y desde ahí él le exige y la presiona para que concluya la universidad y ella se defiende descalificándolo porque él ni siquiera la ha iniciado. Esto fue confirmado por la paciente, quien agregó que además hay cosas que prefiere ocultarle porque siente que él la regaña como lo harían sus papas.

Tarea: No se le dejó tarea.

Sesión: 5

Fecha de sesión: 5 de octubre de 2007

Objetivos:

- Continuar explorando la relación de Alma con su familia nuclear y cómo se siente respecto a esto.
- Indagar la relación que la paciente tiene con su pareja desde los roles ejecutados de padre e hija.
- Explorar las estrategias de control de enojo que la paciente ha utilizado hasta este momento.
- Indagar el impacto del tipo de relación que la paciente tuvo con sus papas en sus relaciones interpersonales.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que ha estado más o menos, porque ha estado toda la semana “solita”, ya que Arturo se fue a probar suerte a China, se sentía “rara” por tener tantas exigencias al hacerse cargo del puesto, esto fue una situación nueva que la canso mucho, y se sentía tensa porque no había ventas y no sacaba el dinero para los gastos

de la casa; esta situación la hizo sentirse presionada porque quería “entregar buenas cuentas” a su pareja; es decir, necesitaba demostrarle a su pareja que podía hacerse cargo sola del negocio.

Se enfatizó qué cosas diferentes tuvo que hacer para afrontar esta situación, al respecto dijo que ha tenido más tiempo para hacer sus cosas, esto la hacía sentir cómoda pero extrañaba a Arturo y no le daban muchas ganas de comer al sentirse sola. Esto se enfatizó los primeros días y ya después se fue adaptando, ya que pensó que podría tener un espacio para ella; aún así siente que “le pesa mucho la responsabilidad”; ya que usualmente es Arturo quien se responsabiliza de los gastos de la casa y de preocuparse cuando no hay ventas.

La paciente refirió que durante este periodo tanto su familia como la de Arturo le ofrecieron que se mudara con ellos para que no estuviera sola; sin embargo, no quiso irse con sus papas para evitar pleitos con sus hermanos, y solo visita ocasionalmente a sus amigos.

Alma refiere que aunque en estos días se ha sentido presionada por la situación, esta presión es distinta cuando viene de Arturo, porque en estas condiciones se siente exigida y con pocas habilidades para satisfacer las expectativas de este, y entonces reacciona enojo. Además, asume un rol de empleada y él de jefe, por ello cuando su pareja regresó ella volvió a asumir estas funciones, lo cual le gusta porque tiene tiempo para estudiar y hacer otras cosas, pero la hace sentir frustrada porque tiene que obedecer a su pareja.

Se le confrontó a la paciente cómo es que si se percibe como una persona insegura, haya podido hacerse cargo del negocio durante este periodo, cuando hubiera podido “correr” a refugiarse a la casa de sus papas o suegros; y cerrar el puesto. Ante esto respondió, que lo pudo hacer porque fue un enorme reto que se propuso, ya que deseaba demostrarse a ella misma que podía pasar este tiempo sin su pareja, ser autosuficiente, independiente y no necesitar tanto de Arturo.

Se le cuestionó a Alma qué necesita de Arturo y al respecto refirió que se lo había estado preguntando y se había reflexionado que cuando estaba en el puesto veía a su pareja como el proveedor y cuando estaba en su casa como su compañero, como una gran compañía; es decir, la provee económica y afectivamente.

Se le confrontó a la paciente si el lugar que tiene Arturo en su vida lo podría ocupar otra persona que pudiera pagarle sus gastos y acompañarla como sus papas, amigos u otra pareja; al respecto, mencionó que siente que no cualquiera podría ocupar este lugar; y reflexionó que si las cosas no funcionan con él, no regresaría a vivir con su familia, sino que buscaría mudarse con amigas porque no podría vivir sola.

Se le cuestionó a Alma qué podría pasar si esta sola, y ante esto dijo que sentía mucho miedo de hacerse totalmente responsable de ella misma, ya que si trabajara tendría dinero para pagar sus gastos pero sino le angustiaría

pensar en quién le daría dinero para sus gastos. Además, le cuesta trabajo estar sola y refirió que cuando se caso le llevo más de tres meses adaptarse a vivir sola con Arturo, le costaba mucho trabajo dejar de vivir con tanta gente y por ello visitaba frecuentemente a sus papas.

La paciente refirió que durante este periodo que Arturo no estuvo, le da mucho miedo no sola la soledad, sino el silencio y por ello se acompañaba de la televisión, se le enfatizó que tal vez no le gustaba estar sola porque corría el riesgo de escucharse, al respecto dijo que hubo momento en que empezaron ha “invadirla” sus pensamientos y estuvo cuestionándose sobre su situación de dependencia hacia Arturo y sus papas, y con esto se sintió triste por no haber cumplido con sus planes de adolescencia de ser autónoma; y para evitarlo se distraía con el radio y la televisión.

Además, reflexionó que no le dan miedo los de afuera (que alguien entre) sino los de adentro (sus pensamientos, sus reclamos, sus acusaciones). Para evitar sentirse triste por escucharse empezó a distraerse saliendo a caminar, paseando con sus amigos o se dormía temprano para evitar “que las voces internas la atacaran”.

Alma reflexionó que es dependiente de Arturo porque no solo él paga los gastos; sino que necesita que él la “mime” y la acompañe. Se exploró que tanto la paciente se “mima” ella misma o necesita que alguien más lo haga, al respecto mencionó que no lo hace, prefiere que Arturo lo haga.

Se exploró cómo se siente de ser “dependiente” de su pareja, ante esto refirió que ella le permite que tome las decisiones en la pareja, en el negocio y en ella; sin que esta le ponga límites ni hable de sus necesidades, sólo piensa lo que le gustaría decirle pero no lo hace. Parece que él decide y ella no opina; y por esta dinámica ella se enoja constantemente, porque por esta vía dice lo que piensa, pero no pueden hablarlo porque Arturo responde con un enojo mayor al sentirse agredido porque no sabe que ella no estaba desacuerdo con las decisiones que se tomaron.

La paciente describió la pauta de interacción que tiene con su pareja de la siguiente forma “yo no puedo decir esto no me gusta, porque no lo hacemos de otra forma o porque no lo negociamos, entonces él decide, yo me quedo al margen y ya después yo me siento frustrada y tensa, y es cuando demuestro mi enojo de forma pasiva (enojándose constantemente por pequeños detalles) o activamente (estallando, desquiciadamente, gritando y golpeando a Arturo), y él responde de forma similar, sólo que su enojo es siempre pasivo”.

Se utilizó una metáfora, diciendo que parecería que ella fuera una “olla express” que después de guardar mucho enojo por las cosas que no le gustan de la relación, por decisiones con las que no esta desacuerdo, y utiliza la válvula de la olla para sacar un poco de vapor representado en el enojo pasivo, pero cuando la presión es tanta estalla, refirió que justo así ocurren las cosas y que después les cuesta trabajo seguir con la relación y aunque se propongan que no volverá a ocurrir, esto ya se ha vuelto parte de la relación volviendo un “circulo vicioso” durante los cuatro años de la relación ya que no se solucionan los problemas sino que se van acumulando.

Alma refirió que no le gusta como han estado afrontando esta situación porque no están solucionando los problemas solo están “descargando la olla” y le da mucho miedo que los problemas continúen incrementándose y que el enojo pueda volverse activo el su pareja, y este llegue a golpearla como ella lo hace.

Mensaje del equipo:

Ana: “Yo me estaba preguntando, qué pasaría si ella le dice a Arturo qué es lo que piensa, porque podrían pasar dos cosas las buenas y las malas, pero que es lo peor que podría pasar si le dice lo que ella siente; lo mejor podría ser desahogarse y sacar todo ese enojo que tiene de una forma más lenta y no dejar que se acumule en la “olla express” y después soltarlo de golpe y que salga mas fuerte, pero me pregunto qué el lo que hace que Alma se detenga y no lo diga; porque por ejemplo cuando van a tomar una decisión ella dice yo me pongo al margen, es decir ella tiene ideas de lo que podrían hacer pero no las dice, pero a mí me gustaría saber por qué no las dice”

Claudia: “Yo me quedaba con lo que decía al principio de que fue muy difícil sacar el puesto, y veo que lo logró a pesar de que era difícil y de que durante las sesiones ha comentado de que no le gusta hacerlo y le cuesta trabajo, pero lo hizo, lo logró y quizá esa sensación de cómo pagó la renta o como resuelvo los problemas, me quedo pensando que si ella hizo cosas para lograr este objetivo, entonces ella puede hacer más cosas para irse haciendo responsable”

Aurora Alvarado: “Yo me quede pensando de que por ejemplo a veces a mí me a costado trabajo hacer algo, y en esos momentos a mí me ha servido dormir mucho, porque dormir me evitaba escuchar esas voces que traía ahí dentro, y la entiendo porque a veces da mucho miedo escucharlas porque a veces son voces que siempre han estado ahí pero son desconocidas, y yo lo que descubrí es que algunas no eran mías, algunas de ellas eran prestadas o heredadas, como que se habían quedado ahí; y mi voz era como muy chiquita y las otras voces no permitían que se escuchara, y a mí me daba miedo ver que mi voz era chiquita; pero cuando fui escuchando las voces y me di cuenta de que no eran mías, como que la mía empezó a oírse más fuerte y tome lo que me servía de aquellas y pues eso para mí, para mí fue difícil encontrarme conmigo misma.

Mauricio: “Yo me quede muy clavando en estar viendo esto de dependencia, de independencia, falta codependencia y muchas más, lo escuche muchas veces y yo veo que para empezar Alma demostró en este tiempo que podía ser independiente, ósea que ella solita podía sacar adelante todas las cosas de su vida cotidiana, y creo que tiene toda la fortaleza para ser independiente, pero la idea es que esta por un lado lo independiente y por otro lo dependiente, y pues el dependiente siempre va a estar esperanzado al otro y no puede hacer nada si no esta el otro ahí.

El independiente está del otro lado del espectro completamente, tal parece que no necesita de nadie, se vuelve arrogante, se vuelve ermitaño, se vuelve muchas cosas; y de repente si pensamos las cosas así en blanco y negro nos quedamos así como que a donde me mueve, porque si yo se que soy independiente y de repente alguien me hecha la mano, me quedo chin en la torre me estoy volviendo dependiente o al contrario; entonces creo que si pensamos en ese nivel pues no vamos a llegar a ningún lado y creo que tanto el dependiente como el independiente están en el mismo nivel donde parecen que se quedan solos.

Yo me imagino que la respuesta esta como en los símbolos del gin y el gan, donde ni el blanco es completamente blanco, ni el negro completamente negro porque ambos tienen una parte del otro, y a parte este símbolo significa movimiento, nunca te quedas ni en una parte ni en la otra, y esto es un círculo virtuoso que te lleva a otro nivel que se llama interdependencia, y entonces ya no es ni dependencia, ni independencia; sino es otro nivel en donde las dos personas son independientes pero reúnen sus fuerzas; si yo soy independiente nada más vaya llegar a donde me alcancen mis fuerzas porque estoy aislado, estoy solo; pero si uno las fuerzas con otro, estamos haciendo que nuestra interdependencia sea más fuerte y empezamos a hacer nuevos proyectos.

A mí me llama la atención esta aventura que se aventó Arturo de ir a China, creo que no se lograría sino hubiera cierto apoyo de Alma, este es un ejemplo de interdependencia al decir yo se que tú te puedes quedar sola y yo se que me puedo aventar este viaje porque tú estás ahí y me siento apoyado, están haciendo un equipo desde las habilidades que cada uno tiene. Esta idea nos da más ventajas que sólo estar pensando en las polaridades”.

Claudia: “Ahorita me hacen recordar una frase que dice que una persona es independiente cuando sabe cuando pedir ayuda y cuando resolver las cosas sola”

Posteriormente, Alma mencionó que le había llamado la atención lo mencionado por Aurora ya que no se había percatado que se está fijando mucho en que van a decir su familia y Arturo y entonces ella no está escuchando lo que ella dice de sí misma y se está aislando de ella porque no se está queriendo escuchar.

Agregó que le causa mucho conflicto escuchar al equipo porque la ponen pensar muchas cosas que son acertadas pero le cuesta trabajo procesarlas para comprenderse a sí misma y la relación con Arturo.

Además, refirió que se sentía halagada de que le dijeran que era independiente pero no se lo cree porque no se siente contenta con el resultado porque quería demostrarle a Arturo que podía con todo, como decirle “mira pude con todo y no estoy como para que me minimices, ni que me digas como hacer las cosas porque yo puede hacerlo”. Ante esto, necesita desarrollar confianza de que puede hacer las cosas y de que no necesita de Arturo para tomar decisiones a nivel personal, aunque si a nivel pareja. Además, tener valor y fortaleza para hacer las cosas y pueda comunicarle a su pareja sobre sus decisiones.

Para finalizar la sesión, se le mencionó que el espacio terapéutico era un lugar para que ella se escuche más que para que lo haga la terapeuta o el equipo, un lugar donde su voz se oiga.

Tarea: Que continúe reflexionando sobre lo que escucho en equipo reflexivo y que piense como podría hacer las cosas diferentes para romper este círculo de “la olla express” en donde no dice lo que le molesta hasta que todo estalla.

Sesión: 6

Fecha de sesión: 19 de octubre de 2007

Objetivos:

- Continuar explorando el miedo que la paciente siente ante la posibilidad de hacerse cargo de ella misma.
- Explorar qué dicen de ellas esas “otras voces” que escucha y la lastiman tanto.
- Indagar la posibilidad de que la paciente encuentre gratificación y apoyo emocional en ella misma.
- Confrontar a la paciente respecto si quiere continuar con la misma pauta de interacción con Arturo o le gustaría modificarla, respecto a que él decide y ella no opina pero se enoja por ello. Y si desea modificarlo cómo podría hacerlo.
- Continuar explorando la dependencia que la paciente siente hacia su esposo.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que la situación familiar se ha complicado porque no han tenido venta en el puesto durante todos estos días y con el viaje a China se quedaron sin reservas, lo cual la está agobiando porque necesita dinero para hacer sus trabajos. Además, se siente enojada y frustrada porque cree que ella podría buscarse otro trabajo para ayudarle a Arturo, pero este le dice que mejor se dedique a su escuela.

Se exploró el enojo de la paciente, y refirió que es hacia Arturo porque no previo esta crisis, ya que invirtió todos sus ahorros en el viaje cuando hubiera podido dejar dinero para mantenerse durante el mes que tarda en llegar la mercancía; además, esta decisión la tomó sin tomar en cuenta a Alma, ni ella dijo nada, cuando eran los ahorros que los dos habían guardado a lo

largo del matrimonio. La paciente refirió que ella tenía mucho miedo de que la mercancía no llegara y perdieran su dinero; ante esto, él le dijo que era muy negativa y no lo escuchaba.

Se enfatizó de nuevo la pauta en donde ni ella le dice su opinión a su pareja, ni él se la pide; y después Alma lo manifiesta con enojo y él la ignora.

La paciente reflexionó que tal vez no le dijo nada a Arturo sobre el dinero, porque no tiene sentido de pertenencia hacia el puesto y siente que tal vez es el negocio y el dinero de su pareja; porque para ella es más cómodo que él tenga toda la responsabilidad económica de la relación para que ella así se sienta más libre y sin preocupaciones; sin embargo, considera que si ella tuviera su propio trabajo no dependería de lo que él le diera. Se enfatizó que está situación tiene tanto partes positivas como negativas.

Alma mencionó que considera que es dependiente de Arturo porque ha dejado que él haga todo, decida sobre ella y la relación; y ella lo permite por comodidad y por los beneficios que esto tiene. Y llega al límite de que si él no se mueve, ella se queda estática.

Se utilizó una metáfora diciendo que al parecer Arturo es la persona y ella es su sombra; y por esto ella está en función de lo que hace o de a donde se mueva su pareja.

A partir de esta situación, ha empezado a juzgarse fuertemente al reclamarse que a pesar de la edad que tiene sigue siendo hija de familia, y a cómo paso de depender de sus papas a hacerlo de Arturo cuando siempre pensó en hacer las cosas diferentes, y en que para esta edad ya debería de ser independiente tanto económica como emocionalmente; al respecto dijo que le gustaría hacer las cosas diferentes; es decir, buscar otro trabajo, pero cuando piensa en hacerlo la “atrapan” sus inseguridades respecto a no poder hacerlo y termina no moviéndose del mismo lugar.

Se exploró si es miedo a no poder desempeñar un trabajo o es miedo a perder la comodidad que le da el puesto, ante esto reflexionó que son las dos cosas: porque perdería la comodidad y la flexibilidad de horarios que tiene en el puesto y también le cuesta mucho hacer las cosas por ella misma ya que esta muy acostumbrada a que Arturo le resuelva todo.

Se enfatizó cómo le había hecho para resolver esta situación de no tener dinero y pedir prestado cuando siempre ha dicho que necesita que Arturo le resuelva todos sus problemas; ante esto, dijo que había cosas que podía resolver sola, porque lo había visto en su familia y otras que no. Y para lograrlo se enoja con ella misma y empieza a recriminarse su conducta.

La paciente reflexionó que por la dependencia económica que tiene hacia Arturo ella le ha permitido que tome todas las decisiones de la pareja ya que siente que él es quien tiene el poder porque tiene el dinero, y si ella trabajara y tuviera sus propios ingresos entonces se sentiría participe de las decisiones familiares.

Se exploró la fantasía de que pasaría con Arturo si ella tuviera el trabajo de sus sueños (pregunta del milagro), al respecto refirió que entonces ya pondría límites y tomaría decisiones, ya que ella podría comprarse lo que necesite sin pedírselo a su pareja; y en cuanto a la relación él se sentiría con menos peso porque cree que muchos conflictos son porque ella es “la carga de Arturo”.

Se utilizó una metáfora en donde se mencionó que pareciera que Arturo es una tortuga y Alma su caparazón, y se exploró cómo se siente la paciente siéndolo, al respecto dijo que se sentía frustrada y enojada porque le recuerda como siempre fue una “carga” para su familia y como ahora paso a serlo de su pareja; esta frustración es porque siempre luchó por hacer las cosas diferentes y siente que en realidad sigue sin demostrarse que puede tener independencia económica y emocional tanto de su familia como de su pareja.

Se exploró cómo cree que se siente Arturo de que ella sea su “caparazón”, al respecto dijo que se lo demuestra enojándose constantemente, porque aunque para él es cómodo que ella trabaje en el puesto, no deja de ser pesado asumir toda la responsabilidad de la casa. Además, siente que todo el tiempo le recrimina que no ha terminado la escuela.

Se enfatizó que los caparazones en las tortugas pueden ser incómodos y pesados, pero también pueden ser útiles; y tiene tanto ventajas como desventajas; en el caso de Arturo que ella sea su caparazón puede ser cansado pero también puede darle algunos beneficios porque desde que se casaron él se hizo más responsable y comprometido con las cosas, rescataron el puesto de la quiebra y en cuando a la casa la ha organizado de tal forma que ambos se sientan cómodos y estén a gusto.

Con lo antes mencionado, se enfatizó que cuando una pareja decide vivir junta se realiza una distribución de los roles donde pueden organizarse de diversas formas, y al parecer el trabajo que ella hace dentro de la casa esta siendo invisible, porque ella se siente una carga porque él paga los gastos pero no esta percibiendo lo que ella hace, cuando son roles complementarios; ya que él se lleva la mayor carga en lo económico y ella en la casa.

Mensaje del equipo:

No se hizo equipo reflexivo porque los compañeros y el supervisor consideraron que la paciente había estado muy reflexiva durante la sesión.

Para finalizar la sesión, la paciente mencionó que había estado muy enojada con su pareja porque a pesar de que no tienen dinero suficiente, Arturo se había ido el fin de semana a tomar con sus primos y había regresado en estado de ebriedad; siente que esto lo hace como “un escape” ante la situación laboral, por culpa de ella porque no le ayuda con los gastos y porque necesita hablar con alguien sobre sus problemas; ante esto, dejó de hablarle por varios

días y no sabe cómo controlar esa situación en cuanto a decirle que no está de acuerdo en que se gaste el dinero en cerveza.

Se enfatizó que cada quien nos tenemos que hacer responsables de nuestras decisiones y si Arturo elige tomar como forma de afrontar sus problemas es una decisión de la que solo él se puede hacer responsable. Además, es necesario que se explore en sesiones sucesivas como esta afectando la relación de pareja el consumo de alcohol de su cónyuge.

Tarea: Que continúe reflexionando sobre lo que se abordó sobre los roles complementarios que tienen ella y su pareja; y que observe qué pasa cuando ella se enoja, en qué momento, qué hizo ella y él, qué situación, de qué forma y demás; y si le es difícil de recordar lo puede escribir.

Sesión: 7

Fecha de sesión: 16 de noviembre de 2007

Objetivos:

- Indagar si la paciente puede poner límites aunque dependa económicamente de su pareja.
- Enfatizar las ventajas que tienen ambos en cuanto a la forma en que se han organizado respecto a los roles.
- Explorar la pauta de enojo de la paciente, en cuanto a qué pasa cuando ella se enoja, en qué momento, qué hizo ella y él, qué situación, de qué forma y demás.

Desarrollo:

Nota: La paciente faltó sin cancelación previa

Sesión: 8

Fecha de sesión: 30 de noviembre de 2007

Objetivos:

- Indagar si la paciente puede poner límites aunque dependa económicamente de su pareja.
- Enfatizar las ventajas que tienen ambos en cuanto a la forma en que se han organizado respecto a los roles.

- Explorar la pauta de enojo de la paciente, en cuanto a qué pasa cuando ella se enoja, en qué momento, qué hizo ella y él, qué situación, de qué forma y demás.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que la situación económica continua mala, porque no hay ventas, parece que la situación económica del país está afectando las ventas en todo el tianguis; por lo que tanto ella como su esposo se sienten muy depresivos, están sin ganas de hacer nada, se sienten muy cansados y presionados porque la mercancía no ha llegado de China y temen perder sus ahorros; ante esto, planean mudarse a una casa más económica.

A partir de esta situación, Alma esta planeando para el próximo semestre cursar menos materias y buscar otro trabajo para apoyar la situación económica de la casa y cubrir sus necesidades como tomar un curso de inglés y pagarse sus gastos.

La paciente mencionó que tiene más de 20 días sintiéndose cansada y sin ganas de hacer nada, pero aún así terminó su semestre cubriendo los créditos previstos. Refirió que durante estos días tanto ella como Arturo están frustrados porque sienten que pierden su tiempo ahí porque ni les gusta, ni les satisface, y tampoco les reditúa económicamente. Ante esto, se mencionó que la frustración es una emoción que cansa y desgasta mucho, y por eso tal vez ambos se sienten así.

Se exploró cómo le habían hecho para tomar algunas decisiones sobre la familia y el negocio, ante esto la paciente refirió que ella había tomado la iniciativa de mudarse a un lugar más económico; y la idea de vender mercancía nueva fue idea de él y ella lo apoyo.

Ante esto, se enfatizó y se felicitó a la paciente porque ha empezado a tomar decisiones y a resolver las situaciones, sin esperar que Arturo lo haga, sino que ahora está haciendo cosas para apoyarlo.

Alma mencionó que estos cambios son como consecuencia de una fuerte decisión que tuvo que tomar, ya que estaba embarazada y decidió que no quería tener a su hijo por la situación económica por la que están pasando y se hizo un legrado. Esta decisión fue apoyada por su pareja, quien estaba ambivalente porque se sentía contento con la noticia pero coincidía en que su esposa en que no era el mejor momento y además consideraba que la única que podía decidir sobre su cuerpo era ella.

La paciente reflexionó que después del legrado se sentían ambivalentes porque se sentían liberados pero también estaban tristes, arrepentidos y con la interrogante de por qué no habían tenido mejor al bebe; este conflicto se resolvió cuando Arturo le propuso a la paciente que tomaran esta experiencia

como una oportunidad para hacer las cosas mejor y prepararse para poder tener un hijo después.

Alma refirió que esta preparación deberá ser tanto como pareja como a nivel personal; ya que quieren resolver los conflictos que tienen en su relación; que ella termine la universidad, su inglés y sea más independiente; y se mejore la situación del negocio.

La paciente refirió que aunado a lo antes mencionado, se habían estado sintiendo culpables por el aborto ya que tenían muy introyectada la carga cultural de que ya deberían tener un hijo; pero siente que fue lo mejor para ellos en este momento.

Se enfatizó el hecho de que “vamos comprando voces a lo largo de la vida” y estas van opacando la nuestra; y cuando tomamos una decisión escuchándonos nos sentimos culpables porque esta voz entra en contradicción con la de otros, pero lo más importante es que hicieron lo mejor para ellos en ese momento.

Alma mencionó que se sentía bien con la decisión, pero que no quería que nadie se enterara porque no lo entenderían, así que ella y su esposo hicieron un pacto de que no lo contarían, porque los juzgarían.

Se exploró cómo se siente Alma de haber escuchado su voz y haber tomado ella su propia decisión, menciona que se siente tranquila; pero fue difícil tomar la decisión porque no tenía con quien hablarlo y además veía que Arturo aún y cuando apoyaría lo que ella decidiera estaba emocionado con la idea de tener un hijo. Y al principio fue una situación difícil, en el proceso dudó de la decisión, pero ahora se siente tranquila con esto.

Se enfatizó cómo a partir de superar una situación tan difícil y dolorosa pudieron rescatar algo positivo, que les va a ayudar a crecer a nivel personal y de pareja.

Alma refirió que las cosas con Arturo están mejorando, porque la ha estado apoyando y cuidando; además, ya se toman más en cuenta, hay más tolerancia, se escuchan y en ella no es tan reiterativa la aparición del enojo; porque ahora se toma un tiempo fuera y después platican y buscan soluciones.

La paciente menciona que a partir del legrado ha aumentado la cercanía entre ella y su pareja, y han estado haciendo muchas cosas juntos para que ella se distraiga y no escuche las voces que la culpan, y esto le agrada porque se siente bien estando con él; sin embargo, en ocasiones siente que están evadiendo la realidad y están perdiendo su espacio personal; además, se siente agobiada y frustrada porque tiene mucho trabajo acumulado de la escuela.

Alma reflexiona que en realidad no son las “otras voces” las que esta evadiendo, sino que su propia voz a la que no quiere escuchar porque se va a recriminar, porque nunca ha sido tolerante con ella, sino que siempre se descalifica, se reclama, se juzga y se dice que no puede hacer las cosas bien.

Además, durante este periodo ha evitado a todas las personas: familiares y amigos, porque siente que ellos le van a recriminar por lo del legrado, aún y cuando no lo sepan. Con esto, se enfatizó que en algunas ocasiones nos hemos contando tantas veces cosas de nosotros que cuando alguien más las menciona, sólo viene a confirmar lo que pensamos de nosotros mismos, y entonces ella está a la defensiva porque no quiere escuchar de los otros lo que ella se ha dicho tantas veces.

Se exploró si realmente ella piensa que no puede hacer las cosas por ella misma o ha escuchado tantas veces que le digan esto que ya se lo creyó. Al respecto, dice que en realidad ella no cree en ella, sino en lo que los demás dicen respecto a que esta “jugando a la familia”, en que no es capaz de concluir sus estudios y en que no puede ser independiente.

Se indagó como esta situación impacta la relación de pareja, y mencionó que de la misma forma como no cree en ella, tampoco lo hace en Arturo, y siente que en gran parte la responsable de que la relación no funcione es porque ella no cree ni en él, ni en que la relación se pueda mejorar.

Mensaje del equipo:

Alicia: “Algo que me hizo pensar escuchar a Alma, es como a veces tomar ciertas decisiones marcan un rumbo de lo que nosotros queremos hacer, entonces a mi me hacía pensar, que esta decisión que ella toma, ella la ha visto traducida en varias cosas que quiere hacer, en estar diferentes como pareja; es decir, a lo mejor todavía hay cosas que antes de esta situación no estaban tan claras, en función de hacia dónde va la relación, qué cosas quieren hacer.

Y cuando ella mencionaba esto de la cercanía, y decía que estaban perdiendo su espacio personal, pensaba que a lo mejor es esto lo que al situación ahorita estaba requiriendo, y bueno yo pensaba que hay veces en las parejas que por situaciones personales de uno, del otro o de ambos necesitamos cercanía y se requiere estar más juntos, pero después se regresa al espacio personal, y no es algo que va a estar si para siempre, sino que simplemente es un momento que así lo esta requiriendo”.

Aurora Alvarado: “Y que igual lo de la tristeza, de este periodo de querer dormir y descansar a mi me parece que es un periodo normal, que pasa cuando tomas una decisión tan importante como la que ellos tomaron.

Y a mi me llamaba la atención como ellos en estos cuatro años en vivir en pareja han tomado decisiones tan importantes, como de arriesgar su capital de 4 años, la decisión de interrumpir un embarazo; y a mi me parece que son dos decisiones bien importantes basadas en lo que ellos quieren como pareja,

y a mi me sorprendió como han podido tomar estas decisiones pensando en que quieren estar mejor, tener algo más solidó”

Mauricio: “Yo quisiera decirles que en esto de interrumpir un embarazo y en cuestiones de dinero, quisiera decirles que no son los primeros que las toman, muchos hemos decididos cosas similares en diferentes momentos. Y me podía pensar yo como hombre ante una disyuntiva así, el se dio cuenta de que lo más importante era que ella tomara la decisión, para que ella decidiera por su cuerpo; a mi me dio esa impresión porque el recibe la noticia y se alegra, a lo mejor él pensó en el futuro, pero a pesar de eso, pensó que lo más importante era la decisión de ella, creo que fue un detalle muy padre.

Y me gusto mucho como pudieron coincidir en que este no era el mejor momento, y que mejor preferían esperarse otro momento en donde estuvieran más fortalecidos y tuvieran más recursos, y que padre que se dio esa coincidencia en que creen que pueden construir juntos un futuro mejor de lo que viven ahora, y que esta decisión se tomo en conjunto de forma independiente a las opiniones de las familias de ambos, creo que es una decisión compleja y madura, creo que tomaron de manera conjunta la mejor decisión para esta pareja, y que bueno que lo pudieron hacer así”

Alicia: “Si, ya bueno finalmente a mi me queda la duda que dentro de toda esta situación, cuando dice Alma que le cuesta trabajo tomar decisiones, yo me cuestiono qué tanto es así, que no pueda tomar decisiones, cuando pudo escucharse a si misma y elegir lo que quería, pero yo creo que ahí yo no se si ella se ha preguntado si es real que no puede hacerlo”.

Para finalizar la sesión, la paciente mencionó que coincidía en lo que había mencionado la primera terapeuta respecto a que en este momento la situación requería mayor cercanía en la pareja, pero pues aunque le gusta, le cuesta trabajo hacerlo porque es algo que se había perdido y pues de repente ahora se está dando; y tal vez se podría recuperar porque es algo que necesitan los dos.

En cuanto a la toma de decisiones refirió que considera que si puede tomar decisiones, pero siempre aparecen “los fantasmas del miedo” que le dicen que no puede y se sabotea.

Tarea: Que la paciente piense si hay algún tema que sea importante para abordarlo en la próxima sesión ya que la volveremos a ver hasta en enero.

Sesión: 9

Fecha de sesión: 14 de diciembre de 2007

Objetivos:

- Explorar si a la paciente le gustaría recuperar la cercanía entre ella y su pareja; y de ser así cómo podrían lograrlo.

- Enfatizar las decisiones que ha podido realizar la paciente y confrontarla respecto a cuáles reconocer y cómo lo ha hecho.
- Indagar cómo, cuándo y para qué aparecen “los fantasmas del miedo” que le dicen a la paciente que no puede hacer las cosas y la sabotean.
- Explorar si hay otros temas sobre los que la paciente quiere conversar antes de interrumpir las sesiones por las vacaciones.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que le duele un poco la cadera porque se lastimó cargando unas cajas; además, refirió que la situación en la pareja continua igual desde el día que había hablado por teléfono con la terapeuta la semana pasada, cuando se realizó un intervención en crisis porque tuvo una fuerte discusión con Arturo.

Alma narró la pelea diciendo que llegaron Arturo y su primo a su casa con unas cervezas para continuar bebiendo, y se metieron a su recama a fumar y poner música; ella se sintió invadida porque este es su espacio, además de que sintió que Arturo estaba retándola al hacer cosas que usualmente no suceden.

La paciente reflexionó que se sentía muy triste y enojada porque Arturo no esta cumpliendo con los acuerdos de pareja, ya que ella le prometió que tomaría una terapia para controlar su enojo y él le dijo que acudiría a recibir apoyo para disminuir su consumo de alcohol, y sólo ella esta cumpliendo.

Se exploró el consumo de drogas de Arturo y Alma refirió que este ha disminuido a partir de que se casaron; además, en esa época a la paciente le parecía “normal” que él tomara, porque ella también lo hacia; sin embargo, ella decidió disminuir su consumo porque con el efecto del alcohol peleaban y discutían frecuentemente; porque él aprovecha cuando esta alcoholizado para decir y hacer lo que sobrio no haría.

Alma refiere que Arturo estuvo asistiendo hace 2 años y medio a una clínica a recibir apoyo, esto le ayudó a disminuir su consumo por periodos de 3 o 4 meses, pero después reincidió. La paciente menciona que se preocupa porque su pareja tuvo un antecedente de alto consumo de distintas drogas: alcohol, tabaco y marihuana, antes de que se casaran y no le gustaría que regresara a tener el mismo nivel de consumo.

La paciente reflexiona que más que enojo, siente mucha tristeza por darse cuenta de que ella está haciendo esfuerzos para que la relación funcione y Arturo no lo valora, ni hace nada para mejorar las cosas. Y aún cuando otro día su esposo se disculpó y le prometió que ya no iba a tomar y que reanudaría su terapia, ella no le cree. Y además, siente que él no le está reconociendo ningún cambio, ni su esfuerzo para mejorar la relación.

Se enfatizó que la paciente ha tenido enormes avances en el control de su enojo, ya que ha podido controlarlo y no actuar impulsivamente golpeando a su pareja; además, está tomando decisiones maduras al reflexionar sobre lo que va a hacer. Ante esto, Alma refirió que lo ha logrado porque ya no se quiere sentir mal ni dar la imagen de estar siempre enojada. Para lograr esto, ha empezado a tomar tiempos fuera; es decir, cuando se enoja, se toma un tiempo para tranquilizarse y luego habla sobre lo que paso.

Se exploró que es más importante en este momento, como se ve ella o como la percibe su pareja, ante esto refirió que en este momento lo más importante es como se ve ella, porque si logra observarse y darse cuenta de que está haciendo “mal” puede modificarlo para tener mejor relación tanto con su pareja como con las demás personas significativas en su vida.

Alma refirió que le molesta mucho y la hace sentir triste que Arturo no pueda decirle las cosas que no le gustan o le molestan de ella y de la relación estando sobrio, y necesite tomar para hacerlo como un reclamo.

Ante esto, la paciente quiere hacer las cosas diferente, para ello esta planeando distanciarse del puesto y concentrarse sólo en sus actividades escolares y en las cosas que la hacen sentir bien, como tomar clases de yoga e inglés y pasear con sus amigos.

Porque parece que se está atando a Arturo y al puesto, para no escuchar las necesidades y gustos que tiene como persona; y esto está aumentando su frustración y con ello su enojo, porque siente que ya “perdió” 4 años de su vida estando en un lugar en donde no se siente feliz ni satisfecha; y este enojo lo está manifestando conciente o inconcientemente con algunos comentarios o acciones que hace a su pareja y/o el puesto.

Se exploró cómo podría Alma disminuir esta frustración y su consecuente enojo; al respecto refirió, que le gustaría sentirse tranquila y contenta; para ello por el momento podría ser más tolerante al estar en el puesto; después, el próximo semestre le gustaría concluir sus materias, hacer su servicio social y buscarse otro trabajo para independizarse de Arturo, ya que le ayudaría no estar tanto tiempo con él para verlo con gusto; tratar de comunicarse mejor con su familia y su pareja; en general quisiera hacer muchas otras cosas y no continuar en el puesto y con el mismo tipo de relación con las personas significativas en su vida.

La paciente reflexionó que en reiteradas ocasiones cuando quiere hacer algo diferente, se empieza a autosabotear y se “escuda” trabajando en el puesto, en lo que le dice su pareja, en el miedo y en sentirse egoísta al querer hacer sólo sus cosas. Se exploró si esta actitud esta presente sólo en ella o también en Arturo, y Alma reflexionó que ambos culpan al otro de no cumplir sus metas, cuando en realidad cada uno “se mete el pie solo”.

Alma refirió que al lograr dejar de sabotearse y al estar satisfechos cada uno con su vida, tendrían mucho que ofrecerle a la relación. Y para lograrlo la paciente quiere estar firme en sus decisiones y creer que realmente puede cumplir sus planes.

La paciente refirió que lo que le brinda mucha satisfacción en este momento es su escuela y quiere empezar por aferrarse a ella porque este es un lugar que le brinda tranquilidad y satisfacción porque es su espacio; además siente que ya esta al nivel de sus compañeros, ante esto se le reforzó que al parecer ya empieza a reconocerse sus logros.

Mensaje del equipo:

Alicia: “Me quede pensando en que Alma dice que quiere hacer las cosas diferente y también hizo cosas diferente, y en un inicio cuando platico toda esta discusión que tuvo con Arturo yo estaba pensando cuando ella dice me calme, tuve la oportunidad de pensar en que no iba a reaccionar más efusivamente, con enojo y tuvo la posibilidad de poner pues un límite al decir pues puedes estar con tu primo pero pues no vas a estar en mi recamara, y esto me parece muy importante porque pareciera ser que ha ocasiones en que ella cree que no puede hacer algunas cosas.

También me parece importante porque ella se ha llegado a cuestionar si ella está mal o si está haciendo las cosas mal, y entonces un poco lo que me preguntaba es si está mal decir que algo no te gusta, o cuando alguien te invade está mal decirlo; y ahorita ella ya hizo una diferencia, y ahorita ella esta trabajando en el “como”, porque dice ya me calme y luego fui y le dije sabes que Arturo no me pareció esto y eso; pero no quiere decir que no lo diga o que se quede callada y pues a lo mejor ahí hay una diferencia no, entre no decir nada y me aguanto y entre no me gusta algo y lo expreso; y a lo mejor otra cosa es como decirlo y a lo mejor Alma esta en escuchar esta voz que dice no me gusta y la otra es ver cómo lo hago”.

Aurora Alvarado: “Pues fíjate que cuando escucho a Alma me acuerdo de lo que a mi me pasaba como en una época porque mis papas también son comerciantes y cuando estaba en la licenciatura yo tenía un puesto y mi novio de esa época también, bueno trabajábamos los dos juntos en el puesto y entonces yo también me hice esas preguntas, hay aquí voy a estar como todo el tiempo, y yo decía bueno es el trabajo de mis papas, finalmente ellos se han dedicado toda la vida a eso y pues algo que de ahí crecí y me educaron y todo eso, y tenia como cierto aprecio por eso.

Hubo un tiempo en que decía pues si se vender y se atender a los clientes y hasta me inventaba teorías psicológicas del cliente como para entrenarme no, y yo trataba como de aplicar así la psicología ahí en el puesto no, y cuando termine decía yo como voy a pedir trabajo si no tengo experiencia y lo que sirvió mucho fue como irme metiendo así en el servicio social, a practicas y pues al principio yo quería trabajar de psicóloga y valorar lo que me sirvió del puesto; y pues esta un tiempo no implica que nos quedemos ahí toda la vida”.

Marla: “Y bueno yo al escuchar todo esto estaba recordando un frase “las palabras convencen pero la acción arrasa”, entonces me estaba preguntando cómo se ve Alma arrasando por ejemplo para el próximo año, en el sentido de esto que comenta del servicio social, en donde se ve haciéndolo o cuáles son las opciones que tiene”.

Para finalizar la sesión, la paciente mencionó que a partir de lo que escucho se dio cuenta que visualizarse en el puesto para toda la vida es desagradable, y pues se da cuenta que no ha valorado el puesto, porque de ahí sale para que ella cubra sus estudios y sus cosas; tal vez ha peleado tanto con Arturo por el puesto que no se ha dado la oportunidad de valorarlo; y si se lo plantea porque justo el tema de su tesis será sobre comercio ambulante, para darse respuesta a lo que ella ha vivido. Y estar en el puesto le ha permitido darse cuenta de que es una buena comerciante, entonces ahorita aunque le cuesta mucho trabajo se reconoce esta otra habilidad.

Además, aprovechando el fin de año, quiere plantearse algunas metas para el próximo, estas son: hacer su servicio social, tener otro trabajo y tener mayor comunicación con Arturo.

Tarea: Que la paciente haga una carta donde describa ampliamente cuales son sus metas para el próximo año.

Sesión: 10

Fecha de sesión: 18 de enero de 2008

Objetivos:

- Enfatizar los logros en cuanto al control de enojo y la toma decisiones que ha podido realizar la paciente y confrontarla respecto a cuáles reconocer y cómo lo ha hecho.
- Indagar cómo, cuándo y para qué aparecen “los fantasmas del miedo” que le dicen a la paciente que no puede hacer las cosas y la sabotean.
- Explorar los planes y proyectos que la paciente tiene para el próximo año en cuanto a cuestiones personales y familiares.
- Elaborar un plan para que la paciente alcance sus objetivos planteados.

Desarrollo:

Nota: la paciente faltó a la cita sin cancelación previa.

Sesión: 11

Fecha de sesión: 25 de enero de 2008

Objetivos:

- Enfatizar los logros en cuanto al control de enojo y la toma de decisiones que ha podido realizar la paciente y confrontarla respecto a cuáles reconocer y cómo lo ha hecho.
- Indagar cómo, cuándo y para qué aparecen “los fantasmas del miedo” que le dicen a la paciente que no puede hacer las cosas y la sabotean.
- Explorar los planes y proyectos que la paciente tiene para el próximo año en cuanto a cuestiones personales y familiares.
- Elaborar un plan para que la paciente alcance sus objetivos planteados.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que se la había pasado muy bien en las vacaciones, que había estado más tranquila y habían disminuido las discusiones con su pareja; sin embargo, tuvieron un pleito en el festejo de año nuevo, porque se fueron a la casa de sus papas, no les dio tiempo de comprar algo para la cena y culpó a su esposo por ello; desde que llegaron a la reunión ella notó a Arturo incomodo porque se alejó de ella y se puso a tomar con sus cuñados y empezó a reclamarle tanto a la familia como a Alma cosas que le molestan de ellos, la paciente trató de tranquilizarse y se fue a platicar con sus sobrinos, pero ella se enojó porque él continuaba “metiéndose en cosas familiares” que tenían que ver con la organización en la casa.

Ante esta situación la paciente se mantuvo al margen porque estaba muy enojada tanto porque Arturo había iniciado la discusión como por lo que le estaban respondiendo sus hermanos; tomó esta decisión porque sabía que si participaba en la discusión, esta sería interminable y sus papas se preocuparían.

La paciente reflexionó que lo que realmente le molestó de esta situación fue que Arturo abordara un tema familiar, cuando ella siempre les ha dicho a sus cuñadas que no se metan en las cuestiones familiares, ya que esos asuntos sólo los deben resolver los hermanos.

Al día siguiente habló con su pareja del asunto, este se disculpó y le dijo que ya no se iba a meter en los problemas familiares; sin embargo, Alma estaba aún muy enojada porque Arturo le había prometido que ya no volvería a tomar y no lo estaba cumpliendo.

La paciente reflexionó que a pesar de las dificultades que ha tenido con su pareja, ella ha logrado controlar su enojo, ya que no la demostró de forma explosiva como antes, sino que ahora toma sus tiempos fuera, para posteriormente hablar y aclarar las cosas con las personas implicadas cuando esta más tranquila.

Se enfatizó que ha habido muchos cambios en ella desde la última sesión (que fue hace mes y medio), ya que ha logrado controlar el enojo y hablar con las personas implicadas, además de que tiene mayor claridad en que quiere para ella y su relación de pareja.

Ante estas dificultades a la paciente se le hace difícil seguir confiando en Arturo y en sus promesas, ya que siente que nunca va a cambiar; esto le hace imposible hablar con él y solucionar la problemática, por lo que estuvieron algunos días sin hablarse aprovechando el pretexto de él se fue al pueblo de sus abuelos.

Alma refirió que a partir de este viaje empezó a ver cambios en Arturo porque ya se inscribió a su curso de inglés y le dijo que iría con su psicóloga; sin embargo, le resulta difícil creer en sus cambios y sabe que esta ahí por que lo quiere, pero le da mucho coraje estar con una persona que la culpa de lo que él no hace, y que dice que va a dejar de tomar, de fumar y va a concluir su carrera y no lo hace.

Se enfatizó que cuando queremos a alguien, esa persona tiene cosas que nos gustan y cosas que nos desagradan, pero decidimos estar con esta persona y convivimos con todo. Sin embargo, esta persona nos puede hacer feliz y cumplir nuestras expectativas, pero puede ser que en otro momento ya no lo haga.

Ante lo mencionado, Alma reflexionó que en este momento ya no está satisfecha con la relación, porque él promete que va a cambiar muchas cosas y a hacer otras, pero simplemente no lo cumple; además, refirió que ha pensado en qué pasaría si se separan por un tiempo, pero cree que cuando regresen sería lo mismo, así que es mejor que se queden juntos y traten de resolver las dificultades; sin embargo, se siente frustrada porque mientras ella está esforzándose por mejorar como persona al terminar su universidad y controlar su carácter, para así mejorar su relación de pareja, Arturo no está haciendo nada.

Se enfatizó que en una pareja no es suficiente con que sólo uno se esfuerce por mejorar la relación, ya que “si dos no quieren uno no puede”, entonces el esfuerzo debe venir de ambos para que las cosas funcionen.

Se mencionó que es muy doloroso llegar a la conclusión de que nuestra pareja no nos satisface a pesar de que la queremos mucho, y eso significa que nos faltan cosas y sería importante pensar cuáles cosas son. Además, se enfatizó que la pareja sólo cubre una parte de nuestra vida, ya que las otras se cubren con nuestra realización personal, con la familia, con los amigos y demás.

Alma reflexionó que las cosas que le faltan en la relación, es tener una pareja que no tome, que no fume, y que se sienta satisfecho con su vida, ya que sólo así podrá compartir esa felicidad con ella; le gustaría verlo contento y que le transmitiera esa sensación.

Se exploró qué necesita Arturo para sentirse contento cuando al parecer esta frustrado por tener 34 años, y no haber terminado la preparatoria, por no tener un proyecto propio de trabajo, y por tener una pareja como ella que es tan exitosa porque tiene su proyecto personal, además puede ser que esta frustración la está sacando con la adicción, y pues valdría la pena resolverlas.

Alma reflexionó que siente que no lo apoya porque en realidad no confía en que pueda hacer sus proyectos personales porque no es firme ni constante; sin embargo, considera que es un buen ser humano, aunque ahorita está pensando más el enojo que le genera y sus defectos.

Se enfatizó que al parecer existe desconfianza y descalificaciones constantes entre ambos, y se utilizó una metáfora diciendo que parece que van “en una bicicleta de parejas” y en lugar de pedalear para adelante, lo hacen uno para adelante y otro para atrás y viceversa; y entonces el esfuerzo que están haciendo en lugar de acercarlos a la meta los aleja y les genera mucha frustración a ambos.

Alma refirió que podría empezar haciendo las cosas diferentes, al preguntarle como le va en sus clases de inglés, ya que así lo podría apoyar en lugar de descalificarlo.

Mensaje del equipo: no hubo equipo porque no estaban presentes.

Tarea: Que la paciente traiga la carta que se le dejó que escribiera en vacaciones donde describiría sus metas para este año, y que hoy olvidó.

Sesión: 12

Fecha de sesión: 15 de febrero de 2008

Objetivos:

- Explorar si Alma se siente satisfecha con Arturo, y si no es así que necesitaría para estarlo.
- Indagar si la paciente desea continuar en la relación o prefiere terminarla.
- Explorar cómo se siente la paciente en otras áreas de su vida distintas a su relación de pareja.

- Enfatizar los logros en cuanto al control de enojo y la toma de decisiones que ha podido realizar la paciente y confrontarla respecto a cuáles reconocer y cómo lo ha hecho.
- Revisar la carta que escribió la paciente, enfatizando las metas que se ha fijado para realizar en este año.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que ha estado viendo cambios en Arturo ya que se inscribió a su clase de inglés y presentó los últimos exámenes para concluir la preparatoria; Alma lo ve contento y ella se siente igual porque está cumpliendo; además, tiene más tiempo para hacer sus cosas y se reencuentran con mayor agrado.

Se exploró cómo le ha estado haciendo Alma para comprometerse y hacer cosas, ante esto mencionó que ya no se está escudando en el trabajo del puesto, sino que se ha propuesto avanzar un poco diario en las lecturas y los trabajos de la escuela; además de haber iniciado su curso de inglés.

La paciente se siente menos enojada de estar en el puesto, porque se ha enfocado en las ventajas de estar ahí; esto ha sido percibido por sus suegros, quienes le reconocen que ya no se enoja con la misma frecuencia.

Se exploró cómo se siente de que haya gente que perciba sus cambios, ante esto dijo que se siente bien porque ya puede controlar su enojo y sentirse tranquila, a partir de darse un tiempo fuera y solucionar las dificultades cuando se calma, mientras que antes reaccionaba violentamente gritando sin control alguno.

La paciente reflexionó que se siente satisfecha con sus cambios en cuanto al control de enojo porque está más tranquila, y ya no le gustaba sentirse molesta y desgastada todo el tiempo y con todas las personas.

Se exploró si Alma podía transpolar esta forma de controlar su enojo con Arturo a otros ámbitos, al respecto, reflexionó que podría hacerlo y le sería muy útil emplearlo en la relación con su familia extensa, con su familia política, con sus clientes y con sus amigos.

La paciente reflexionó que con su enojo estaba lastimando a terceros, ya que cuando se enojaba con sus hermanos y cuñadas, no le hablaba a sus sobrinos, o cuando se molesta con Arturo, también lo hacía con sus suegros; ahora al controlar su enojo se ha percatado de que lastima a personas que la quieren y son amables con ella, esto la hace sentir triste.

Se exploró cómo si esta tristeza la podría utilizar para que ya no siga afectando a terceros, al respecto mencionó que ya no quiere caer en lo mismo, porque dice que se ha percatado de que ella solita se está “jodiendo”, ya que

se dio cuenta de que tiene muchas cosas buenas a su alrededor y se complica la vida utilizando su mal carácter como “escudo” para que no digan que Alma es débil, cuando realmente ella no se siente así; pero tuvo que aparentar esa fuerza para defenderse de su familia, para que al verla fuerte no la pudieran lastimaran más; y de la misma forma se comporta con Arturo como alguien a quien no pueden pisotear, es un “juego” entre el más fuerte y el más débil, donde siempre tiene que estar a la defensiva; sin embargo, no le ha servido de nada, sino que al contrario la ha distanciado de las personas significativas para ella y la ha desgastado.

Se exploró si quiere hacer algo diferente, y al respecto refirió que quiere hacer cosas que la hagan sentir bien con ella misma, ya no quiere hacerse la “mártir”, sino que quiere disfrutar todas las cosas que haga, como estar en el puesto, estudiar, relacionarse con Arturo y con su familia.

Alma refirió que tiene una amiga de su misma edad que le reconoce todas las cosas que ha hecho, y a través de esta ella misma ha dejado de minimizar sus logros en cuanto a tener una familia, a estar estudiando y a atender su negocio. Ante esto reflexiona que ha luchado por lo que ha querido y esto la alienta a ver que no está tan mal, y a reconocerse lo que siempre se ha estado minimizando y nunca se ha reconocido.

Se exploró cómo se siente con este reconocimiento y validación que le hizo su amiga, y refirió que se sintió bien, contenta, importante y le gusto porque no la está “choreando” porque es una persona importante en su vida, y esto le ayudó para empezar a reconocerse ella misma estas cosas.

A partir de lo anterior, Alma reflexionó que ella no le reconoce ni le valida muchas cosas a su pareja, como que siempre la ha apoyado para que siga su carrera, además le da su tiempo para que haga sus cosas mientras él se hace cargo del puesto, la ha hecho ver sus errores en cuanto a su familia extensa (la relación con sus papas, sobrinos y sus hermanos), la paciente siente que tendría muchas cosas que reconocerle, y cree que esto les falta a ambos.

Alma reflexionó que el reconocimiento en este momento es muy importante para ella, aunque es difícil que lo reciba porque es su familia extensa nunca ha existido; sin embargo, con el trabajo terapéutico se ha podido ir reconociendo las “cosas buenas” que tiene como persona, esto la ha llevado a percibirse de otra forma, ya que antes tenía tanto coraje con ella misma que se minimizaba y se repetía constantemente que era un tonta y no hacía nada bien.

Ahora ha podido reconocerse que es una mujer aferrada y por eso sigue en su escuela; con su familia extensa está en una postura diferente, ya que se comunican sin pelear, y esto lo percibe en el reconocimiento que le hacen sus sobrinas al alegrarse de verla y tener una relación más cercana que con sus otras tías.

Se enfatizó que parece que sigue en los mismos lugares: en el puesto, con su pareja y con su familia, pero su actitud ha cambiado; ante esto, reflexionó que siente nostalgia porque cree que teniendo a tanta gente para

quien es importantes, perdió el tiempo “fregándose la vida”, mientras que hay muchas personas que le están dando su lugar, la están reconociendo y la hacen sentir importante como sus amigas, Arturo, sus suegros y sus sobrinas.

Alma reflexionó que con todo esto ha podido pasar de los autoreclamos al autoreconocimiento, y a darse cuenta de que el reconocimiento siempre ha estado en las otras personas pero como no estaba en ella, no podía recibirlo porque sentía que sólo “le daban el avión”. Ante esto, se enfatizó que hasta que no me creo a mí, no les puedo creer a los demás lo que dicen de mí.

Mensaje del equipo:

No hubo equipo reflexivo por cuestiones de tiempo sólo le enviaron los siguientes mensajes:

1.- “Están muy contentos de verte con tantos cambios, y se dan cuenta de que esto ha ocurrido porque has podido escuchar tú voz, superando las otras voces y el miedo que el daba al escucharla por los reclamos y descalificaciones constante que su propia voz le hacia, y ahora parece que ha decidió escuchar su propia voz dejando de tenerle miedo, y pues enfrentarla ha llevado a que Alma pueda reconocerse y validarse muchas cosas; parece que habría que enfrentarse a ella para poder aceptar lo que los demás le reconocer y lo que ella misma”.

2.- “La parte de la nostalgia al equipo le llamo mucho la atención, y consideran que puede “natural” porque Alma ha dejado de ser esa mujer peleonera, enojona, que reaccionaba a la primera y lastimaba a terceros.

Entonces esta nueva Alma se quiere despedir de la antigua, para convertirse en una Alma que empieza a hacer distinciones y no lastima a tercero, esta Alma que puede tranquilizarse, calmarse y después resolver los problemas y esta nueva Alma que ha empezado a verse todas las cosas buenas que tiene en su vida, esta nueva Alma que se da cuenta es muy aferrada y por eso ha podido continuar con su carrera, que se da cuenta que Arturo la apoya y la acompañar.

Y esta nueva mujer que ha podido darse cuenta que es muy importante en la vida de muchas personas que la quieren, entonces esta nueva Alma que se despide de esta antigua Alma siente nostalgia por despedirse de alguien que la acompañado por más de 20 años, y pues claro que da nostalgia despedirnos de alguien que nos ayudo a sobrevivir porque duarte todo este tiempo la única forma de subsistir era defendiéndose con este enojo constantemente”.

“Y el equipo cree que esta nueva Alma ha renacido como esas flores a los que los jardineros cuidan y abonan la tierra, la riegan, siembran la semilla y cuando es el tiempo justo surgen; entonces Alma durante todo este tiempo se había sembrando y abonando hasta resurgir en lo que es hoy, una mujer que ya no

necesita seguir enojándose de forma explosiva, ni tirando cosas porque esta en otro momento”.

Para finalizar la sesión, la paciente refirió que aunque no es fácil construirse un camino nuevo, su objetivo es quererse más y aprender a resolver los conflictos que vayan surgiendo sin transgredir al otro, porque es doloroso reconocer que ha sido muy hiriente con mucha gente. Quiere demostrarse que puede ser diferente a su familia, siento tolerante, respetuosa y escuchar a las personas sin ser hirientes como ellos siempre fue con ella.

Además, disfrutar su vida, lo que le gusta, sentirse contenta, a gusto y más plena; porque no ha podido hacerlo porque siempre había estado planeando su contraataque cuando no siempre había sido atacada. Ahora quiere ser diferente para ella.

Tarea: Que la paciente traiga la carta que se le dejó que escribiera en vacaciones donde describiría sus metas para este año, y que hoy olvido.

Sesión: 13

Fecha de sesión: 29 de febrero de 2008

Desarrollo:

Nota: la paciente faltó a la cita con cancelación previa.

Sesión: 14

Fecha de sesión: 14 de marzo de 2008

Objetivos:

- Indagar qué cosas y cómo le gustaría reconocer a su pareja.
- Explorar si Alma se siente satisfecha con Arturo, y si no es así que necesitaría para estarlo.
- Indagar si la paciente desea continuar en la relación o prefiere terminarla.
- Revisar la carta que escribió la paciente, enfatizando las metas que se ha fijado para realizar en este año.
- Explorar qué cosas quiere hacer esta nueva Alma para seguir sintiéndose contenta y satisfecha con ella misma.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que pedía una disculpa porque había llegado tarde a la sesión y porque había faltado a la anterior, esto debido a que se le olvidó.

Alma relató que se enfermó su hermana (piedras en el riñón) y la acompañó al hospital, y se enojó porque no la atendieron adecuadamente; ante esta situación se percató de que “comete el mismo error de siempre”: tratar de solucionarles las dificultades a sus familiares cuando estos no quieren recibir apoyo.

Ante esta situación, se enfatizó que la paciente tiene ideas distintas a sus familiares, ya que ella considera que deberían de acudir a hospitales públicos y exigir un buen servicio en lugar de atenderse en hospitales privados y gastar un dinero que no tienen.

La paciente relató que se enojó mucho con su hermana porque en lugar de exigir que le dieran una buena atención adecuada, estaba como “una niña” esperando a que los demás le resolvieran sus dificultades; ante esto se enfatizó que esa misma imagen de “la niña indefensa y pasiva”, la había proyectado Alma mucho tiempo atrás. Alma reflexionó que tal vez se proyectaba en su hermana y por eso le molestaba que fuera así.

Alma mencionó que se siente muy bien porque ya ha podido superar su pasividad, ya que ahora hace sus cosas y ya no se queda esperando la respuesta de otras personas para moverse, sino que ahora ella hace sus cosas, sin reprocharse por los resultados. Por ejemplo, reprobó su curso de inglés y no se recriminó, sino que analizó que le faltó tiempo y organización para las clases.

La paciente mencionó que se sentía contenta por compartir algo con Arturo, ya que como ambos van al inglés, estudian y practican juntos. Sin embargo, refirió que ha “tenido sus bajones”, ante esto se enfatizó que esto es “normal” pero lo importante es que está utilizando las habilidades desarrolladas para sobreponerse.

Alma refirió que aunque en ocasiones tiene dificultades con Arturo, “ya no se arrebató tanto”, piensa las cosas, se calma y habla con mayor tranquilidad con su pareja. En cuanto al puesto, ha pensado que si va a estar ahí lo va a hacer de la mejor forma, entonces en lugar de frustrarse y enojarse porque no hay ventas, ha empezado a buscar clientes en la oficina de su hermana, en su escuela y con sus amigos; es decir, está buscando otras alternativas para ir previendo que les prohíban vender en la zona donde actualmente lo hacen.

Se exploró cómo se siente la paciente al no depender de Arturo, porque no está esperando que él resuelva las dificultades familiares; ante esto refirió que se siente contenta porque conforme ha empezado a hacer cosas por ella misma ha adquirido seguridad para vender; además, se dio cuenta de que está explotando un recurso familiar que es vender.

Se indagó cómo estos cambios han repercutido en la pareja, ante esto refirió que cree que Arturo se siente contento y con menos preocupaciones porque han podido tener dinero para cubrir los gastos básicos. Además, a ella le ha permitido ser más independiente y tener mayor tiempo para hacer sus trabajos escolares.

La paciente leyó las cartas que había escrito como propósitos para este año; en la primera (escrita en diciembre) describe el motivo por el cual asistió a terapia, mencionando que asiste para aceptarse y superar sus miedos e inseguridades, porque estos no le ha permitido afrontar sus problemas; además, de aprender a comunicarse de forma eficiente tanto con su familia extensa como con Arturo.

En la segunda carta (escrita en febrero) menciona que ha empezado a aceptarse sin reproches, ha empezado a quererse y a rescatarse de toda la ira, el enojo y la tristeza que había en su vida. Además, ya no deja que “las viseras la controlen” sino que la razón está ganando terreno en las emociones. Esto lo ha logrado al tomarse “tiempos fuera” y hablar sobre lo sucedido con la persona implicada. Finalmente, refiere que sabe lo que quiere y a donde quiere ir, sólo le falta ser constante y firme en lo que quiere obtener.

Se exploraron las diferencias y similitudes que la paciente percibe en ambas cartas, al respecto refirió que percibe muchos cambios de una a la otra; ya que antes el enojo no le permitía observar, sino que todo el tiempo se estaba recriminando, se minimizaba, no se quería, se odiaba y ahora tiene una visión más consciente de que hace bien o mal, y al mismo tiempo se percibe como otra persona, con la que se siente más a gusto, ya es más placentero estar con ella sola y hacer sus cosas.

Y respecto a Arturo ya se da más tiempo para tranquilizarse y luego hablar con él para resolver los problemas. Lo anterior, lo integró diciendo que ahora se percibe más tolerante; sin embargo, hay cosas de ella y Arturo que no le gustan pero pues “ya no se arrebató” ante esto, y pues se seguirá platicando sobre eso.

Alma reflexionó que está siendo violenta y agresiva con su pareja ya que lo ofende porque consume alcohol, mientras que tiene un amigo que también lo hace y a él se lo consecuenta; esto le gustaría modificarlo al hablándole a su pareja de la misma forma que lo hace con su amigo; es decir, no siendo agresiva, no reclamándole; sino escuchándolo. Además, reflexionó que no siente tanto coraje cuando su pareja se va a tomar con su amigo, como cuando lo hace con su primo, aún y cuando sea la misma conducta.

Mensaje del equipo:

Ana: “Me quede muy sorprendida al escuchar estas diferencias entre las dos cartas y pensaba como a veces tenemos cosas que no sabemos que están ahí

y como a veces tenemos como recursos ahí y por algo no podemos verlos. Ella decía en otras sesiones que ya escucha su voz en lugar de las otras voces, y hoy gusto dejó muchas cosas importantes en cuanto a que se está permitiendo escucharse a sí misma y sacar esos recursos que tenía ahí y no los había visto. Y ahora me preguntaba si a Alma le sería útil preguntarse qué le haría falta de aquí en adelante”.

Aurora Alvarado: “A mí me da mucho gusto escuchar a Alma, de que hablaba del puesto y de que ha vivido de diferente forma estar ahí e incluso de que ha tomado esta iniciativa de si no hay ventas salir llevar los productos a otros lugares, a mí me hizo que me acordaba de cuando tenía un puesto y se me hizo muy grato escuchar como lo que ella ha hecho es parecido a cosas que yo hice y la entiendo perfectamente porque es una gran angustia y un aburrimiento fatal; y entonces me dedicaba a observar a las personas y eso tiene que ver a lo que hoy hago; y no sé si a ella le sirva observar a la gente y verlo como parte de su carrera. Además, ella podría practicar la negociación con sus clientes y esto luego le puede servir para sus prácticas escolares”.

Aurora Villegas: “A mí me llamó mucho cuando leyó las cartas porque hasta su voz se escuchaba diferente de una a la otra, y en un ejercicio de imaginación es muy padre este momento porque es como estarte viendo a ti misma en dos momentos, y en esos momentos del uno al otro ya cruzaste un umbral y ya eres otra, entonces me preguntaba bueno y haber dado este paso y ser otra mujer que ha podido mirar porque estaba tan enojada y poder afrontar las cosas de diferente manera, a poco eso implica que ya no te vas a enojar en el futuro o que vas a tener que ver al vida de rosa, a mí más bien se me ocurre que salió de una película de blanco y negro o una de colores donde no va a ser exactamente rosa, sino de mucho colores y matices.

Y ella ahora conociéndose más le va a hacer frente de diferentes manera y también los va a poder saborear los diferentes colores y creo que ella ahora puede pensar y puede experimentar sobre todo con toda la riqueza que reconoce de sí misma, así me quede pensando que Alma da el paso de una película en blanco y negro a una de colores, donde se va más sonriente y su rostro se ve con mucha luz”.

Para finalizar la sesión, la paciente refirió que le llamo la atención cosas que las tres terapeutas mencionaron, en cuanto a la primera considera que le faltaría “cerrar círculos”; es decir, concluir su escuela para poder hacer otros planes. En cuanto a la segunda considera que en su trabajo del puesto ha estado poniendo en práctica su quehacer antropológico, y por ello su tesis será sobre comercio ambulante; a partir de esto no ve al puesto de forma tan trágica sino que lo ve como una herramienta para su titulación.

Además, refirió que aunque tiene sus “bajones” está más contenta y confiada con ella misma, porque está disfrutando lo que está haciendo en el puesto, en su escuela y con su pareja. Siente que antes vivía todo como en una película de terror, y ahora sabe que hay dificultades pero ya puede disfrutar más las cosas, ya no se queda sentada esperando a que le resuelvan las cosas y ya ha dejado de tratar de solucionar los problemas de su familia.

Finalmente, reflexionó que estos cambios que ha tenido, sus amigas las han percibido porque la ven contenta, tranquila y mejor. Y pues su familia extensa no ha notado cambios, pero ella no cree que esto ocurra ya que están siempre focalizados en sus propias vidas, por ello se conforma con establecer una relación de respeto con ellos.

Tarea: Que la paciente continúe reflexionando sobre las dificultades que tienen en la pareja como consecuencia del consumo de alcohol de Arturo.

Sesión: 15

Fecha de sesión: 4 de abril de 2008

Desarrollo:

Nota: la paciente faltó a la cita con cancelación previa.

Sesión: 16

Fecha de sesión: 18 de abril de 2008

Objetivos:

- Explorar en qué otros momentos Alma ha actuado superando su pasividad.
- Indagar qué otras cosas le gustaría hacer para continuar independizándose de Arturo.
- Explorar cuáles son esos círculos que necesita cerrar la paciente y cómo puede hacerlo.
- Enfatizar qué otros cambios percibe la paciente que ha tenido
- Continuar indagando el impacto de la adicción de Arturo en la relación de pareja

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual manifestó que ha estado más o menos, ya que han tenido muchas presiones económicas y Arturo su estrés lo está canalizando a aumentar la cantidad y frecuencia en que consume alcohol.

Esta situación está molestando a Alma, porque se está gastando el poco dinero que tienen en comprar cerveza para él y para sus amigos.

Se exploró qué es lo que le ocasiona más coraje a la paciente respecto al consumo de Arturo, al respecto mencionó que la actitud que este toma, ya que cuando está ebrio es muy agresivo con ella, no la respeta y le reclama cosas que no hace sin estar ebrio.

Alma refiere que a pesar de que ella lo conoció con niveles altos de adicción y lo acepto así, ahora ya no está de acuerdo con su consumo porque ella ha dejado de beber alcohol y se ha salido de esos ambientes; además, este ha vuelto a consumir marihuana y tabaco, aunado al alcohol.

Se exploraron las estrategias de control de enojo de la paciente respecto a tomarse un tiempo fuera y luego retomar el tema; al respecto mencionó que no ha podido implementarlo porque cuando se enoja, se toma un tiempo fuera pero no puede regresar y hablarlo con Arturo, porque él la evade y le dice que ya va a empezar con sus cosas y se va. Ó se queda pero la ignora y se pone a hacer otras cosas.

Esta situación enoja mucho a Alma y la hace sentir triste por la agresión. Además, ya no cree en él, en cuanto a que vaya a hacer cambios en su persona ni en su pareja.

Se exploró la posibilidad de que la paciente hable con Arturo sobre cómo se siente, al respecto esta mencionó que está dando por hecho de que esto no se podría porque va a haber negación, desaire y enojo de su parte, y ante esto en ella se va a incrementar el enojo, por eso por el momento no le gustaría hablar con él a menos de que cambie su forma de dirigirse a ella.

La paciente reflexionó que se siente triste porque ambos puede hablar y escuchar a otras personas, pero no lo pueden hacer entre ellos; Alma refirió que para que esto ocurra tienen que recuperar la confianza entre ellos al hacer cosas diferentes.

Alma reflexionó que ha apoyado a Arturo en lo que ha podido, ya que lo acompañó a su terapia de adicciones y lo animó para que continuara asistiendo; sin embargo, él no le ha reconocido ese apoyo, ni quiso continuar el tratamiento; la paciente considera que ella ya no puede ayudarlo más, ya que la decisión de dejar las adicciones es sólo de Arturo.

La paciente reflexionó que se siente cansada con esta situación y no tiene ni ganas ni fuerzas como para hablar con él, exponerle como se siente y afrontar la reacción de él, pero tampoco se quiere hacer “tonta” como si no pasara nada, simplemente considera que este no es el mejor momento para resolverlo, aunque esto no significa que se vaya a pasar toda la vida así.

Alma se siente triste y se cuestiona si quiere continuar con la relación, al respecto menciona que lo quiere y por eso está con él; pero le duele ver que no es tan agradable estar en esta situación, ya que él no reacciona, no habla de lo que siente a menos de que este ebrio, y ella queda como la única interesada

en la relación, como la mamá “mala” que le dice que está bien o mal y él se revela, toma y asume una actitud de “niño regañado”; pero con esta actitud de él sólo se empeora la situación de la pareja.

La paciente refirió que Arturo es una persona “muy depresiva”, y aumenta su adicción en los momentos en que se siente estresado, presionado y/o triste; y como ambos se sienten así en este momento, ninguno de los dos puede contener al otro, por eso ella busca apoyo en sus amigos y él como no tiene una red de apoyo, trata de sentirse mejor con las drogas.

Mensaje del equipo:

Ana: “Escuchando a Alma me di cuenta que dijo algo que ya ha vivido en otras ocasiones en cuanto a que Arturo quiere hacer cosas pero no lo hace, y yo me preguntaba qué diferencias hay entre esa queja y ese malestar que tiene Alma esta vez y a las anteriores, yo no sé si se parezca, si sea igual o ahora sea más decisivo, yo no sé si sea parte de que en la relación han tenido varias etapas o de verdad está sea una parte en la que Alma ya se esté cuestionando si Arturo le da lo que ella espera como pareja y como compañera”.

Marla: “A mí un amigo me contó de un libro que se llama el segundo renacer, y habla de que las personas tenemos dos nacimientos, el fisiológico y el otro cuando tenemos un cambio dentro de nosotros mismos y estamos así teniendo un renacimiento. Y me acuerdo en la última sesión que vimos a Alma estaba como en ese renacer y ahorita me estaba preguntando si la tristeza y el estar cuestionándose las cosas, el darse este tiempo, y el estar por tomar decisiones importantes para su relación y su vida, tengas que ver con este renacer”.

Mauricio: “me parece muy interesante lo que acabas de decir porque renacer no es sencillo, y creo que se puede renacer varias veces en el vida a partir de las experiencias que vas teniendo; y saber que estas renaciendo puede causar mucha alegría como la veíamos en la sesión anterior; pero también puede darnos tristeza o desesperación por las cosas que dejamos. Y siguiendo con esto recordaba como a veces hablamos de las parejas con en mito de la media naranja, nos han dicho que estamos incompletos y en realidad podemos ser personas incompletas pero nos vamos perfeccionando hasta completarnos cada uno, y esas dos naranjas harían mucho más que dos mitades.

Pero qué pasa cuando una de las partes no quiere crecer, o no puede crecer o no es su momento de crecer, y la otra ya creció, qué le queda a la naranja que ya se completo, puede esperar a la otra o no, la decisión es suya, porque tal vez la otra nunca se va a completar porque ya decidió ser una media naranja y está en todo su derecho en quedarse como quiera; y la decisión de la naranja completa sería quiero esperarlo a ver si en algún momento se completa, quiero irme, quiero quedarme a pesar de la situación; a lo mejor lo quiere mucho y no sé si el amor sea suficiente para permanecer en ese lugar o

se puede quedar pero sin que su vida gire alrededor de querer completar al otro”.

“Además, me cuestionaba quién tiene que decidir sobre mi vida, tengo que esperar a que el otro tome una decisión y en función de eso decir, tal vez el otro ya decidió aunque no lo diga explícitamente, hay que pensarlo”

Aurora Villegas: “yo quiero compartirle a Alma este cuento... que se llama el centauro. Había una vez un centauro, que, como todos los centauros, era mitad hombre y mitad caballo. Una tarde, mientras paseaba por el prado sintió hambre.

¿Qué comeré? –pensó. ¿Una hamburguesa o un fardo de alfalfa, un fardo de alfalfa o una hamburguesa?

...Y como no pudo decidirse, se quedó sin comer.

Llegó la noche y el centauro quiso dormir.

-¿Dónde dormiré? –pensó. ¿En el establo o en un hotel, en un hotel o en el establo?

...Y como no pudo decidirse, se quedó sin dormir.

Claro, sin comer y sin dormir el centauro se enfermó.

-¿A quién llamar? –pensó. ¿A un médico o a un veterinario, a un veterinario o a un médico?

...Enfermo y sin poder decidir a quién llamar, el centauro se murió.

La gente del pueblo se acercó al cadáver y sintió pena.

-Hay que enterrarlo –dijeron. Pero ¿dónde?, ¿en el cementerio del pueblo o a campo traviesa, a campo traviesa o en el cementerio del pueblo?

...Y como no pudieron decidirse, llamaron a la autora del libro que, ya que no podía decidir por ellos, revivió al centauro.

Y colorín, colorado, este cuento nunca se supo que haya terminado (Bucay, 2006).

Para finalizar la sesión, la paciente refirió que sabe que siempre ha tenido dificultades para tomar decisiones, y que las diferencias que se perciben entre la sesión pasada y esta es porque se siente muy cansada físicamente por tantas actividades que está realizando tanto en la escuela como en el trabajo; pero a pesar de ello sigue firme en su decisión de seguir haciendo cosas para ella.

Además, se siente cansada y desgastada emocionalmente por su relación con Arturo, y prefiere estar con otras personas para recuperarse y entonces tomar una decisión respecto a su relación con este. Por lo tanto, es

este momento se quiere dedicar a separar sus dificultades con Arturo de las demás áreas de vida.

La paciente reflexionó que en la relación con su pareja ya han perdido muchas cosas: el contacto físico, la comunicación, el interés por el otro; por lo que, ya todo es cansancio y enfado. Menciona que considera que es un hombre muy valioso pero lo invade el miedo y no expresa lo que siente hacia ella.

Se enfatizó que Alma tiene muchas áreas en su vida, y es importante que se percate de que en la escuela, con su familia extensa, con sus amigos y con sus planes personales está sintiéndose contenta; y tener dificultades con Arturo no significa que todo se derrumbe, sino que hay una áreas de su vida con complicaciones, mientras que puede obtener contención y energía de las otras áreas para afrontar esta última.

Tarea: Que la paciente reflexioné si esta evadiendo el problema con su pareja o está preparándose para tomar un decisión al respecto.

Sesión: 17

Fecha de sesión: 2 de mayo de 2008

Desarrollo:

Nota: la paciente faltó a la cita sin cancelación previa.

Sesión: 18

Fecha de sesión: 16 de mayo de 2008

Objetivos:

Desarrollo:

Nota: la paciente faltó a la cita con cancelación previa.

Sesión: 19

Fecha de sesión: 30 de mayo de 2008

Objetivos:

- Continuar explorando si la paciente desea seguir en la relación o prefiere separarse.
- Explorar las ventajas y desventajas tanto de continuar como de terminar la relación entre Alma y Arturo.

- Continuar connotando positivamente los cambios presentados en la paciente.
- Enfatizar las cosas positivas que Alma tiene en las otras áreas de su vida, distintas a su relación de pareja.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual pidió disculpas porque se le olvidó que tenía la sesión pasada; además, mencionó que se ha sentido presionada por el fin del semestre y se ha estado enojando con Arturo porque no ve que haga ningún cambio y porque perdieron la inversión que hicieron en la mercancía de China.

Respecto a esto Alma ha estado enojada porque Arturo no le ha reclamado a la señora con quien hizo el trato de esta mercancía; ante esta situación ambos están estresados, preocupados y muy desgastados.

Se confrontó a la paciente respecto a qué está haciendo para resolver esta situación, al respecto dijo que no puede reclamarle a la señora porque ella no hizo el trato; con el poco dinero que tenían le dio otro giro al negocio y empezaron a vender ropa, con esto se le enfatizó que está tomando la iniciativa para hacer cosas.

Aunado a lo antes mencionado, Alma refirió que su esposo sigue consumiendo alcohol; los pleitos se han enfatizado por lo que ella se siente triste y le dijo a Arturo que tal vez lo mejor sería que se separaran. Después de una discusión él se fue a la casa de sus papas por una semana y la paciente se sintió tranquila, descansada y se puso a hacer cosas para ella.

Sin embargo, posteriormente regresó a la casa después de que le pidió perdón por las ofensas, por tomar y por no hacer nada; Alma reflexionó que se sintió mal por ser tan hiriente con él al descalificarlo, al dañarlo con sus palabras para vengarse de que él la hace sentir mal y por no sentir pena cuando él mostraba arrepentimiento.

Se enfatizó si podría ser “normal” que se sienta enojada porque hay muchos problemas y ella está tratando de solucionarlos mientras su pareja no hace nada. Al respecto, reflexionó que sí, y que tal vez por eso el enojo últimamente se está volviendo a presentar.

Alma refirió que cuando Arturo la buscó parecía diferente porque estaba muy arreglado y se mostró muy amable; como cumplían 5 años de casados le llevo un ramo de flores, le dijo que ya había ido con su psicóloga y que ya iba a ser todo diferente, pero aunque lo aceptó ella no le cree.

La paciente refirió que tal vez todo sería más sencillo si se separaran, porque aunque sabe que no sería todo “color de rosa”, tampoco cree que sea imposible que viva sola; ante esto, se le connotó positivamente que en el momento que ella lo decida puede ser autónoma.

Alma reflexionó que en ocasiones asume una relación maternal con su pareja, ya que lo está cuidando de que no regrese a sus adicciones, pero este rol no le gusta. Además, siente que regresó con él pero está muy enojada, y esto lo manifiesta con pequeñas dosis de agresión.

La paciente refirió que su problema ya no es el puesto, ya que ahí se siente a gusto, sino que ahora sus dificultades están con Arturo porque no le cree y siente que las cosas van para donde mismo, por lo que ya se predispuso a que la relación no va a funcionar; y mientras que todo se termina “se están metiendo el pie el uno al otro”.

Se exploró si ahora que regresaron hubo acuerdos distintos, al respecto mencionó que ella le había puesto las siguientes reglas: tiene que tratar sus adicciones, que la dejara tomar más decisiones y no la limitara en cuanto al puesto, se negoció el tiempo que cada uno dedicaría al puesto en función de que el resto del tiempo ambos lo aprovecharan para estudiar algo y que ya no se iban a descalificar.

Ante lo mencionado, se connotó positivamente a la paciente diciéndole que era un enorme logro que hayan podido hablar y hacer acuerdos distintos para la relación, ya que esto puede ser un paso importante para que las cosas sean distintas.

Mensaje del equipo:

Alicia: “Con lo que he estado escuchando hoy se me ocurre que tal vez Alma esta en un momento de experimentar cosas diferentes, porque habla de que cuando estuvo sola se sintió bien, y pues ahora que ya regreso Arturo pues están haciendo acuerdos para una relación diferente, y pues es un proceso que Alma está viviendo, está experimentando una relación diferente que le puede ayudar a llegar a lo que ella quiere”.

Ana: “Yo escuchando a Alma me recordó una relación que yo tenía donde había cosas que me gustaban de ese hombre y otras que no, y yo decía bueno este hombre seguro va a cambiar y pasó el tiempo y vi que no, y como me sentía incomoda terminamos la relación; pero en ese tiempo yo me sentía culpable porque él decía que iba a cambiar y yo decía que tal si de verdad cambia, y pues me quede un tiempo y las cosas siguieron igual, porque si era detallista y lindo en algunas cosas, pero finalmente nos separamos porque no compartíamos planes y proyectos”.

Mauricio: “Yo al escucharla me acorde de una historia de un hombre que va con un chaman y le pregunta qué es la vida, y le dice que la vida es como un gran camino que no te lleva a ningún lado, porque simplemente sigues andando y sigues andando, entonces si no va a ningún lado lo importante es que lo disfrutes, entonces si tu de repente vas por la vida te encuentras con otros caminos que de pronto se abren frente a ti, entonces puedes ir por varios

caminos, pero tú debes de tomar la decisión de por cual irte, y a veces nos vamos por el camino que creemos que es el correcto pero más adelante nos damos cuenta de que había otros, entonces lo más importantes es seguir el camino del corazón, y ese es el que nos lleva a nuestra felicidad, ese es el camino correcto”.

Para finalizar la sesión la paciente reflexionó que necesitan curar las herida que se han hecho a partir de la relación, ya que regresaron y se están dando otra oportunidad, pero están muy lastimados y el enojo lo está utilizando para defenderse, para no volverse a ilusionar y que las cosas no funcionen y volver a sufrir y sentirse decepcionada, pero le gustaría hablar con Arturo de todo esto.

Tarea: No se le dejo tarea a la paciente.

Sesión: 20

Fecha de sesión: 13 de junio de 2008

Objetivos:

- Explorar el rol maternal que la paciente está asumiendo, destacando que ella no está obligada a dirigir la vida de su pareja, ya que sólo este debe hacerlo.
- Continuar connotando positivamente los cambios presentados en la paciente.
- Indagar qué tanto se han cumplido los acuerdos que estableció la pareja y diseñar estrategias para que esto se logre.
- Explorar el enojo que tiene la paciente, que le impide confiar y disfrutar los cambios de su pareja.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual mencionó que se sentía cansada porque acaba de terminar el semestre y le fue muy bien con sus materias. Aunado a esto agregó que ya sólo le faltan cursas 3 materias para terminar los créditos de su carrera, para posteriormente hacer su servicio social.

Se exploró cómo se siente de estar tan cerca de la meta, al respecto mencionó que está contenta aunque le está costando mucho trabajo porque los maestros le exigen mayor calidad en los trabajos; además, necesita dedicarle más tiempo a realizar su anteproyecto.

Se indagó qué necesitaría hacer para dedicarle más tiempo a las actividades escolares, al respecto reflexionó que ella sola “se metía el pie”, ya que en lugar de ponerse a hacer las cosas de la escuela se distrae en el puesto y cuando los plazos se cumplen se siente frustrada y se enoja.

La paciente refirió que actualmente cuando algo no le sale bien o no lo hace al 100% ya no se siente mal, porque esto ocurre porque invirtió ese

tiempo haciendo otras cosas como atendiendo el puesto o yendo a su clase de inglés, siendo que antes se quedaba inmóvil.

Alma refirió que en estos momentos se siente muy cansada físicamente porque está estresada por las pocas ventas del puesto y por el cierre del semestre. Ante esto se enfatizó que tal vez está más cansada porque está en un lugar pensando y reclamándose que debería de estar en otro, al respecto mencionó que se siente dividida porque está en el puesto pero quisiera estar en su casa avanzando sus trabajos escolares.

La paciente reflexionó que ya ha estado organizándose con Arturo para hacer cosas fuera del puesto, ya que acordaron que se van a rolar los horarios una semana cada uno en atender el negocio mientras que el otro estudia inglés o avanza en sus actividades de la universidad.

Se confrontó a la paciente respecto a que hacía varios meses ella no creía que su pareja pudiera empezar y terminar sus clases de inglés, siendo que ya está a punto de concluir las; ante esto la paciente está contenta y siente que él está haciendo cosas para avanzar a nivel personal; además, esto se refleja en la pareja porque como él está contento se han “limado asperezas” entre ellos.

Sin embargo, Alma tiene el miedo latente de que él vuelva a consumir; en este sentido mencionó que Arturo ya tiene un mes sin drogas y él se lo dijo esperando que lo reforzara, pero al no decirle nada él lo asumió como que no le importó; ante esto, Alma reflexionó que constantemente asume esta postura de agredirlo con el silencio porque no cree que sus cambios sean reales y duraderos; aún así ha decidido darle un “voto de confianza”.

Se le confrontó a la paciente sobre qué tan importante será para las personas que cuando quieren hacer un cambio, y muestran avances, que las otras personas se lo reconozcan; al respecto, refirió que considera que es importante tanto para ella como para Arturo; sin embargo, se le dificulta expresarle lo que siente porque tiene coraje y miedo a que si se muestra cariñosa Arturo se confíe y las cosas vuelvan a ser como antes.

Se utilizó una metáfora en donde se mencionó que en estos momentos pareciera que Alma tiene una “armadura” que por un lado la proteger del dolor y la desilusión, pero no le permite expresarle a Arturo lo que siente; al respecto la paciente mencionó que justamente así están ocurriendo las cosas y que la única forma de soltar esa armadura es a partir de los cambios que vaya percibiendo en su pareja.

Se enfatizó que esta situación no está ni bien, ni mal; simplemente está en una etapa de su vida probando cosas, ya probó que se siente vivir con una pareja y estar peleando constantemente, también que se siente estar separada y ahora tener nuevos acuerdos con esa pareja; y la idea es que a partir de probar pueda tomar la decisión que ella quiera.

La paciente reflexionó que en realidad está haciendo una evaluación de su relación con Arturo y que aunque se escuche feo, “lo tiene a prueba”, ya que

se está cuestionando si realmente quiere seguir con él o preferiría que se separaran definitivamente.

Mensaje del equipo:

Aurora Alvarado: “Ahorita escuchaba a Alma como que está muy centrada en el puesto justo cuando está por terminar los créditos de la escuela, y entonces yo me preguntaba si es porque ya se acaba algo o se cubre algo, y uno se queda viendo y ahora que sigue, y ahora para donde voy, que más sigue o que va a pasar; y pensaba si ahorita ella está pensando que otras opciones tiene y si esta del puesto es la que conoce más y se siente más segura, y me pregunta si es la opción que realmente quiere o hay otras más”

Claudia: “Yo estaba pensando que es difícil de repente tener un plan o un proyecto que te emociona tanto, pero después llegas a otra situación donde haces algo más, y yo me preguntaba donde está esa emoción que sentía Alma en su proyecto y decía hay voy a hacerlo, y parece que hoy desapareció esa emoción o ¿dónde quedó?. Y lo otro es que decía Alma que le cuesta trabajo creerle a Arturo que va a seguir sin consumir y yo me preguntaba cómo tiene que reaccionar una persona cuando ya hay antecedentes de otras recaídas, cuando existe todo un historial que le dice vete con cuidado, y yo me pregunté si esa es la cautela que le permite cuidare y protegerse emocionalmente de la desilusión”.

Nora: “Yo estaba atrás oyendo y me amargo como una especie de frustración, de esa veces que uno quiere hacer cosas y no puede, de que vas nadando contra la corriente, y me embargo una pesadez; y a diferencia de lo que decías de donde quedó el entusiasmo yo veo que cuando Alma empieza a hablar de con quien contactarse para hacer su proyecto yo oigo como un tono de voz diferente y creo que ahí ella tiene como un tono de vida y de entusiasmo; pero la otra parte, cuando se habla de ir “cuesta arriba” como que no la deja agarrar entusiasmo y creo que es un momento muy complicado porque se siente como atrapado por la corriente y cómo le hace para salir.

Entonces yo me preguntaba si aparte de no entusiasmarse Alma con cosas que Arturo hace y no sabe si van a ser permanentes o no, me pregunto si habría una forma de cuidarse y defender ese proyecto tan padre sin meterse otra vez en las cuestiones que le reducen el entusiasmo. A mí lo que me ha ayudado cuando me siento que voy cuesta arriba es hacer ejercicio porque esto me permite que entren otras ideas a mi cabeza, pero seguro ella sabe cómo irse cuidando y cuidar ese proyecto que la hace que se entusiasme tanto”.

Alma reflexionó que ya no se esconde en el puesto, pero considera que en este momento no tiene otra opción que quedarse en el puesto para rescatarlo de la crisis, y cuando esto suceda ella retomara sus actividades escolares; es decir, iniciara el servicio social, la tesis y las materias. Finalmente, agregó que respecto a Arturo seguirá meditando si quiere darle un voto de confianza respecto a que dejara el consumo de drogas, pero este no es el mejor momento para que tome una decisión porque se siente cansada físicamente.

Para finalizar la sesión se le informó a la paciente que esta sería la última sesión en que el equipo estaría presente ya que estos se irían de vacaciones.

Tarea: Que la paciente reflexione sobre las cosas que le hayan llamado la atención de lo que mencionó el equipo para comentarlo la próxima sesión.

Sesión: 21

Fecha de sesión: 20 de junio de 2008

Objetivos:

- Continuar explorando la metáfora de la armadura, enfatizando las ganancias y las pérdidas de eso.
- Continuar connotando positivamente los cambios presentados en la paciente.
- Explorar si a la paciente le gustaría aumentar la confianza en su pareja y cómo podría lograrlo.
- Indagar el enojo de Alma hacia Arturo por su adicción y cómo lo está manifestando en forma de pequeñas agresiones.

Desarrollo:

Se inicia la sesión saludando a la paciente, la cual mencionó que se sentía cansada porque han tenido mucho trabajo en el puesto porque se enfermó su suegro y entonces ellos atienden los dos puestos, además necesitan mayor cuidado porque les han estado robando cosas

Ante esta panorámica, ha tendido que estar todo el turno en el negocio y esto ha limitado que pueda avanzar sus actividades escolares, lo que le provoca enojo y frustración porque siente que de nuevo el puesto la está absorbiendo.

Aunado a lo anterior, la paciente y su pareja se sienten desesperados porque el negocio no rinde, ya que las ventas están bajando los ingresos no les alcanzan para cubrir sus gastos básicos; por lo que Alma ha pensado buscar otro trabajo para tener una entrada de dinero extra.

Sin embargo, reflexiona que sabe que no encontraría un trabajo con un horario tan flexible como este; además, Arturo quiere reanudar su escuela y esto sólo lo haría si ella atiende en esos tiempos el negocio.

La paciente enfatizó que al parecer ahora la mejor opción es seguir en el puesto, porque de lo contrario descuidaría su escuela y no tendría tiempo para hacer su servicio social; por lo que ha pensado en implementar otras estrategias como mudarse a un departamento más económico.

Aunado a las dificultades económicas, Alma refirió que Arturo se siente triste y decepcionado porque ya aceptó que la mercancía que había encargado

de China se perdió, y aunque cuando empezaron no tenían nada y lograron establecer su negocio: sin embargo, la paciente piensa que el puesto no retribuye y tienen la esperanza de que la situación económica va a mejorar y podrán levantar el puesto, sólo necesitan un tiempo para asimilar las cosas, superar la tristeza, la decepción y la frustración, para después organizarse y hacer nuevos planes para recuperar sus ahorros.

Se enfatizó que al parecer la situación económica del país es tan grave que no sólo se trata de su puesto, sino de pocas ventas a nivel global, y ante el hecho de hacer muchas cosas para mejorar el negocio y que esto no ocurra, les está generando frustración y enojo; por lo que hay que tener cuidado de no rematar con el otro.

La paciente reflexionó que ante esta panorámica se ha estado sintiendo enojada por hacer lo que tiene y no lo que quiere hacer, ya que le gustaría avanzar en su proyecto de tesis en lugar de estar rescatando el negocio; además, siente que a partir de esta situación están mucho tiempo juntos y ella extraña tener un espacio para estar sola, disfrutando sus cosas.

Se exploró si la paciente ha hablado de esta necesidad de espacio con su esposo, al respecto Alma reflexionó que no le ha dicho nada y cree que sería sencillo y sin complicaciones hablarlo con él, para que cada uno haga algunas actividades solo.

Se connotó positivamente que la paciente este con la disposición de hablar con su pareja, y se agregó que sería importante que en lugar de ceder o imponerse, sería de gran utilidad que empezaran a negociar para que ambos estén de acuerdo. Ante esto, Alma refirió que les cuesta mucho trabajo negociar, ya que la mayoría de las veces se impone uno o el otro.

Ante esto se mencionó que existe un manejo de poder en la pareja, y aunque en los miembros esta presenta la fantasía de tener siempre la razón, es más saludable negociarlo, porque cuando se impone el otro se enoja y la pareja puede tener un pleito, como ocurría cuando ella no le decía a Arturo sus opiniones y se enojaba, ante esto, Alma refirió que le gustaría empezar a negociar más con su pareja.

Se felicitó a la paciente a nombre del terapeuta y del equipo por tener una actitud introspectiva al estar pendiente de cómo se está sintiendo últimamente, y con esto se ha podido percatar de que se está imponiendo con Arturo, de que le gustaría hacer cosas sola; y que con esta actitud ha podido identificar las situaciones que le gustaría cambiar para mejorar su relación con ella misma y con su pareja.

Para finalizar la sesión se le mencionó a la paciente que se le vería hasta regresando de vacaciones en agosto.

Mensaje del equipo:

No hubo mensaje del equipo porque no estaban presentes

Tarea: Que la paciente haga alguna actividad de las que disfruta hacer sola.

Sesión: 22

Fecha de sesión: 5 de agosto de 2008

Desarrollo:

La paciente no asistió a la sesión, ni cancelo la misma. Sin embargo, cuando se le llamó para informarnos de la situación, Alma mencionó que se le había olvidado la cita a pesar de haber sido confirmada algunos días antes.

Sesión: 23

Fecha de sesión: 15 de agosto de 2008

Objetivos:

- Indagar cómo podrían recuperar el puesto utilizando las estrategias que usaron cuando iniciaron con el negocio.
- Continuar connotando positivamente los cambios presentados en la paciente.
- Indagar si la paciente ha podido negociar con Arturo que cada uno tenga tiempo para hacer sus cosas solo.
- Explorar dentro del estilo de relación de la pareja qué tanta disposición tendrían para negociar en lugar de ceder y/o imponerse.
- Explorar cómo ha estado la relación de la pareja durante las vacaciones.

Desarrollo:

La paciente no asistió a la sesión, ni cancelo la misma. Sin embargo, cuando se le llamó para informarnos de la situación, Alma mencionó que se le había olvidado nuevamente la cita a pesar de haber sido confirmada algunos días antes.

Se exploró cómo había estado la situación de la paciente y esta refirió que ya había empezado a realizar su servicio social, continuaba con sus clases, seguía en el puesto, y estaba contenta porque continuaba controlando su enojo.

Aunado a lo anterior, menciono que ya no era necesario continuar con su terapia, ya que aunque Arturo continuaba con sus adicciones, la situación era más tolerable para ella y no consideraba que este fuera el momento adecuado para tomar una decisión diferente a continuar con él; por ello, necesitaba tomarse un tiempo para pensar las cosas y cuando quisiera algo distinto buscaría apoyo si considerara que fuera necesario.

Con este seguimiento telefónico se concluyó el proceso terapéutico de la paciente.

3.1.2.2.- Análisis teórico-metodológico de la intervención clínica con la paciente

INTERVENCIONES:

Las líneas de intervención que se diseñaron para el proceso terapéutico, se realizaron basándonos en los siguientes modelos teóricos: Estructural, Terapia Breve, Narrativa y Equipo Reflexivo con el objetivo de modificar la relación que la paciente tenía con ella misma y con los demás, específicamente con su pareja y su familia extensa.

METAS TERAPEUTICAS

A continuación se describen las metas que se plantearon tanto a nivel familiar como individual

A nivel ***individual*** desarrollar habilidades para:

- Modificar su actitud hacia la vida, al disfrutarla.

- Tomar decisiones.
- Controlar su enojo.

- Adquirir seguridad.

- Modificar sus pensamientos catastróficos.

- Superar sus miedos.

- Establecer relaciones de amistad.

- Superar su culpa por no haber terminado aún la universidad.

A nivel de ***pareja*** desarrollar habilidades para:

- Disminuir la violencia física (ella le tira cosas, él la jalonea) y emocional de ambos (descalificaciones e insultos).

- Superar la dependencia emocional y económica hacia su pareja.

- Lograr acuerdos sobre como convivir con los amigos de ambos.

- Superar las desigualdades en la pareja (ella falta al trabajo, el no, ella estudia, el no, el está atado al puesto, ella se desata)

- Tomar una decisión respecto a cómo afrontar las adicciones de su pareja.

A nivel de **familia extensa** desarrollar habilidades para:

- Superar los reclamos hacia sus padres y hermanos respecto a como la trataron cuando era niña.
- Aprender a convivir con su familia a pesar de la agresión (verbal e indiferencia, descalificaciones por sus decisiones en escuela, trabajo y matrimonio) que existe entre ellos.
- Superar las agresiones sexuales (tocamiento) que recibió de su hermano mayor.
- Aceptar el tipo de relación que sus padres tienen con sus hermanos y cuñadas, dejando de defenderlos.
- Hablar asertivamente con su familia extensa, en lugar de enojarse y lastimar a terceros.

TÉCNICAS

Las técnicas que se utilizaron desde el **modelo Estructural** son las siguientes:

1.- Cuestionamiento del problema: cuestionar la posición de la familia respecto a que hay un paciente identificado con independencia del contexto (Minuchin y Fishman, 1994).

Se utilizó esta técnica para explorar el problema que motivo a la paciente a solicitar atención psicológica; mencionó que es dependiente de su pareja; lo cual, le genera enojo y frustración. Ante esto reacciona con violencia, y él le responde de la misma forma.

2.- Construcciones: son elaboradas por la familia en un proceso de organización y explicación de los hechos; sin embargo, dispone de otras alternativas de interacción diferentes, más flexible y pluralista en donde no se hace necesario el síntoma para funcionar (Minuchin y Fishman, 1994).

Esta técnica se utilizó para cuestionar las “verdades” de la paciente; ya que Alma sufría porque considera que con su familia es el lugar en donde debía sentirse cómoda, segura y consentida; sin embargo, se sentía enojada y triste. Con esta técnica logró aceptar que lo anterior no siempre ocurre en todas las familias.

Además, se cuestionó las justificaciones que la paciente hacía de sus interacciones respecto al problema; se enfatizó que el negocio representa ventajas al tener disponibilidad de horario para poder estudiar y por eso continúa ahí.

También, se enfatizó que cada quien tiene que hacerse responsable de sus propias decisiones, y no tiene que hacerlo por Arturo aunque sea por el amor que siente por él.

3.- Lados fuertes: permitió cuestionar la manera en que el sistema legitima su estructura. De esta forma los miembros de la familia ven nuevas alternativas; cada familia posee en su propia cultura elementos que se pueden convertir en instrumentos que permitan actualizar y ampliar el repertorio de conductas de sus miembros, mediante la utilización de ciertos recursos y logros propios de la familia (Minuchin y Fishman, 1994).

Se utilizó esta técnica para destacar las herramientas que la paciente tenía para afrontar sus dificultades personales y familiares, como la perseverancia, la tenacidad, la introspección, sus habilidades para vender y sus amigos.

4.- Cuestionamiento de la estructura familiar: consiste en enfatizar las posiciones que los miembros de la familia ocupan dentro de los diferentes holones familiares y la interacción que realizan con los otros miembros a partir de su posición (Minuchin y Fishman, 1994).

Esta técnica se utilizó para identificar las “verdades familiares” que se le introyectaron a la paciente en su familia de origen: 1) las mujeres divorciadas son unas fracasadas, 2) tanto hermanos como cuñadas tienen mayor jerarquía que ella y 3) ella fue y es invisible para su familia.

También, se enfatizaron los elementos que Alma ha transpolado de su relación familiar a su relación de pareja: 1) descarga el coraje que le tiene a su familia con Arturo y 2) descalifica a su pareja como a ella la han descalificado en su familia.

Las técnicas que se utilizaron desde el modelo de Terapia Breve son las siguientes:

1.- Establecer la solución intentada por el cliente: consiste en conocer los esfuerzos que se llevan a cabo actualmente para enfrentar la dolencia; Es decir, entender el impulso básico de los diversos esfuerzos realizados (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Se identificaron las formas que la paciente ha utilizado para resolver los conflictos que tiene con su pareja y familia extensa; ante esto, mencionó que se enoja, “se lo guarda” y lo saca, inconscientemente, con algunos comentarios descalificadores que les hace a los implicados; ya que cuando trata de hablar con ellos se enoja, grita y se empeoran las cosas.

2.- Reencuadre: consiste en modificar la visión que el paciente tiene sobre su situación problemática, por otra diferente (Fisch, Weakland y Segal, 1984).

Se modificó la visión que la paciente tenía respecto al miedo constante que siente a hacer diferentes cosas; mencionándole que esto es “normal” ya que siempre vivió acostumbrada a hacer las cosas como su familia le indicaba y ahora con su matrimonio, su escuela, su trabajo y su forma de pensar a significado romper con lo aprendido en la familia.

Se enfatizó cómo a partir de superar una situación tan difícil y dolorosa como el legado, ella y su esposo pudieron rescatar cosas positivas, que les va a ayudar a crecer a nivel personal (terminar la universidad, el inglés y ser más independiente) y de pareja (resolver los conflictos que tienen y mejorar la situación del negocio).

3.- Reestructuración: consiste en un cambio exitoso de marco de referencia o del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependientemente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor o su sufrimiento (Watzlawick y Nardone, 2000).

Se utilizó esta técnica para enfatizar que las cosas diferentes que hizo Alma para quedarse sola en el negocio mientras Arturo se fue a China, son acciones de una mujer independiente.

4.- La pregunta del milagro: se utiliza para estimular a la familia a imaginar del modo más concreto posible cuáles serían las diferencias. Se le menciona lo siguiente a la paciente: “supongamos que una noche se produce un milagro y mientras usted duerme el problema que lo ha traído a terapia queda resuelto, ¿cómo lo sabría usted?, ¿qué sería distinto?, ¿qué vería usted de diferente a la mañana siguiente, como signo de que se produjo un milagro?, ¿qué notaría su cónyuge, hijos, hermanos, padres, etc.? (De Shazer, 1986).

Esta técnica se utilizó para que Alma imaginara cómo sería su vida si trabajara fuera del puesto; de esta forma, vislumbró que se sentiría independiente y realizada; además, disminuirían los pleitos entre ellos porque no se sentirá frustrada y enojada por estar en el lugar donde no quiere.

5.- Metáforas: son historias que se utilizan para ejemplificar alguna situación relacionada con el síntoma que se está abordando con el paciente (Nardone y Portelli, 2006).

Esta técnica se utilizó en varias ocasiones y con distintos objetivos:

1) “Caer del sartén a la lumbre”, se utilizó para enfatizar cómo Alma salió de una familia tradicional, por no soportar las imposiciones familiares, para ahora tener una relación similar con Arturo.

2) “La olla express”, se usó para ejemplificar como después de guardar mucho enojo por las cosas que no le gustan de la relación, por decisiones con las que no está de acuerdo y no lo dice, utiliza la válvula de la olla para sacar un poco

de vapor representado en el enojo pasivo, pero cuando la presión es tanta estalla.

3) “La persona y la sombra”, se utilizó para confrontar a la paciente respecto a como en su dependencia hacia Arturo se ha convertido en su sombra, por lo que necesita que él se mueva para que ella haga algo.

4) “La bicicleta de parejas”, se usó para ejemplificar como en lugar de pedalear ambos para adelante, lo hacen en dirección contraria y con ese esfuerzo en lugar de acercarse a la meta, se alejan mientras aumenta su frustración.

5) “La niña desamparada”, permitió ejemplificar cómo ella está esperando que los demás (Arturo, sus padres, sus amigos, su terapeuta) le resuelvan las dificultades.

6) “Niño regañado”, se utilizó para resaltar la actitud que Arturo asume cuando ella quiere hablar con él para resolver las implicaciones que su adicción tiene en la pareja.

7) “La armadura”, se usó para ejemplificar cómo Alma se está protegiendo del dolor y la desilusión ante una recaída de su pareja en las adicciones; sin embargo, ésta a la vez que la protege, no le permite disfrutar la relación.

6) Connotación positiva: esta técnica pone a todos los miembros de la familia en el mismo plano, evitando trazar arbitrariamente demarcaciones moralistas y subjetivas entre buenos y malos o sanos y enfermos. La connotación positiva aprueba la tendencia homeostática de la familia con el fin implícito de tranquilizarla respecto a las intenciones conservadoras de los terapeutas, además de estimular paradójicamente su capacidad de cambio (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988).

Se reforzaron los siguientes cambios: empezar el proceso terapéutico, no dejar la escuela a pesar de las dificultades, por tener facilidad para percatarse de lo que está sucediendo a su alrededor y por querer hacer cosas diferentes respecto a su relación de pareja y de familia.

Las técnicas que se utilizaron desde la **Narrativa** son las siguientes:

1.- Búsqueda de acontecimientos extraordinarios: sólo es necesario identificar uno para iniciar el proceso de construcción y se pueden detectar a través de la revisión histórica de la influencia de las personas sobre el problema en acontecimientos relacionados con la terapia o en posibles acontecimientos futuros (Epston y White, 1993).

Se enfatizaron los momentos en la historia de Alma en que había dejado de depender de Arturo, al realizar acciones de independencia como quedarse sola con el negocio, tomar decisiones individuales o de pareja, ampliar a otros mercados su negocio y querer tener otro trabajo.

2.- Decostrucción: se trata de insertar ciertas prácticas terapéuticas, buscando objetivar los problemas, externalizar las vivencias a través de un

“contralenguaje” e identificar logros aislados que se utilizarán para construir historias alternativas (Epston y White, 1993).

Esta técnica se realizó mediante la elaboración de cartas por la paciente, para destacar los cambios que percibía del año pasado al actual; a partir de esto, logró percibir avances en cuanto a que ahora se acepta, se quiere y se respeta.

3.- Externalización: es una forma de abordaje terapéutico que se enfoca a cosificar y a personificar los problemas que oprimen a la gente (Epston y White, 1993).

Esta técnica se utilizó para que Alma rotulara y visualizara “fuera de ella”, el miedo, la inseguridad y la frustración que la atrapan y no le permite tomar decisiones y hacer cambios. Al respecto, mencionó que eran pensamientos de “no puedo” que la invaden y la paralizan.

4.- Preguntas del panorama de la acción: son cuestionamientos que pueden referirse al pasado, al presente y al futuro para dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal; además, alientan a las personas a identificar la historia de los logros aislados, localizándolos dentro de secuencias particulares de sucesos que se desenvuelven en el tiempo (Epston y White, 1993).

Se enfatizó qué a hecho Alma para ser más independiente de su pareja, al respecto mencionó que se ha propuesto enfocarse en sus labores escolares. Además, al irse reconociendo logros a podido aumentar la seguridad en ella misma.

5.- Preguntas del panorama de la conciencia: son cuestionamientos sobre las vivencias de la experiencia; invitan a la articulación de alternativas, deseos, cualidades personales y de relación, estados intencionales y creencias (Epston y White, 1993).

Se confrontó a la paciente respecto a si no puede conseguir otro trabajo porque es insegura y tiene miedo a lo desconocido; o porque teme perder la comodidad que su actual trabajo le brinda.

6.- Preguntas sobre la experiencia de la experiencia: estas facilitan el proceso de recreación de vidas y relaciones; incitando a las personas a reflexionar directamente sobre sus vidas. Además, estas preguntas ayudan a las personas a dar una visión de lo que creen o imaginan que otras personas pueden pensar de ellas (Epston y White, 1993).

Se exploró cómo se siente la paciente de que haya personas que perciban sus cambios; es decir, de que su amiga y Arturo le reconocen sus logros en cuanto a tener una familia, a estar estudiando y a atender su negocio. Además, ha logrado controlar sus impulsos.

Las intervenciones que se realizaron desde el **modelo de Equipo Reflexivo** son las siguientes:

A continuación se analizarán las reflexiones del equipo en las diferentes sesiones donde participaron y el impacto que éstas tuvieron en el diálogo de la paciente.

Sesión 3

Mensaje del equipo: mencionaron que la rebeldía es útil cuando ayuda a moverse de lugar; para ello, se necesitan objetivos claros y no sólo pelear por pelear; además, en Alma ésta le ha ayudado a enfrentar el miedo y a cambiar las cosas que no le gustan en su relación familiar y de pareja

Diálogo posterior de la paciente: mencionó que salió de un lugar problemático para irse a otro, en lugar de buscar un lugar donde no esté en ese combate entre Arturo y Alma. Reconoció que a veces es rebelde sin causa, solo ella tiene su malestar y le gustaría que los demás se sintieran mal y por eso pelea con ellos.

Sesión 5

Mensaje del equipo: refirieron que se preguntaban qué pasaría si Alma le dice a Arturo qué es lo que piensa, necesita y la enoja; además, qué la detiene para no hacerlo. También, se enfatizó que la paciente se hizo responsable del negocio cuando Arturo se fue a China, lo que vislumbra actitudes de independencia. Aunado a lo anterior, se diferenció entre dependencia, independencia, codependencia e interdependencia; enfatizando que ésta última es la óptima, ya que están haciendo un equipo desde las habilidades que cada uno tiene. Se concluyó con la siguiente frase: “una persona es independiente cuando sabe diferenciar entre cuando pedir ayuda y cuando resolver las cosas por ella misma”.

Diálogo posterior de la paciente: mencionó que se está fijando mucho en que va a decir su familia y Arturo, y deja de escucharse a ella misma. Agregó que le causa conflicto escuchar al equipo porque la ponen a pensar cosas que son acertadas pero le cuesta trabajo procesarlas para comprenderse a ella misma y la relación que tiene con Arturo.

Además, refirió que se sentía alagada de que le dijeran que era independiente, pero no se lo cree, no se siente contenta con el resultado porque quería demostrarle a Arturo que podía con todo, como decirle “mira pude con todo y no estoy como para que me minimices, ni que me digas como hacer las cosas porque yo puede hacerlo”. Ante esto, necesita desarrollar confianza de que puede hacer las cosas y de que no necesita de Arturo para tomar decisiones y expresar sus necesidades.

Sesión 8

Mensaje del equipo: mencionaron que en ocasiones es difícil escuchar la propia voz, porque ésta es pequeña y está cubierta por otras voces que hemos

adoptado, pero en esta ocasión logró reencontrarse con ella misma al escuchar su voz y tomar la mejor decisión para ella en cuanto al aborto, y con esto demuestra que puede tomar decisiones. También, se enfatizó el avance que han tenido como pareja al tomar decisiones conjuntas. Además, refirieron que tal vez la situación de la pareja requiere de mayor cercanía, pero eso no tiene porque sentirse como “malo”.

Diálogo posterior de la paciente: señaló que coincidía en lo que había mencionado la primera terapeuta respecto a que en este momento la situación requería mayor cercanía en la pareja, pero pues aunque le gusta, le cuesta trabajo hacerlo porque es algo que se había perdido y pues de repente ahora se está dando; y tal vez se podría recuperar porque es algo que necesitan los dos.

Sesión 9

Mensaje del equipo: refirieron que Alma seguía escuchando su voz y había podido expresarla al marcarle límites a Arturo respecto sus adicciones y sus amigos. Además, se enfatizó que “las palabras convencen pero la acción arrasa”, por lo que se cuestionaron cómo se ve la paciente arrasando para el próximo año al concluir su universidad. Además, se preguntaron si estar en el puesto podría tener alguna ventaja.

Diálogo posterior de la paciente: mencionó que a partir de lo que escucho se dio cuenta que visualizarse en el puesto para toda la vida es desagradable, y pues se percató que no ha valorado el puesto, porque de ahí sale para que ella cubra sus estudios y sus cosas; tal vez ha peleado tanto con Arturo por el puesto que no se ha dado la oportunidad de valorarlo; y si se lo plantea porque justo el tema de su tesis será sobre comercio ambulante, para darse respuesta a lo que ella ha vivido. Y estar en el puesto le ha permitido darse cuenta de que es una buena comerciante, entonces ahora aunque le cuesta mucho trabajo se reconoce esta otra habilidad.

Sesión 12

Mensaje del equipo: mencionaron que están muy contentos de observar los siguientes cambios: 1) ha podido escuchar su voz, 2) ha dejado de ser una mujer peleonera, enojona, que reaccionaba a la primera y lastimaba a terceros para tranquilizarse, calmarse y después resolver los problemas, 3) ha empezado a ver todas las cosas buenas que tiene en su vida, 4) se da cuenta que es muy aferrada y por eso ha podido continuar con su carrera, 5) se percató de que Arturo la apoya y la acompaña, y 6) y el equipo cree que esta nueva Alma ha renacido como esas flores a las que los jardineros cuidan y abonan la tierra, la riegan, siembran la semilla y cuando es el tiempo justo surgen.

Diálogo posterior de la paciente: refirió que aunque no es fácil construirse un camino nuevo, su objetivo es querer más y aprender a resolver los conflictos que vayan surgiendo sin transgredir al otro, porque es doloroso reconocer que ha sido muy hiriente con mucha gente. Quiere demostrarse que puede ser

diferente a su familia, siendo tolerante, respetuosa y escuchar a las personas sin ser hiriente como ellos siempre fueron con ella.

Sesión 14

Mensaje del equipo: refirieron que Alma al escucharse a sí misma ha sacado esos recursos que tenía y no los había visto, como ser buena vendedora y llevar los productos a otros lugares. Además, mencionaron que era una mujer que había podido mirar, porque estaba tan enojada que no podía afrontar las cosas de diferente manera; sin embargo, eso no implica que ya no se vaya enojando en el futuro o que va a tener que ver la vida color de rosa, sino que ahora su vida será de muchos colores y matices.

Diálogo posterior de la paciente: refirió que le llamaron la atención cosas que las tres terapeutas mencionaron, considera que le faltaría “cerrar círculos”; es decir, concluir su escuela para poder hacer otros planes. Además, en su trabajo del puesto ha estado poniendo en práctica su quehacer antropológico, y por ello su tesis será sobre comercio ambulante; a partir de esto no ve al puesto de forma tan trágica sino que lo ve como una herramienta para su titulación.

Sesión 16

Mensaje del equipo: mencionaron que se cuestionaba qué cosas serían diferentes en esta ocasión ya que Arturo en otros momentos ha mencionado que quiere hacer cosas pero no lo hace. Además, se enfatizó que se tienen dos nacimientos, el fisiológico y cuando se tiene un cambio en nosotros mismos; es decir, un renacimiento; y es justamente en donde se observa a la paciente. Sin embargo, esto no ocurre de forma sincrónica con la pareja, por lo que se tendrá que pensar qué pasa cuando una de las partes no quiere, no puede crecer o no es su momento de renacer; y la decisión de la otra parte sería esperarlo o seguir su propio proceso. Finalmente, se leyó un cuento llamado “el centauro” y se reflexionó sobre la importancia de tomar decisiones aunque sean dolorosas, porque de lo contrario, se puede salir lastimado.

Diálogo posterior de la paciente: refirió que sabe que siempre ha tenido dificultades para tomar decisiones, y que las diferencias que se perciben entre la sesión pasada y ésta es porque se siente muy cansada físicamente por tantas actividades que está realizando tanto en la escuela como en el trabajo; pero a pesar de ello sigue firme en su decisión de seguir haciendo cosas para ella. Además, reflexionó que en la relación con su pareja ya han perdido muchas cosas: el contacto físico, la comunicación, el interés por el otro; por lo que, ya todo es cansancio y enfado. Menciona que considera que es un hombre muy valioso pero lo invade el miedo y no expresa lo que siente hacia ella.

Sesión 19

Mensaje del equipo: refirieron que Alma está en un momento de experimentar cosas diferentes en su vida, respecto a estar sola o continuar con Arturo estableciendo acuerdos nuevos entre ellos; sin embargo, también existe la posibilidad de que si él no cumple con sus expectativas o no comparten planes

y/o proyectos se separen. Para reforzar esta posibilidad se narró una historia donde un hombre sabio le dice a su aprendiz que la vida son muchos caminos que no te llevan a ningún lado, pero el correcto es el camino del corazón, el que te lleva a la felicidad porque es el que te lleva a donde tú quieres ir.

Diálogo posterior de la paciente: reflexionó que necesitan curar las heridas que se han hecho a partir de la relación, ya que regresaron y se están dando otra oportunidad, pero están muy lastimados y el enojo lo están utilizando para defenderse, para no volverse a ilusionar y que las cosas no funcionen y volver a sufrir y sentirse decepcionada, pero le gustaría hablar con Arturo de todo esto.

Sesión 20

Mensaje del equipo: mencionaron que se preguntaban si la paciente nuevamente se está “escondiendo” en el puesto para no enfrentarse al reto de terminar su licenciatura, o si realmente no hay otra opción mejor en este momento, porque la situación económica de la familia requiere que posponga el inicio de su tesis. Además, se enfatizó que la frustración que tiene podría estar asociada a otras recaídas que a tenido Arturo.

Diálogo posterior de la paciente: reflexionó que ya no se esconde en el puesto, pero considera que en este momento no tiene otra opción más que quedarse en el puesto, para rescatarlo de la crisis, y cuando esto suceda ella retomara sus actividades escolares; es decir, iniciará el servicio social, la tesis y las materias. Finalmente, agregó que respecto a Arturo seguirá meditando si quiere darle un voto de confianza respecto a que dejará el consumo de drogas, pero éste no es el mejor momento para tomar una decisión porque se siente cansada físicamente.

LOGROS

A nivel ***individual:***

- Desarrolló una actitud introspectiva que le permitió estar pendiente de cómo se siente y qué quiere.
- Se independizó emocionalmente de su pareja y de su familia extensa al “escuchar su voz”.
- Controló su enojo tomándose un tiempo fuera para después platicar con los implicados.
- Dejó de ser una mujer peleonera, enojona, que reaccionaba a la primera y lastimaba a terceros para tranquilizarse, calmarse y después resolver los problemas.
- Recuperó la seguridad en ella misma al reconocer sus avances y logros.

- Buscará otro trabajo para apoyar la situación económica de la casa y pagarse sus gastos.
- Continuará su curso de inglés.
- Iniciará su Servicio Social, ya que ahora siente que puede hacerlo.
- Disminuyó su frustración, porque aunque seguía en los mismos lugares (puesto, pareja y escuela) ahora se estuvo enfocando en las ventajas de esto.
- Dejó de hacerse la “víctima” de su propia vida, de su pareja y de su familia, al aceptar su responsabilidad sobre las cosas.
- Paso del autoreclamo al autoreconocimiento, renunció a su pasividad, empezó a reconocer sus logros y a hacer sus cosas sin esperar la respuesta de otras personas para moverse.
- Pudo recibir el reconocimiento, en cuanto a sus cambios, de sus amigos, su pareja, sus suegros y sus sobrinas.
- Empezó a ver todas las cosas buenas que tiene en su vida.
- Se reconoció que es aferrada y tenaz, por ello ha podido continuar con su carrera.
- Vislumbró la posibilidad de separarse de Arturo, confiando en que si decide hacerlo puede vivir sola y ser autosuficiente.
- Desarrolló esperanza que le permitió diseñar estrategias para recuperar de la quiebra el negocio.
- Disminuyeron sus enfermedades físicas (cólicos, diarrea, dolores musculares) al tener un manejo más adecuado de sus emociones.

A nivel de **pareja**:

- Empezó a tomar decisiones para la familia, como mudarse a un lugar más económico y darle otro giro al negocio.
- Lograron comunicarse mejor al aumentar la tolerancia entre ambos.
- Buscaron soluciones para resolver sus distintas problemáticas.

- Disminuyeron las descalificaciones entre ambos, al reconocer que ambos culpan al otro de no cumplir sus metas, cuando en realidad cada uno “se mete el pie solo”.
- Observó cambios en Arturo, ya que concluyó su curso de inglés y prometió reanudar la terapia para controlar sus adicciones.
- Desarrolló habilidades para expresarle a su pareja sus necesidades.
- Establecieron los siguientes acuerdos de pareja: él tiene que tratar sus adicciones, él la apoyara en sus decisiones y no limitarla en cuanto al puesto, se negoció el tiempo que cada uno dedicaría al puesto en función de que el resto del tiempo, ambos lo aprovecharían para estudiar algo y ya no se descalificarían.

A nivel de **familia extensa**:

- Controló el enojo que sentía por la actitud de sus padres, hermanos y cuñadas.
- Reflexionó que con su enojo estaba lastimando a terceros, y dejó de hacerlo.
- Disminuyeron los pleitos con sus familiares.
- Logró mantenerse al margen de su familia, al aceptar que pueden pensar y actuar diferente a ella, por lo que pudo aceptarlos y respetarlos.

CONCLUSIONES

La relación de Alma con Arturo evolucionó en tres etapas:

Etapa 1: al inicio del proceso terapéutico la paciente tenía una jerarquía menor a la de su pareja, dependiendo emocional y económicamente de él; por ello él tomaba las decisiones familiares y ella no hablaba de sus necesidades, lo que le ocasionaba enojo, frustración y tristeza; estas emociones las manifestaba con gritos, empujones y descalificaciones; ante esto Arturo asumía una reacción similar y la violencia se incrementaba día con día.

Etapa 2: a la mitad del proceso terapéutico, la pareja tenía una jerarquía similar, porque Alma empezó a escuchar su voz y a expresar sus necesidades; mientras que él, empezó a estudiar inglés y a disminuir sus adicciones, con lo que sus pleitos disminuyeron al hablar sin descalificaciones.

Etapa 3: fin del proceso terapéutico, Alma tenía una jerarquía mayor al de su pareja, ya que ella logró escucharse, expresar sus necesidades, adquirir seguridad y confianza en ella misma; esto le ayudó a independizarse tanto emocional como económicamente de Arturo, ya que empezó a abrir otros mercados para sus productos; en esta panorámica, disminuyó el enojo y la

frustración de la paciente; sin embargo, los pleitos se originaron porque él aumentó su consumo de marihuana y alcohol, tal vez como reacción a la pérdida de poder sobre su pareja.

En este contexto concluyó el proceso terapéutico, la paciente mencionó que ya no era necesario seguir con la terapia, ya que aunque Arturo continuaba con sus adicciones, la situación era más tolerable; además, aunque no confiaba en que realmente cambiara, quería “tenerlo a prueba”, hasta que fuera el momento adecuado para que pudiera tomar una decisión diferente; por ello, necesitaba tomarse un tiempo para pensar las cosas y cuando quisiera algo distinto buscaría apoyo si lo consideraba necesario.

El equipo concluyó que hubo una enorme transformación en la paciente al aceptarse sin reproches, al quererse y al rescatarse de su ira, renació una “nueva Alma” como esas flores a las que los jardineros les abonan la tierra, les siembran la semilla, las riegan, las cuidan y cuando es el tiempo justo resurgen.

En el mismo sentido que el equipo, la terapeuta elaboró un cuento inspirado en el proceso terapéutico de la paciente, el cual relata la transformación que esta tuvo (Mayor información, ver anexo 1).

3.1.2.3.- Análisis y discusión del caso desde el tema central de la paciente

*“El deseo mueve al mundo
y la dependencia lo frena”*

Riso, 1999

Tener una relación de pareja conflictiva desgasta y cansa a todos los implicados al ocasionar frustración, enojo y tristeza constante; por este motivo la paciente acudió a buscar apoyo al Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”.

Ruiz-Jarabo (2005) considera que una de las mayores frustraciones que experimentan las personas es cuando descubren que las cosas no son como esperaban en cuanto a las personas importantes de su vida: pareja y padres principalmente; esto, se manifiesta como una crisis en forma de duelo al tener que despedirse de las expectativas construidas.

Alma buscó apoyo psicológico al estar en crisis por sentirse frustrada porque su vida no estaba cumpliendo sus expectativas; ya que no estaba satisfecha con su pareja, familia, escuela, trabajo ni con ella misma. Por lo antes mencionado, el tratamiento se enfocó a que la paciente superara sus emociones y desarrollara nuevas expectativas sobre las distintas áreas de su vida.

Al explorar la historia de Alma se encontró que sentía miedo, inseguridad y una enorme nostalgia por no haber tenido una figura paterna que velara por ella; por ello, buscó una pareja que cumpliera esa función; esto al principio de la relación fue agradable y útil para ella. Sin embargo, después surge la voz de la mujer guerrera que clama hacerlo ella misma, pero en realidad, sabe que no está adiestrada para la libertad, sino que fue educada para la dependencia; todo lo que se relaciona con la manera en que las mujeres fueron criadas, les va indicado que deben formar parte de alguien más, que deben ser protegidas, apoyadas y animadas por la felicidad conyugal hasta el día de la muerte, lo cual se refuerza con los cuentos de hadas y los finales felices (Dowling, 2003).

La paciente idealizaba su independencia como un estado deseable para ella, pero la frenaba lo que para Dowling (2003) es “el complejo de Cenicienta”: un entramado de actitudes y temores largamente reprimidos que tienen sumida, a las mujeres, en una especie de letargo, que les impide el pleno uso de sus facultades y de su creatividad; por lo que están como la Cenicienta, esperando algo que, desde el exterior, venga a transformar su vida.

Este complejo es dependencia emocional hacia la pareja. La palabra dependiente deriva de pendiente, que quiere decir, literalmente, “que cuelga”, que está suspendido desde arriba, sin base, en el aire; esto es, algo incompleto, inconcluso, sin resolver (Bucay, 2007).

La paciente manifestó que su seguridad y bienestar dependen de cómo esté con su pareja; esto se podría considerar como codependencia; entendiendo por codependiente a una persona que a permitido que la conducta de otra le afecte, y que está obsesionada por controlarla (Beattie, 1991).

Desde la visión de Riso (1999), los pacientes que presentan dependencia afectiva extrema hacia su pareja, son personas emocionalmente inmaduras y necesitadas de cuidado; lo que no les impide establecer relaciones amorosas adecuadas; porque la persona apegada comienza a sufrir una despersonalización lenta e implacable hasta convertirse en un anexo de la persona “amada”.

Alma se encontraba en esta situación, ya que su dependencia hacia Arturo la había llevado a convertirse en su “sombra”; es decir, necesitaba que él se moviera para que ella dejara de estar inmóvil.

Las tres manifestaciones más importantes de inmadurez emocional relacionadas con el apego afectivo se describen a continuación (Riso, 1999):

- a) *Bajos umbrales para el sufrimiento*: no será capaz de renunciar a nada que le guste, pese a lo dañino de las consecuencias, y no sabrá sacrificar el goce inmediato por el bienestar a mediano o largo plazo; es decir, carecerá de autocontrol.
- b) *Baja tolerancia a la frustración*: la clave de este esquema es el egocentrismo, es decir: “si las cosas no son como me gustaría que fueran, me da rabia”. Tolerar la frustración de que no siempre se obtenga lo que se espera, implica saber perder y resignarse cuando no

hay nada que hacer. Significa ser capaz de elaborar duelos, procesar pérdidas y aceptar, aunque sea a regañadientes, que la vida no gira a tú alrededor.

- c) *La ilusión de permanencia*: el pensamiento central de la persona apegada afectivamente y con ilusión de permanencia se expresa como que es imposible que la pareja se aleje; ya que el amor es inalterable, eterno, inmutable e indiscutible. Consideran que la relación afectiva tiene inercia propia y continuara para siempre, para toda la vida.

La inmadurez emocional que presentaba la paciente implicaba una perspectiva ingenua e intolerante ante ciertas situaciones de la vida, generalmente incómodas. No había desarrollado la inteligencia emocional adecuada, por lo que presentaba dificultades ante el sufrimiento, la frustración y la incertidumbre.

Lo anterior, se observó en la paciente, ya que presentaba poca tolerancia hacia la frustración, ante lo que respondía con enojo e ira; además, cuando se sentía triste o con dificultades se desanimaba y quería dejar los proyectos.

De acuerdo con la historia afectiva personal, la educación recibida, los valores inculcados y las deficiencias específicas, cada persona desarrolla diferentes fuentes de apego (Riso, 1999).

La paciente de acuerdo a su historia personal, familiar y de pareja, tiene las siguientes fuentes de apego:

1.- La vulnerabilidad al daño y el apego a la seguridad/protección:

El esquema principal es la baja autoeficacia: “no soy capaz de hacerse cargo de mí mismo”. Por ello, necesitan de alguien más fuerte, psicológicamente hablando, que se haga responsable de ella. La idea que la mueve es obtener seguridad y protección para enfrentar una realidad percibida como demasiado amenazante.

El origen de este apego parece estar en la creencia aprendida durante la niñez de que el mundo es peligroso y hostil; esto fue introyectado por su familia, con el mensaje de que todos debían quedarse a vivir juntos en la misma casa para protegerse del exterior.

El resultado, una persona que se percibe a sí misma como indefensa, desamparada y solitaria; sin autonomía, libertad y dependiente.

2.- El miedo al abandono y el apego a la estabilidad/confiabilidad:

La búsqueda de estabilidad en la paciente está asociada a un profundo terror al abandono y a una hipersensibilidad al rechazo efectivo; ya que en su infancia se sintió abandonada y desatendida por padres y hermanos al vivir en una profunda soledad.

Cuando se casó con Arturo buscaba la protección y el amor que no tuvo en su familia, reaccionando con enojo e ira cuando él no cubre sus expectativas; lo cual estaba dispuesta a lograr al precio que fuera necesario.

Aunado a las fuentes de apego antes mencionadas, Alma consideraba que su dependencia hacia Arturo no sólo era emocional, sino también económica; ante esto Coria (2001) considera que el uso que las personas hacen del dinero, denuncia el concepto que cada uno tiene sobre el ejercicio del poder en las relaciones humanas y especialmente en las relaciones de pareja y familia.

El dinero se divide en dos: el “pequeño”, que se utiliza para cubrir las necesidades más inmediatas y el dinero “grande”, que se usa para invertir, es un dinero visible, que deja huellas y otorga a quien lo administra seguridad, solvencia y poder.

En esta pareja Alma administra los dineros “pequeños”, mientras que Arturo los “grandes”. En esta división, él ejerce su influencia al tomar las decisiones y disponer de mayor cantidad de dinero. En cambio, ella está en situación de mayor dependencia con restricciones en su autonomía. Lo anterior, se ejemplificó cuando él decidió invertir los ahorros de la familia en mercancía de China y se perdió; esto sucedió sin que la paciente opinara y mencionara que no estaba de acuerdo porque temía que los robaran.

A partir de lo anterior, a lo largo del proceso terapéutico se pudo conocer la dinámica en que se ha mantenido la relación, donde la paciente ha postergado sus propios intereses en aras de un “cajoneo amoroso”, lo que de acuerdo a Coria (2007) se entiende como un comportamiento evitativo, por el cual las personas tienden a guardar dentro de un cajón aquello de lo cual no quieren ocuparse por el momento o desean “hacerse las distraídas”.

A lo largo del proceso terapéutico se hicieron diferentes intervenciones para que la paciente pensara en la posibilidad de recuperar sus espacios e intereses, sin embargo no mostró mayor interés en ello y constantemente volvió a centrarse en las actitudes de su pareja.

En este sentido, el cajoneo amoroso además de llevarla a la autopostergación, la condujo a la naturalización del tipo de relación que tiene (Coria, 2007); es decir, a integrar las actitudes de su pareja como algo “natural”, algo ante lo que no debería enojarse o reclamarle, por lo que necesita aprender a controlar su carácter; mientras él continúa con sus adicciones y sin tener proyectos claros de superación personal.

Al respecto Coria (2007) describe estas actitudes del amor hacia la pareja como el soft maternal que la cultura ha insertado en las mujeres, aún antes de su nacimiento, de manera similar al software que se inserta en los equipos de cómputo, y que en el caso del amor hacia la pareja hace identificar el amor con la abnegación y el cuidado maternal, de manera que la mujer cuida a su pareja como a un hijo y le exige como a un padre. Como se ha

observado, la paciente atiende a su pareja desde el cuidado del hogar y del puesto.

En esta panorámica, las metas terapéuticas se plantearon en función de lo que Riso (1999) propone para superar el apego; es decir, la sensación de incapacidad que se esconde detrás del apego; para esto, fue necesario que la paciente enfrentara el miedo que tenía de hacerse cargo de su vida, por lo que prefería que su pareja tomara las decisiones, aunque esto a ella le generara enojo y frustración.

Además, mejoró la percepción de su autoeficacia a partir de reconocerse y aceptar el reconocimiento de los demás sobre sus logros; esto, aumentó su autoestima al dejar de descalificarse y reclamarse por sus errores. También, desarrolló habilidades y estrategias de resolución de problemas, lo que le aprendió a tomar decisiones con seguridad y confianza; todo lo anterior, le permitió tener mayor autocontrol de sus emociones (enojo, ira, frustración) y de su vida personal, familiar y de pareja.

A partir de estos cambios, renunció a los ojos de los demás para verse en sus propios ojos; es decir, logró autodependencia, esto significa que deja de colgarse del cuello de los otros, para responsabilizarse, hacerse cargo de ella y terminar adueñándose para siempre de su vida (Bucay, 2007).

3.1.3.- Análisis del Sistema Terapéutico Total

*“En terapia, el instrumento de cambio es el terapeuta,
Por lo tanto, al supervisor le incumbe
no solo enseñar qué se hace,
sino cómo enfrentar las reacciones personales
que les impiden funcionar como deberían”*

Halley, 1989.

El Sistema terapéutico (la familia y el terapeuta) y el Sistema de Supervisión (supervisor y terapeutas en formación) integran lo que se conoce como Sistema Terapéutico Total (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

Dentro del sistema terapéutico existen diferentes roles: terapeuta, observador y supervisor; los dos primeros son desempeñados por los terapeutas en formación durante las supervisiones; ambos son indispensables y requieren desarrollar diversas habilidades: observar las interacciones entre los participantes del proceso terapéutico, identificar e implementar técnicas y/o

intervenciones útiles para el paciente en distintas problemáticas y etapas del proceso terapéutico.

Para desarrollar un trabajo armonioso entre terapeutas, observadores y supervisores, es indispensable que los implicados desarrollen habilidades de empatía, asertividad, apertura y confianza; estas les permitirán brindar y aceptar comentarios tanto sobre el desempeño de su rol como de la implicación de su historia personal en el mismo.

Este sistema forma un espacio de reflexión e integración teórica, técnica y metodológica, en el que el supervisor facilita el análisis de diversas visiones, determinando cuál podría ser útil, en ese momento, para abordar el problema que presenta la familia sin descuidar a la persona del terapeuta (Troya y Aurón, 1988; en Desatnik, Franklin y Rubli, 2002).

El objetivo de la supervisión consiste en dirigir al grupo de terapeutas en formación para que realicen un diagnóstico del caso, definan objetivos y diseñen las modalidades de intervención más adecuadas; asimismo, guiar el desempeño del terapeuta, retroalimentando el proceso terapéutico.

La tarea del supervisor (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002) abarca diversas áreas, éstas se describen continuación:

- Consolidar al grupo de trabajo, para lograr la participación de sus miembros a través de brindarles contención, seguridad, confianza y dilucidar las ansiedades de los mismos.
- Flexibilizar el ejercicio del poder en el grupo, creando un ambiente de apertura que genere creatividad, innovación, respeto y tolerancia hacia las diferentes visiones de sus integrantes.
- En cuanto al grupo de terapeutas en formación, deberá tener en cuenta que en todo grupo coexisten dos aspectos fundamentales para el logro de los objetivos grupales: uno centrado en la ejecución de la tarea misma y otro centrado en lo relacional (aspectos emocionales que se dan entre los participantes).
- Hacia la familia, su atención se dirige a observar cómo las estrategias terapéuticas empleadas afectan a cada uno de sus miembros y los cambios que se suscitan a partir de las mismas.
- En relación al terapeuta, la misión del consiste en acompañarlo, respaldarlo y guiarlo durante la terapia, detectando aquellas situaciones emocionales que representan obstáculos en el trabajo clínico; ya que el alumno en formación recibe presiones de la familia y del equipo que se encuentra detrás del espejo, por lo que es fundamental contener las ansiedades que surgen.

El equipo y el supervisor forman el sistema observante del que se habla en la Cibernética de Segundo Orden, ya que la realidad se construye en los ojos de quienes la miran, por lo que el observador es parte del fenómeno

observado; en este contexto, el Sistema Terapéutico Total es una oportunidad de ver el proceso terapéutico desde distintos ángulos.

El aprendizaje teórico y la experiencia de vida, ayuda a observar ciertas partes mientras que inhibe otras. El equipo de supervisión recoge muchas visiones y proporciona al terapeuta distintos canales de percepción que no existían o que estaban bloqueados. Así, el equipo genera la diferencia que hace las diferencias (Batenson, 1990), al agregar varios pares de ojos y oídos extras en la mirada del terapeuta, las cuales impactan sus intervenciones.

El equipo observa cómo el terapeuta está viendo a la familia, mira a la familia en su dinámica de interacción entre sí y con el terapeuta, al mismo tiempo está mirando hacia sí mismo en cuanto al papel que tendría que jugar (como equipo) para ayudar al terapeuta a introducir nuevas visiones que harán el cambio.

Para realizar las supervisiones se utilizan diversos modelos o estrategias de supervisión (Desatnik, Franklin y Rubli, 2002) que tienen distintas implicaciones para el terapeuta, éstas se describen a continuación:

- *Supervisión en vivo*: en la que se obtiene una información completa, tanto de la comunicación verbal como no verbal del Sistema Terapéutico Total. En este tipo de supervisión, cada una de las personas que interviene puede ser observador y/o observada por los otros.
- *Supervisión en relatos*: en la que el terapeuta hace una reconstrucción de lo acontecido en la sesión, en la que sin proponérselo, analiza partes del contenido analógico y, en particular, el de su propia actuación.
- *Supervisión a través de videos*: en ésta se conserva el contenido analógico y verbal, tiene como ventaja poder retroalimentar al alumno y al equipo respecto de su actuación y éstos, a su vez, pueden mirarse en acción. Sin embargo, tiene como desventaja que el supervisor no interviene directamente con la familia en el transcurso de la terapia.

Los estilos de supervisión están determinados por la formación teórica, la experiencia clínica, la personalidad y el estilo del supervisor; esto representó un enorme reto para los terapeutas en formación porque requirió de un reajuste y resignificación del conocimiento adquirido; teniendo que ser flexibles para poder trasladarse de un estilo a otro hasta ir construyendo el propio.

Cuando iniciamos la supervisión, a partir del segundo semestre, consideraba que la responsabilidad de esta práctica estaba a cargo estrictamente del supervisor, mientras que los otros terapeutas sólo debíamos observar el proceso, conforme fueron transcurriendo las supervisiones esta visión se modificó hasta que comprendí que era una actividad conjunta.

De igual forma, en las primeras sesiones donde era observada como terapeuta me sentía incomoda y nerviosa porque tenía la sensación de que del otro lado del espejo se hablaba de mis dificultades personales y profesionales; sin embargo, conforme transcurrió mi formación comprendí que la observación

se enfocaba tanto en mis fortalezas como en las de mis pacientes, para que a partir de este proceso, construyera un estilo propio de hacer terapia, a la par de que mi paciente resolviera sus dificultades.

Al respecto, Desatnik, Franklin y Rubli (2002) consideran que al terapeuta el entrenamiento le genera ansiedades persecutorias primarias, en las que el Yo queda en un lugar muy vulnerable; las ansiedades van disminuyendo a lo largo de la formación, en la medida, en que se asimila esta modalidad de trabajo, al grado tal que el terapeuta termina sintiéndose apoyado, protegido, con la convicción de que va a ser apoyado y cuidado por su equipo. Esta experiencia puede ser determinante para su desempeño clínico y para su autoimagen tanto personal como profesional.

El tipo de trabajo terapéutico que se realiza en la Residencia, en la mayoría de las ocasiones, es novedoso y hasta extraño para los pacientes; ya que no esperan trabajar en una cámara de Gesell, con tantos terapeutas y con el tipo de organización en cuanto al teléfono, la cámara de video, los cortes y la presencia del equipo en el consultorio; sin embargo, aún y los pacientes que al inicio se encontraban renuentes a trabajar en estas condiciones, terminan aceptando cuando se les mencionan los beneficios que tendrían en su proceso terapéutico.

Cuando se trabaja con supervisión en vivo, antes de la sesión con la familia, el equipo de terapeutas, el terapeuta y el supervisor analizan el caso presentado, se proponen hipótesis y se discuten las intervenciones a realizar. El supervisor estimula a todo el equipo a proponer hipótesis relacionadas al caso presentado y estar atentos a observar las respuestas emocionales y el impacto en los terapeutas del equipo.

Posteriormente, durante la sesión si el equipo necesita hacerle alguna pregunta a la familia o dar una instrucción específica al terapeuta utilizan el teléfono, a la mitad de la sesión o cuando el terapeuta se siente confundido, se hace una pauta y el este pasa con el equipo, juntos diseñan el mensaje, las intervenciones que se utilizaran para cerrar la sesión y se aclaran las confusiones en el caso de que existan; al final de la sesión se hace un resumen y se enfatizan los aciertos del terapeuta, se le hacen sugerencias sobre distintos aspectos profesionales y personales que podría mejorar y se realiza el plan terapéutico para la siguiente sesión.

Una parte fundamental de la supervisión en cada sesión es la resonancia que el Sistema Terapéutico Total tiene del caso, ya que estas sensaciones, emociones y sentimientos que se evocan en los participantes pueden estar hablando de la historia personal de los terapeutas o de lo que están experimentando los pacientes pero no logran identificar y/o manifestar, para establecer esta diferenciación, es indispensable que los terapeutas en formación tengan su propio proceso terapéutico, sino se corre el riesgo de mirar a la familia desde su propia historia.

Para finalizar esta reflexión, considero que el Sistema de Supervisión, es una manera exitosa de acompañar al terapeuta en su proceso de formación, ya que permite destacar tanto sus fortalezas como debilidades; para apoyarlo y

establecer líneas de intervención exitosas dependiendo del paciente y sus necesidades. Además, de los pensamientos, los comentarios, las historias, las anécdotas y las narraciones de los integrantes del equipo, el terapeuta incorpora algunas voces a su repertorio profesional que lo acompañaran y serán parte de su estilo terapéutico.

El trabajo en equipo es una forma exitosa de trabajar, porque dos o tres cabezas piensan mejor que una. Sin embargo, esta modalidad exige un ambiente de respeto a las diferencias individuales en cuando al estilo terapéutico, ya que sólo así se puede asegurar que el apoyo brindado será recibido por el otro para retroalimentar y enriquecer el proceso.

3.2.- Habilidades de Investigación

3.2.1.- Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cuantitativa

Escala de funcionamiento familiar ante una enfermedad

Resumen

La familia es un sistema en transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y cambio (Andolfi, 1985). Cuando se presenta una enfermedad en la familia se modifica su dinámica y estructura (Velasco y Sinibaldi, 2001). A partir de este sustento teórico, se construyó y validó la escala. Esta tiene seis dimensiones (Afectos, Apoyo, Comunicación, Roles, Desunión familiar y Aislamiento Social) distribuidos en 38 reactivos que explican el 38.435 % de la varianza total, los factores tiene una confiabilidad que oscilaron entre .865 y .693. Se concluye que la escala es útil para el diagnóstico previo al trabajo terapéutico, permitiendo identificar las áreas de dificultad que tiene una familia para afrontar la enfermedad.

I.- Marco teórico

La familia es un sistema en constante transformación, que mantiene su continuidad y crecimiento a través de un equilibrio dinámico entre homeostasis y transformación (Macías, 1994).

Como sistema activo, la familia se autogobierna mediante reglas. Cada tipo de tensión que sea originada dentro o fuera de la familia, requerirá de un proceso de adaptación, necesario para el mantenimiento de la misma (Andolfi, 1985).

La estructura familiar, definida como la organización de las interacciones familiares, debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian.

Debe responder a cambios internos y externos, siendo capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros (Minuchin, 1979).

Por otro lado cuando una persona enfrenta una crisis derivada del diagnóstico de alguna enfermedad grave, someterse a una cirugía, pérdida de algún miembro del cuerpo, o se enfrenta a la discapacidad física, se genera en él y su familia un estado temporal de desorganización; caracterizado por la incapacidad de utilizar los métodos acostumbrados para la solución de problemas, desintegración de la autoimagen, incertidumbre en los planes a futuro y la necesidad de mantener adaptaciones conductuales mientras dura la enfermedad (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Cuando se presenta una enfermedad en la familia, se experimenta un cambio en la dinámica, modificándose las jerarquías, las fronteras, los roles y los estilos de relación; quedando vacíos en las funciones familiares, lo que genera un desequilibrio en la estructura familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Existen diversos tipos de enfermedad; sin embargo, una clasificación general diferencia entre aguda o crónica a partir del tiempo y gravedad en su evolución (Mosby, 2006).

La enfermedad crónica alude a un estado de enfermedad que presenta síntomas con un curso prolongado y afectan a uno o más sistemas de órganos y puede perjudicar el estado de salud o el funcionamiento psicológico. Los estados se definen como crónicos cuando persisten por más de tres meses en un año, afectan el funcionamiento habitual de las actividades normales del paciente y requiere un cuidado continuo por parte de uno o más prestadores de servicios de salud (Brown, Daly y Rickel, 2008)

Las enfermedades transitorias, por su parte se refieren a los padecimientos que no generan mayor compromiso de la salud y que son de fácil control, y que tienen una respuesta favorable al tratamiento, siendo reversibles casi por completo (Moro, 1994).

Si una enfermedad leve provoca tensiones, las enfermedades crónicas y/o degenerativas mantienen a las familias en una tensión especial. Existen varios modelos que analizan el impacto que el diagnóstico de una enfermedad crónica tiene sobre una familia. Entre estos modelos se encuentran el de Leahey y Wrigth, Koch, y Rolland; sin embargo, este último es el más completo (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Rolland (2000) centra el estudio del impacto de la enfermedad crónica en el supuesto de que se crea un sistema con la interacción de enfermedad crónica, individuo, familia y sistemas biopsicosociales. Además distingue tres dimensiones de estudio: a) Tipo psicosocial de la enfermedad, b) Fases en la historia natural de la enfermedad, y c) Variables claves del sistema familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001), las cuales se describen a continuación:

- a) El tipo psicosocial de la enfermedad contempla el tipo de inicio: agudo o crónico; el curso: progresivo, constante o episódico; el pronóstico: fatal, disminución de la expectativa de vida, muerte súbita o carente de efecto sobre la longevidad; y finalmente el tipo de incapacidad: ninguna, leve, moderada o severa, o incapacidad cognitiva, motora, energética, imagen corporal, etc.
- b) En cuanto a las fases de la enfermedad cada una de ellas representa un reto o tarea a cumplir tanto emocional como instrumentalmente.
- c) Al referirse a las claves del sistema familiar se contemplan la historia transgeneracional de enfermedades, el nivel de desarrollo, el sistema de creencias, el grado de cohesión, la adaptabilidad y la comunicación.

Además Rolland (2000) menciona que las áreas del funcionamiento familiar en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad crónica son:

- a) **Procesos de Comunicación.** Para que la familia logre un control de la enfermedad y la discapacidad es absolutamente esencial que tenga una comunicación efectiva.
- b) **Pautas Multigeneracionales.** Esto se refiere a las reglas que posibilitan la diferenciación de los roles, derechos, obligaciones y organización jerárquica en la familia.
- c) **Sistemas de Creencias de la Familia y Visión del Mundo.** Uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia es un conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud.
- d) **Pautas Estructurales u Organizativas de la Familia.** hace referencia a la efectividad de las familias para organizar su estructura y los recursos que estén a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo vital. Se toma en cuenta la existencia de los límites, los cuales son los que determinan quién hace que, dónde y cuándo, su correcto establecimiento es un requisito estructural fundamental.

Dentro de estas pautas encontramos la adaptabilidad, la cual nos habla de la habilidad de las familias para adaptarse a las circunstancias cambiantes o a las tareas de desarrollo del ciclo vital familiar; ésta es un elemento fundamental, particularmente las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas, ya que los mecanismos empleados para enfrentar estas situaciones ayudan a mantener una estabilidad (homeostasis). La flexibilidad familiar, es necesaria para que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves requieren, esta puede variar en un continuo desde las familias más rígidas hasta las caóticas.

Por otro lado la enfermedad crónica ejerce una fuerza centrípeta sobre el individuo y su organización familiar. La autonomía intra y extrafamiliar se pone en riesgo temporal y de largo plazo. De tal manera que, mientras más funcional

sea la familia tendrá una posibilidad mayor de enfrentar con mejores recursos el diagnóstico de enfermedad crónica.

Algunos de estos recursos se refieren a la capacidad de autonomía de cada miembro; existencia o límites intergeneracionales difusos; estilo de comunicación; capacidad o dificultad para expresar sus afectos de manera clara y directa, y la característica de mantenerse como un sistema abierto.

Frente a la enfermedad algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tienen capacidad de adaptación y salen con éxito de la crisis, cualquier familia podrá verse afectada por la enfermedad y la discapacidad. Lo más importante es en qué momento de la vida, en qué forma y con qué intensidad ocurre y por cuánto tiempo se prolonga. Muchas familias tienden a aislarse frente a una enfermedad grave y necesitan redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad.

Las familias que funcionan bien se caracterizan por tener una clara conciencia de la unidad familiar y límites permeables que conectan a la familia con la comunidad, sin embargo en estas situaciones en las familias que se enfrentan con problemas de salud graves prolongados, la comunicación se deja sin aclarar o resolver y esto tiene consecuencias patológicas o puede provocar la ruptura de las relaciones familiares.

La flexibilidad es necesaria para que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves suelen requerir, debe reorganizarse en respuesta a las nuevas demandas de desarrollo que trae consigo una enfermedad progresiva.

Debido a que el funcionamiento familiar, es una variable que entra en juego cuando un familiar está enfermo, y éste es un elemento importante para enfrentar la enfermedad y los cambios derivados de ella, se elaboraron dos pruebas que evalúan el funcionamiento familiar cuando hay un enfermo en la familia. Primero se describe una prueba para familiares con enfermo crónico y posteriormente una prueba para enfermos en general.

II.- Objetivo

Desarrollar y validar una escala de Funcionamiento Familiar que permitiera conocer cuáles son las principales áreas del funcionamiento familiar que se ven involucradas cuando un miembro de la familia presenta una enfermedad crónica o transitoria, así como los indicadores de disfuncionalidad en las dimensiones de: Roles, Jerarquías, Límites, Afectos, Comunicación, y Apoyo.

III.- Resultados

a) Descripción de la prueba

Cuenta con 38 reactivos, que evalúan 6 dimensiones del funcionamiento familiar: Afectos, Apoyo, Comunicación, Roles, Desunión Familiar y Aislamiento Social (Mayor información, ver anexo 2). Los reactivos son afirmaciones sobre situaciones que suceden en las familias cuando hay un miembro enfermo. Se les pide a los sujetos que evalúen que tanto les sucedió lo que se afirma en cada oración, cuando su familiar enfermó.

Las opciones de respuesta se presentan en forma de escala tipo likert, donde 1 es nunca; 2 casi nunca; 3 algunas veces; 4 siempre, y 5 casi siempre. La prueba viene impresa con un formato de calificación para elaborar con estos resultados un perfil de tamizaje que permita identificar cuales son las áreas donde las familias presentan dificultades a partir de la aparición de la enfermedad del familiar.

b) Desarrollo de la prueba

Los reactivos del instrumento se sometieron a una prueba de comprensión y claridad. Posteriormente para someter a prueba la validez de fase, se utilizó el método de interjueces para evaluar la validez teórica. Se eliminaron los reactivos que no cubrieron el criterio del 70 % de acuerdo entre los jueces.

Con los ítemes que superaron las pruebas de comprensión, claridad y validez de fase, se elaboró un instrumento que se aplicó a una muestra de 200 sujetos, de los cuales 100 fueron familiares de pacientes con enfermedad crónica (cáncer), y los otros 100 participantes tenían familiares que padecían en el momento de la aplicación una enfermedad transitoria no discapacitante.

La muestra con la que se validó el instrumento, fue de tipo no aleatoria intencional. Para los 100 familiares de pacientes crónicos se acudió a instituciones de asistencia social, que brindan apoyo a familias que tienen un enfermo con algún tipo de cáncer. Mientras que el grupo control, de familiares de enfermos transitorios, se obtuvo de clínicas familiares del sector salud y consultorios particulares. Las muestras fueron equiparables en cuanto a edad y sexo.

En el análisis de resultados, se evaluó la calidad discriminadora de los reactivos comparando los extremos de la muestra total mediante la prueba t de Student para muestras independientes. Se eliminaron los reactivos que no diferenciaron significativamente entre los extremos.

Con el fin de conocer la estructura factorial de la prueba se sometieron al Análisis Factorial con Rotación Varimax que se detuvo a las 29 iteraciones, los reactivos con capacidad discriminadora.

La estructura factorial arrojó 6 factores que explican el 38.435% de la varianza. El factor uno se denominó *Afectos*, explica el 10.566% de la varianza. El factor dos llamado *Apoyo*, explica el 8.216% de la varianza. El factor tres se llamó *Comunicación*, explica el 6.126% de la varianza. Al factor cuatro se le designó el nombre de *Roles*, con una varianza explicada del 5.378%.

El factor cinco fue *Desunión familiar*, la varianza que explica es de 4.100%. Finalmente al factor seis se le llamó *Aislamiento social*, explica una varianza de 4.049%. Los factores obtuvieron cargas factoriales en un rango de .302 a .806.

Finalmente, la prueba ha demostrado que sus reactivos tienen capacidad discriminadora, validez de fase y factorial, así como estimaciones de Alfa de Cronbach apropiados y que le resta establecer la validez de criterio en las dimensiones de afectos, comunicación, desunión familiar y aislamiento social, para lo que se continuará trabajando en su desarrollo.

c) Confiabilidad

Se realizó la prueba de confiabilidad de los factores utilizando el coeficiente de Alpha de Cronbach. En el análisis el Alpha de la prueba total es de .917 lo que se considera como aceptable. En cuanto a los factores, se obtuvieron los siguientes coeficientes en cada factor: afectos .865, apoyo .864, comunicación .875, roles .773, desunión familiar .708 y aislamiento social .693.

d) Validez

El instrumento cuenta con validez de fase, factorial y confiabilidad de la prueba total y por factor. La primera se obtuvo al elegir de manera intencionada a 9 psicólogas y 2 trabajadoras sociales con formación en terapia familiar, para evaluar 121 reactivos que se agrupaban en seis categorías: roles, afectos, límites, jerarquías, comunicación y apoyo.

Se estableció el criterio de aceptar un grado de acuerdo entre los jueces del 70% para determinar si los reactivos pertenecen o no a la dimensión en la que fueron clasificados. De modo que al final, quedaron 42 de los 121 reactivos. Posteriormente se elaboraron e integraron 8 reactivos para la dimensión de Roles y 7 para Límites, los cuales sumaron 68 reactivos en total.

La validez factorial se obtuvo mediante un análisis factorial con Rotación Varimax que se detuvo a las 29 iteraciones. Se incluyeron para este análisis los 58 reactivos que tuvieron una calidad discriminadora con un nivel de significancia menor a .05.

El análisis factorial arrojó 6 factores significativos que explican el 38.435 % de la varianza. Se estableció el criterio de carga factorial .30 para aceptar que un reactivo perteneciera a un factor, así como coherencia en el contenido.

Al factor 1 (7 reactivos) se le llamó *Afectos* y las cargas factoriales fueron de .565 a .779. El factor 2 (7 reactivos) fue denominado *Apoyo*, con cargas factoriales que fueron de .476 a .806.

El factor 3 (10 reactivos) fue nombrado *Comunicación*, con que presentaron cargas factoriales de .302 a .722. Al factor 4 (6 reactivos) con cargas factoriales de .310 a .740 se le llamó *Roles*. El factor 5 (5 reactivos) se denominó *Desunión familiar* y las cargas factoriales fueron de .389 a .782. Finalmente el factor 6(3 reactivos) fue denominado como *Aislamiento social*, con y cargas factoriales de .623 a .789.

e) Puntos de corte

Finalmente, se calcularon puntos de corte de acuerdo con la normalidad estadística que indicaran la posibilidad de una deficiencia. De acuerdo con el criterio estadístico la media más o menos una desviación estándar se considera fuera de la “normalidad”. Se calculó para los seis factores originales.

Se consideró una desviación estándar debajo de la media para los primeros cuatro factores (*Afectos*, *Apoyo*, *Comunicación* y *Roles*) y una desviación estándar arriba de la media para los dos últimos (*Desunión Familiar* y *Aislamiento Social*). Los cuales indican que las familias que se ubiquen por debajo o por arriba del punto de corte cuentan con una posible disfuncionalidad en ese factor.

IV.- Discusión

Este estudio tuvo como objetivo principal construir y validar un instrumento que evalué el Funcionamiento Familiar, formado por seis dimensiones (roles, jerarquías, límites, afectos, comunicación y apoyo) en familias con un miembro enfermo. El análisis factorial arrojó cuatro de las dimensiones planteadas originalmente (afectos, apoyo, comunicación y roles).

Adicionalmente se obtuvieron otras dos dimensiones que se les denominó: *desunión familiar* y *aislamiento social*. Sin embargo, de estos factores sólo los de roles y apoyo fueron sensibles a las diferencias entre las familias con enfermos crónicos y enfermos transitorios.

El hallazgo principal de esta investigación fue que se obtuvo un instrumento de 13 reactivos con el que se evalúan dos dimensiones del Funcionamiento Familiar: roles y apoyo. La prueba mostró validez de fase, factorial y de criterio; así como una confiabilidad aceptable, con un Alpha de Cronbach de .856 para la prueba total e índices de confiabilidad de .864 para la dimensión de apoyo y .773 para roles.

Se considera que el instrumento final es sensible en las dimensiones de apoyo y roles, ya que en éstas quizá los cambios en el Funcionamiento Familiar sean más evidentes, debido a que ante la aparición de una enfermedad en algún miembro de la familia, quedan vacíos en las funciones familiares que generan desequilibrio en la estructura familiar, modificándose los roles (Velasco y Sinibaldi, 2001).

En la muestra se observó, que a partir de que un familiar padece una enfermedad crónica los roles en la familia se modificaron, lo cual habla de la flexibilidad que se requiere para enfrentar y adaptarse a las nuevas necesidades instrumentales (Minuchin, 1979), que en estas familias son ocasionadas por la enfermedad. Lo cual coincide con lo reportado por Rolland (2000), en el sentido del impacto que la enfermedad crónica tiene en las pautas multigeneracionales, que incluyen las reglas que posibilitan la diferenciación de los roles.

Se ha observado, que las necesidades de apoyo de la familia aumentan cuando hay un miembro enfermo, requiriendo mayor participación de la familia nuclear, extensa y de las redes sociales (Rolland, 2000).

Sin embargo, la percepción de apoyo está sujeta a la capacidad de respuesta de la familia, al tiempo del diagnóstico y a si el entrevistado es el cuidador primario.

La importancia de evaluar esta dimensión radica en que una de las principales funciones de la familia es brindar apoyo a sus miembros cuando están en dificultades, lo que le exige acomodarse a nuevas circunstancias, de tal modo que el estresor sea contenido por toda la familia (Minuchin, 1979).

Contrario a lo que se esperaba, en las dimensiones de afectos, comunicación, desunión familiar y aislamiento social no se encontraron diferencias entre los grupos, debido quizá a que estos sean indicadores más estables del Funcionamiento Familiar frente a la enfermedad, o que tal vez requieran para su estudio definir circunstancias más específicas (fase de la enfermedad, ciclo vital de la familia, estructura familiar, entre otras).

En relación con lo anterior, Rolland (2000) menciona que para estudiar el impacto de la enfermedad crónica en la familia, es importante contemplar algunas variables como el inicio, curso y pronóstico de la enfermedad; tipo de incapacidad; la historia transgeneracional de la enfermedad; el nivel de desarrollo; el sistema de creencias; el grado de cohesión y adaptabilidad.

Sin embargo, para seleccionar la muestra no se consideraron las variables mencionadas por Rolland, lo cual representa una limitante en este estudio.

Por otro lado, se hizo un instrumento de tamizaje para evaluar el funcionamiento de las familias, independientemente de si tienen un enfermo crónico o transitorio. Se determinó establecer puntos de corte a partir de las puntuaciones bajas para las primeras cuatro dimensiones; y puntuaciones altas para las dos últimas.

En este estudio los puntos de corte se consideran como indicadores de disfuncionalidad familiar. Teniendo como resultado, un instrumento de 38 reactivos con validez de fase, validez factorial, confiabilidad de los factores con coeficientes Alpha que van de .693 a .865, y confiabilidad de la prueba total de .917.

Este instrumento podría ser utilizado, para identificar en las familias evaluadas, las áreas en las que sería necesario trabajar a nivel terapéutico. Los resultados que se obtienen con esta prueba, pueden ser útiles, aunque requieren ser tomados con cautela; ya que es necesario trabajar para obtener su validez de criterio, utilizando como criterio, entre otros, familias sin un miembro enfermo.

Se identificaron dos dimensiones adicionales a las planteadas originalmente, estas fueron nombradas como desunión familiar y aislamiento social. La primera evalúa dificultades, tanto emocionales como instrumentales, para relacionarse entre los miembros de la familia que provocan que la familia este desligada. Mientras que la segunda indica la dificultad que presenta la familia para convivir con personas externas; es decir, presentan límites externos rígidos que le podrían impedir el establecimiento de redes de apoyo más amplias.

Los resultados obtenidos con las pruebas de confiabilidad y validez de la escala de Funcionamiento Familiar, indican la necesidad de continuar afinando el instrumento con respecto a la validez de criterio, para ello se podría utilizar como criterio familias sin ningún miembro enfermo.

3.2.2.- Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cualitativa

El impacto del Cáncer de Hueso en la familia y el paciente: Historias de fortaleza

Resumen

Cuando se presenta una enfermedad en la familia se produce un desequilibrio en la misma, al alterarse el funcionamiento familiar (Velasco y Sinibaldi, 2001). Rolland (2000) propone un modelo sistémico de la enfermedad que aborda las áreas del funcionamiento familiar (fase de la enfermedad, cambios en las pautas estructurales y organizacionales de la familia, procesos de comunicación y sistema de creencias) en donde se puede evaluar el impacto de la enfermedad crónica. Esta investigación describe estas áreas en familias de pacientes con Cáncer que reciben su tratamiento en el Instituto de Rehabilitación. Los resultados muestran el impacto del padecimiento en el paciente y su familia, describiendo los cambios en la organización y estructura de los subsistemas conyugal, fraternal y parental.

I.- Marco teórico

El Cáncer es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. El cáncer no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen (Suárez, 2002).

Existen varios cientos de formas distintas, siendo tres los principales subtipos: los sarcomas proceden del tejido conectivo como huesos, cartílagos, nervios, vasos sanguíneos, músculos y tejido adiposo.

Rolland (2000), centra el estudio del impacto de la enfermedad crónica en la familia en la interacción de enfermedad crónica, individuo, familia y sistemas biopsicosociales. Este distingue tres dimensiones de estudio:

- a) **El tipo psicosocial de la enfermedad:** contempla el tipo de inicio: agudo o crónico; el curso: progresivo, constante o episódico; el pronóstico: fatal, disminución de la expectativa de vida, muerte súbita o carente de efecto sobre la longevidad; y el tipo de incapacidad: ninguna, leve, moderada o severa, o incapacidad cognitiva, motora, imagen corporal, etc. (Velasco y Sinibaldi, 2001).

- b) **Fases de la enfermedad:** cada una de ellas representa un reto o tarea a cumplir tanto emocional como instrumentalmente, tanto por el paciente como por la familia (Velasco y Sinibaldi, 2001). Pueden describirse tres fases principales: 1) de crisis; 2) crónica y 3) terminal (Rolland, 2000).

- c) **Claves del sistema familiar:** contemplan la historia transgeneracional de enfermedades, el nivel de desarrollo, el sistemas de creencias, el grado de cohesión, la adaptabilidad y la comunicación (Velasco y Sinibaldi, 2001).

Analizando los procesos familiares normales Rolland (2000) identificó los componentes claves del funcionamiento familiar que utiliza desde un modelo sistémico de la enfermedad, basándose en la evolución de cuatro áreas básicas del funcionamiento familiar, las cuales se describen a continuación:

A) Pautas Estructurales u Organizativas de la Familia: el funcionamiento de toda familia debe considerarse en función de cuán efectivamente organiza su estructura y los recursos a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo de vida, estas pautas se integran de varios los siguientes elementos:

1.- Adaptabilidad familiar: nos habla de la habilidad de las familias para adaptarse a las circunstancias cambiantes o a las tareas de desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes; ésta es un elemento

fundamental para enfrentar estas situaciones ayudan a mantener una estabilidad (homeostasis).

2.- Cohesión: ésta ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad.

3.- Límites: son los que determinan quién hace qué, dónde y cuándo, su correcto establecimiento es un requisito estructural fundamental.

4.- Normas: éstas organizan la interacción y sirven para mantener un sistema estable al prescribir y limitar la conducta de sus miembros.

5.- Solución de problemas: ésta se refiere a la habilidad de la familia para solucionar los problemas normativos y no normativos con los que se enfrenta y mantener un funcionamiento familiar eficaz (Epstein, 1993; en Rolland, 2000).

B) Procesos de Comunicación: para que la familia logre un control de la enfermedad y la discapacidad es esencial que tenga una comunicación efectiva. Se debe evaluar la capacidad de la familia para comunicarse cuestiones prácticas y emocionales, (Epstein, 1993; en Rolland, 2000).

C) Ciclo de vida familiar: éstas se refieren a las reglas que posibilitan la diferenciación roles, derechos, obligaciones y organización jerárquica en la familia.

D) Sistema de Creencias de la Familia: uno de los componentes de la construcción de la realidad compartida por la familia, es un conjunto de creencias acerca de la salud y la enfermedad, que influye en su manera de interpretar la enfermedad y orienta su comportamiento para procurar la salud.

II.- Planteamiento del problema

2.1. Preguntas de investigación

- ¿Cómo es el tipo psicosocial de la enfermedad del hijo con Cáncer?
- ¿Cuál es la fase de la enfermedad del hijo con Cáncer?
- ¿Cómo son las pautas estructurales y organizacionales de la familia con un hijo con Cáncer?
- ¿Cómo son los procesos de comunicación entre los miembros de la familia con un hijo con Cáncer?
- ¿Cuál es la etapa del ciclo de vida de la familia del hijo con Cáncer?
- ¿Cómo es el sistema de creencias de la familia con un hijo con Cáncer?

2.2. Objetivos de la investigación

General: Conocer cómo impacta el cáncer a la familia con hijos adolescentes.

Específicos:

- Describir el tipo psicosocial y la fase de la enfermedad del hijo con Cáncer
- Analizar los cambios percibidos por la madre en las pautas estructurales y organizacionales de la familia a partir de que tienen un hijo que padece algún tipo de Cáncer
- Describir los cambios percibidos por la madre en los procesos de comunicación a partir de que tienen un hijo con cáncer
- Describir la etapa del ciclo de vida de la familia del hijo con Cáncer
- Analizar el sistema de creencias de la familia con un hijo con Cáncer

III. Justificación

El cáncer es una de las enfermedades que ha irrumpido con mayor ímpetu el panorama epidemiológico del país desde finales del siglo XX, convirtiéndose en un problema de salud pública a nivel mundial no sólo por sus graves manifestaciones clínicas y su alta letalidad, sino también por la gran variedad de factores de riesgo con los que se asocia (Kuri, 2006).

Las estadísticas expuestas por el Instituto Nacional de Cancerología (2001) muestran que el cáncer ocupa desde 1990 el segundo lugar como causa de muerte en el país. En el año 2001 el cáncer provocó 55,731 defunciones anuales, 52 y 48% para mujeres y hombres respectivamente, con tasas por 100,000 habitantes.

De igual forma, el cáncer infantil es la segunda causa de mortalidad en México entre niños de edad escolar (de 6 a 15 años). Desafortunadamente, muchas veces las cifras reales sólo se conocen hasta el desenlace, pues aunque los Registros Nacionales reconocen mil 800 casos nuevos de cáncer infantil al año, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática reporta seis mil niños muertos al año por la misma causa (INEGI, 2007).

Las cifras antes descritas, ilustran como cada día hay con mayor frecuencia familias que tengan a un miembro con algún tipo de cáncer, sea uno de los padres o un hijo, la aparición de este tipo de enfermedades afecta el sistema al aparecer en cualquiera de las etapas del ciclo vital de la familia.

IV. Metodología

4.1.- Tipo de investigación: es una investigación descriptiva desde un enfoque cualitativo que pretendió recuperar la vivencia de la familia ante el Cáncer del hijo.

4.2. Hipótesis: el Cáncer en el hijo impacta a la familia produciendo un grado de desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecida.

4.3. Descripción de los participantes: se seleccionó de forma intencional a las madres de los todos los niños o adolescentes del total de la población con Cáncer de hueso que eran atendidos en el momento de la investigación en el

área de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación, ubicado en el Distrito Federal, México; teniendo una muestra final de cuatro sujetos.

4.4. El escenario: la investigación se realizó en el área de tumores óseos del Instituto Nacional de Rehabilitación (6to piso). Las entrevistas se efectuaron en las habitaciones donde estaban hospitalizados los pacientes.

4.5. Técnicas e instrumentos: se realizó una entrevista a profundidad, ya que es una herramienta flexible y dinámica para explorar la realidad, utilizando una guía semiestructurada que se fue adecuando a las circunstancias y vivencias específicas de cada caso (Benney y Hughes, 1980; en Taylor y Bogdan, 1982).

Esta guía estuvo integrada por 52 reactivos, agrupados en los siguientes nueve rubros: ficha de identificación del entrevistado, etapa del ciclo familiar, seguimiento médico, datos del padecimiento, fase de la enfermedad, tipo psicosocial de la enfermedad, creencias, pautas estructurales y organizacionales de la familia y procesos de comunicación (Mayor información, ver anexo 3).

V. Resultados

CATEGORÍAS INICIALES

A) Tipo psicosocial de la enfermedad

Se encontró que los pacientes tienen un Osteosarcoma ubicado en uno de sus pies o piernas, este empezó a manifestarse en promedio hace más de un año, iniciaron su enfermedad con una pequeña molestia en la zona afectada, con un curso progresivo, un pronóstico de disminución de la expectativa de vida y una incapacidad de tipo motora, al amputársele el miembro. Los pacientes presentan impacto en la imagen corporal por los efectos de la quimioterapia, ya que se les ha caído el cabello, han perdido peso y se les ha oscurecido el tono de su piel.

B) Fases en la historia natural de la enfermedad

Los pacientes se ubican en una fase crónica, ya que están en un periodo de adaptación al tratamiento, al haberseles amputado su miembro y estar recibiendo su ciclo de quimioterapia (este dura tres días aproximadamente, con un intervalo de tres semanas entre cada una), logrando erradicar el tumor maligno.

C) Variables claves del sistema familiar

1) Ciclo de vida familiar (historia transgeneracional de enfermedades)

Las familias fueron formadas hace más de 10 años, están integradas por cuatro o cinco miembros (los padres e hijos), están ubicadas en la etapa de familias con hijos pequeños, adolescentes o adultos, los pacientes tienen entre

7 y 20 años, son los segundos o terceros hijos de la familia. En cuanto a la historia transgeneracional de la enfermedad, sólo en una familia existen antecedentes de aparición de otros tipos de Cáncer, esto en miembros de la familia materna.

2) Pautas estructurales y organizativas de la familia

a) Adaptabilidad familiar: se encontró que desde la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad del hijo, ha sido necesario que se realicen una serie de modificaciones en los **roles** establecidos y ejecutados hasta ese momento; la madre y la abuela (en una familia) eran las encargadas de realizar las labores domésticas, ahora se convierte en las cuidadoras primarias del paciente teniendo que ejercer una doble función: hacer los quehaceres domésticos y ser las “enfermeras” permanente del mismo, esto afecta la dinámica familiar al tener menos tiempo para compartirlo con los demás (hijos y esposos).

El padre o la madre (que en una familia funge el rol de proveedora), tiene que ampliar sus horarios de trabajo ya que su rol de proveedor se enfatiza al tener que conseguir los recursos económicos tanto para solventar a su familia, como para pagar los gastos médicos del hijo. Además, tiene que apoyar en las actividades domésticas organizando la casa y cuidando a los otros hijos.

Los miembros de la familia extensa, por la ausencia de la madre, asumen diversos roles: tías y abuelas que preparan la comida y cuidan a los hijos pequeños. Y los hijos mayores que limpian y organizan la casa.

El **apoyo** ha aumentado principalmente en las familias paternas ya que los abuelos llaman por teléfono al paciente brindándole palabras de aliento, los tíos les regalan algunas cosas para que las rifen, organizan eventos para recaudar fondos, y pagan algunos gastos como: viajes al hospital y ciclos de quimioterapia.

Al contrario, los pacientes siempre se han sentido apoyados por las familias maternas, en donde a partir de la enfermedad las abuelas les llaman manifestándole frases de aliento y ánimo. Las tías y primas, que viven en el distrito federal, los visitan en el hospital y los reciben en su casa entre los ciclos de quimioterapia. También escuchan a las cuidadoras primarias (madres) sobre las diferentes emociones que experimentan como: enojo, tristeza, miedo, frustración, esperanza, etc. Las familias nucleares apoyan a los pacientes brindándoles palabras de aliento y esperanza.

b) Cohesión: ha aumentado a partir de la aparición de la enfermedad de los pacientes, tanto en las familias nucleares como en las extensas, se sienten más cercanos unos de otros; conviven, se apoyan y salen de paseo con el objetivo de apoyar a los pacientes en lo que sea necesario. Sin embargo, consideran que esta cohesión era mayor al inicio de la enfermedad, y ha ido disminuyendo conforme han ido recibiendo sus tratamientos, además creen que una vez que concluyan este, la cercanía en su familia volverá a ser como lo era anteriormente.

c) Límites: en la mayoría de las familias los límites tanto internos como externos son claros, ya que cada uno tiene su propio espacio, el cual es respetado por los miembros la familia. Sin embargo, en una familia los límites son difusos, ya que el paciente figura como hijo de sus abuelos y hermano tanto de sus tías como de su madre, por esto tiene varias figuras de autoridad a las que debe obedecer.

d) Normas: tanto las reglas como los castigos son impuestos por los padres de manera conjunta, respetando las decisiones del otro.

e) Solución de problemas: existen varios **problemas** que las familias tienen que resolver: el costo del tratamiento ya que en este hospital los padres tienen que financiar los gastos de hospitalización, estudios, operaciones, medicamentos y ciclos de quimioterapia, los cuales aumentan al radicar en provincia.

A partir de que les amputaron algún miembro a los pacientes, han tenido problemas para desplazarse en su casa, ya que los escalones son un peligro constante para estos. Otra dificultad es que a los pacientes les gustaría que su red de apoyo los visitara en el hospital durante su estancia; sin embargo, esto no es posible ya que tienen que quedarse en su lugar de origen desarrollando sus actividades cotidianas; además de trabajar para pagar los gastos médicos.

Los hermanos 1) extrañan a sus madres y se sienten tristes cuando no están; 2) los hijos menores tienen que ser más independientes: bañándose, peinándose y vistiéndose solos; mientras que los hijos mayores desempeñan nuevos roles; 3) están tristes porque ya no pueden jugar como antes con el paciente; y 4) sienten que los padres centran su atención en el hijo enfermo.

Para **solucionar** esta problemática los padres utilizan sus ahorros, organizar diversos eventos (fiestas, comidas, rifas, ventas de garaje); cooperan entre todos los miembros de la familia, tramitan descuentos en el hospital y buscan un padrino en asociaciones civiles para que financie el tratamiento.

Para resolver las dificultades de desplazamiento han colocado barras y rampas en la casa; además, los pacientes se han perfeccionado en el uso de las muletas bajando las banquetas de lado.

Los padres brindan la misma atención a todos sus hijos; además, los involucran para que apoyen al paciente para que desarrollen las habilidades necesarias para realizar las actividades como lo hacía antes de la amputación.

En cuanto a la **toma de decisiones** las realizan las parejas de manera conjunta; sin embargo, los pacientes decidieron (apoyados por las madres) la amputación de su miembro a pesar de que sus padres no estaban de acuerdo.

3) Sistema de creencias de la familia: en las familias no tienen certeza sobre el origen de la enfermedad de sus pacientes. Esta situación les genera ansiedad y angustia, ya que los pone en una posición de total vulnerabilidad al poder padecer cáncer en cualquier momento al igual que sus familiares.

4) Procesos de comunicación: se observó que está presente tanto la comunicación emocional como la instrumental; en el primer tipo de comunicación pueden hablar de cómo se sienten a partir de la aparición de la enfermedad, mencionaron que podían hablar de todo tipo de emociones; sin embargo, en más fácil hacerlo sobre las emociones “positivas”; es decir, las que ayudan a los pacientes a desarrollar fe y esperanza de que sobrevivirán a la enfermedad; ya que las emociones “negativas”, como el enojo, la tristeza, la desesperanza y la frustración, podrían desanimarlos al afectar su estado de ánimo.

En cuanto a la comunicación instrumental, se habla sobre las necesidades de apoyo que las familias tienen a partir de la enfermedad; así como el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, lo cual ayuda a afrontar de mejor manera los cambios requeridos por la situación.

CATEGORÍAS ENCONTRADAS:

A partir de los planteamientos iniciales de la investigación y del análisis realizado de cada una de las entrevistas, se crearon otras categorías, con sus respectivas definiciones, en torno a las experiencias dolorosas que han vivido las familias a partir de la enfermedad del hijo, las cuales se describen a continuación:

1) Apoyo: se refiere a la ayuda que la familia recibe de distintas instituciones o asociaciones como el Instituto Nacional de Cancerología y/o Luz de Vida AC., de Dios y de amigos del paciente o la familia.

2) Aprendizajes de la enfermedad: son los aprendizajes que lograron los padres, hermanos o el paciente a partir de vivir la enfermedad.

3) Características de la relación madre-hijo: son las características que describen el tipo de interacción que se establece entre el vínculo madre-hijo.

4) Comunicación entre familia y equipo médico: son las habilidades de los miembros del equipo médico para hablar con la familia tanto de forma instrumental como emocional sobre el diagnóstico y el tratamiento.

5) Contacto con grupos de iguales: Es cuando los padres y/o el paciente platican y/o conviven con otras personas con padecimientos similares.

6) Cuidador primario: es un miembro de la familia designada implícita o explícitamente por esta, para acompañar, cuidar y atender al paciente.

7) Desventajas por radicar en provincia: son las dificultades que se enfatizan por el hecho de radicar en provincia y tener que viajar al Distrito Federal para recibir atención médica especializada.

8) Discrepancias entre los padres sobre el tratamiento: es cuando los padres toman decisiones distintas sobre el tratamiento y/o cuidado del paciente.

9) Emociones de la familia: son las emociones que los distintos miembros, tanto de la familia nuclear como extensa, experimentan y manifiestan a partir de la enfermedad de su familiar.

10) Impacto de la enfermedad en la relación conyugal: son los cambios que ha tenido la pareja como consecuencia de la enfermedad de su hijo.

11) Impacto de la enfermedad en los hermanos: son los cambios que ha tenido los hermanos como consecuencia de la enfermedad de su hermano.

12) Impacto de la enfermedad en el paciente: son los cambios que ha tenido el paciente como consecuencia de su enfermedad.

13) Información sobre la enfermedad: son los conocimientos que la familia y/o el paciente tiene sobre la enfermedad, la cual le ha ayudado a tomar decisiones y afrontar problemas.

14) Nivel sociocultural de la familia: se refiere al nivel social, económico y cultural de la familia.

15) Reacción de la familia ante el diagnóstico: son los estilos de afrontamiento que tiene cada uno de los miembros de la familia, tanto nuclear como extensa, para enfrentar el diagnóstico.

16) Reacción de la familia ante las nuevas formas de organización: son los estilos de afrontamiento que tienen cada uno de los miembros de la familia, tanto nuclear como extensa, para adaptarse a las nuevas formas de organización que la enfermedad del hijo (a) les demanda.

17) Reacción de la familia ante el tratamiento: Son los estilos de afrontamiento que tiene cada uno de los miembros de la familia, tanto nuclear como extensa, para adaptarse a las nuevas formas de organización que la enfermedad les demanda.

VI. Conclusiones

Retomando el planteamiento inicial de esta investigación, se pretendió conocer el impacto que la enfermedad tiene tanto en el paciente como en su familia (nuclear y extensa), se encontró que efectivamente el Cáncer desde el diagnóstico hasta el tratamiento provoca una desorganización que rompe la estructura de funcionamiento establecida y útil hasta ese momento para mantener la homeostasis del sistema.

Este estado de desorganización se va restableciendo con forme avanza el tratamiento de la enfermedad y el sistema desarrolla estrategias para adaptarse a la nueva situación. Para lograr lo anterior, es indispensable que se hagan reestructuraciones en los roles, el apoyo y la cohesión principalmente; además de desarrollar estrategias para resolver las múltiples problemáticas que se presentan.

La cohesión se modifica, ya que esta aumenta a partir del diagnóstico y va disminuyendo durante el tratamiento hasta retomar como estaba inicialmente; es decir, las familias que antes de la enfermedad estaban cohesionadas (sintiéndose cercanas al apoyarse y compartir distintas actividades) durante el diagnóstico y en el transcurso del tratamiento se unen más, para en las últimas etapas del mismo volver a estar tan unidos como al principio; sin embargo, las familias que antes de la enfermedad estaban desunidas, durante el diagnóstico y el tratamiento aumenta la cercanía, pero hacia el final de este vuelven a estar desunidas como al principio de la enfermedad.

El cáncer es una enfermedad que tiene un fuerte impacto en la económica familiar, ya que el tratamiento (hospitalización, estudios, operaciones, medicamentos y ciclos de quimioterapia) tiene un costo elevado, ante lo cual los padres ponen en peligro el patrimonio familiar. Al respecto, es indispensable que la secretaria de salud despliegue estrategias para atender a los miles de niños que tienen este padecimiento, ya que en la mayoría de los casos con un tratamiento oportuno pueden sobrevivir; sin embargo, las limitaciones económicas de las familias que vienen de provincia no siempre lo permiten.

Las familias por su condición de foráneos tienen que solucionar una serie de problemáticas que se evitarían si existieran instituciones especializadas en provincia, similares a las que hay en esta ciudad. Sin embargo, al tener que viajar hasta la capital del país para ser atendidos las familias pierden su red de apoyo, ya que sus familiares y amigos se quedan en su ciudad de origen mientras reciben su tratamiento; esto le provoca tanto al paciente como al cuidador primario sensaciones de soledad y tristeza.

A partir de la enfermedad, los padres enfocan toda su atención y apoyo hacia este, desatendiendo a sus otros hijos; esto lo manifiestan los hermanos con actitudes de celos hacia el paciente, al respecto los padres podrían compartir más tiempo con sus otros hijos involucrándolos en el cuidado de su hermano enfermo.

Otro factor indispensable, es el impacto que el Cáncer tiene en el paciente; ya que los cambios físicos, psicológicos, emocionales y escolares que experimenta son dramáticos, y si no se resuelven favorablemente pueden desencadenar en un estado depresivo que dificultara su recuperación.

Es importante, que se propicie la comunicación emocional en la familia, ya que con la creencia de que no es “sano” para el paciente que se hable de emociones “negativas”, estas se evitan; lo que con el tiempo podría desencadenar algún tipo de depresión en los padres, el paciente y/o los hermanos.

Los tipos de vínculos entre los miembros de los distintos subsistemas (conyugal, paternal y fraternal) que existían en la familia antes de la enfermedad, pueden tener diversos matices a partir de la misma; es decir, pueden mejorar o empeorar (dependiendo de las habilidades de sus miembros), por el impacto de la crisis que representa la enfermedad.

El equipo médico del Instituto Nacional de Rehabilitación dan un enorme apoyo a las familias que acuden ahí para que sus hijos reciban su tratamiento; ya que brindan la información necesaria sobre las ventajas y desventajas del tratamiento de una forma clara; además, son sensibles y cálidos con los padres escuchándolos hablar sobre cómo se sienten a partir de la enfermedad.

Estar en contacto con otras familias que tienen un hijo con un padecimiento impacta de diversas formas a las familias, a algunas les brinda esperanza y fe de que superaran la enfermedad; mientras que a otras las desanima el hecho de que otros pacientes han muerto durante el tratamiento.

La reacción de las familias al tratamiento y las nuevas forma de organización ha sido positiva, ya que tanto la familia nuclear como la extensa manifiestan que lo más importantes es confiar plenamente en el equipo médico y hacer todo lo que ellos les indiquen para que su paciente supere la enfermedad.

Es importante que se trabaje con estas familias, destacando los aprendizajes que como grupo han tenido a partir de la enfermedad del hijo; resaltando que al vivir esta experiencia han desarrollado fortaleza, unión y madures.

VII. Sugerencias y/o recomendaciones

Desde la visión del enfoque sistémico, es recomendable que estas familias reciban atención utilizando un modelo de terapia breve que se enfoque principalmente en los siguientes ejes de intervención:

A) Terapia individual con el paciente, enfocándose en 1) el manejo del duelo por la pérdida de la salud, 2) en desarrollar habilidades para la resolución de problemas, 3) en el manejo de emociones y pensamientos catastróficos, 4) en identificar la red de apoyo: amigos y familiares que puedan apoyarlo y 5) en trabajar para que este recupere su autonomía y seguridad.

B) Terapia familiar, para lograr lo siguiente: 1) desarrollar habilidades para la resolución de problemas, 2) manejar las emociones y pensamientos catastróficos, 3) identificar la red de apoyo, 4) manejar el duelo por la pérdida del hijo sano, 5) desarrollar habilidades en los padres para lograr la reestructuración de los roles familiares, 6) trabajar con los hermanos para disminuir los celos que tienen hacia el paciente, 7) despejar todas las dudas que la familia y el paciente tengan sobre la enfermedad, sus síntomas y su tratamiento, 8) enfatizar los aprendizajes que la familia ha logrado a partir de la enfermedad de su hijo.

C) Elaboración de un taller para la cuidadora primaria, enfocado en los siguientes ejes: 1) despejar las dudas que la familia y el paciente tengan sobre la enfermedad, síntomas y tratamiento, 2) desarrollar habilidades para la resolución de problemas, 3) manejar las emociones y pensamientos catastróficos, 4) identificar la red de apoyo: amigos y familiares que puedan

apoyar a la familia y 5) enfatizar los aprendizajes que la familia ha logrado a partir de la enfermedad.

3.3.- Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento: Atención y Prevención Comunitaria

3.3.1.- Elaboración de Productos Tecnológicos

3.3.1.1.- Producto tecnológico 1: “Taller de inducción al posgrado, UNAM”

Alvarado, Asunción, Barrios, Carmona, Montero y Villegas

Se realizó un taller para inducir a los alumnos de la 7ma generación a la maestría en Psicología, con residencia en Terapia Familiar; este se llevó a cabo en la semana del 6 al 10 de agosto de 2007, por las mañanas de 10:00 a 12:00 am. El taller estuvo integrado por cuatro sesiones. Las tres primeras son teóricas, con una duración de una hora y media cada una y la última es una visita guiada.

El objetivo general del mismo fue, Integrar a los alumnos de primer semestre que ingresan al programa de Residencia en Terapia Familiar; mientras que los específicos fueron conocer lo siguiente:

- La UNAM, su surgimiento y principales símbolos.
- Los servicios que brinda la UNAM y la Residencia en Terapia Familiar a sus alumnos.
- La Facultad de Psicología.
- El programa de Residencia en Terapia Familiar.

El temario se integro por los tres grandes rublos que se describen a continuación:

❶ INTRODUCCIÓN A LA UNAM

- Proyecto el “Elefante Blanco”.
- Símbolos: biblioteca central, escudo, lema, himno, goya, puma.
- Mapa General de C.U.
- Centro Cultural, Biblioteca Central, alberca olímpica y centro médico,
Transporte interno (pumabús), RIU.

❷ INTRODUCCIÓN A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA

- Localización de la Facultad de Psicología.

- Facultad de Psicología (Historia, descripción de edificios y oficinas que la componen).

③ PROGRAMA DE RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

- UAP
- Objetivo general del programa.
- Perfil del egresado.
- Materias de Tronco Común.
- Materias de la Residencia en TF.
- Mapa curricular.
- Sedes de entrenamiento.
- Responsable académico.
- Tutores, Supervisores y Docentes.
- Servicios a estudiantes.
- Centro de Cómputo.
- Préstamo de libros, cañón, lap top, proyector de acetatos, T.V., vídeo reproductor, videocámara, tripie.
- Apoyos económicos. Becas y apoyos especiales a los alumnos.
- Información Administrativa y Académica.
- Trámites.
- Formatos.
- Reporte Semestral de Actividades.
- Titulación (Reporte Final, Examen de competencias profesionales).

Las dinámicas que se utilizaron durante el taller, fueron básicamente de los tres tipos de que se describen en seguida:

1. Presentaciones cruzadas

Objetivo:

- Romper el hielo en un grupo recién formado.
- Memorización e impacto de la experiencia de un nuevo grupo.
- Sentir producto de la descripción hecha por otra persona.

Tiempo: 30 a 40 Minutos.

2. Mesa redonda de información

Objetivo:

- Que los participantes de dos grupos se conozcan.
- Que los miembros de un grupo le transmitan a los otros conocimientos previos.
- Romper el hielo.

Tiempo: 20 Minutos.

3. Compartir la experiencias

Objetivo:

- Que los participantes expresen su visión acerca del curso y su experiencia personal en él.

Tiempo: 10 Minutos.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

Los alumnos reportaron que se sintieron contentos, entusiasmados, con menos incertidumbre, más seguros y con una visión más amplia de lo que es la maestría y la UNAM. Además pudieron resolver sus dudas. Consideran que el taller fue una oportunidad para conocer a los alumnos de su mismo grupo y de semestres avanzados, así como integrarse. Los participantes mencionaron que es una buena idea que este curso se dé por alumnos de la maestría, ya que hay información y tips que sólo ellos pueden dar.

En cuanto a los organizadores, mencionaron que les agrado compartir su experiencias con la nueva generación, además de conocerse, lo cual ha permitió que interactuara y aclaran sus dudas ante los trámites que ellos ya realizaros.

Al final del taller se realizó una evaluación tanto de los participantes como de los instructores, en donde los primeros mencionaron que les gustaría que se aumentara el tiempo utilizado para abordar el tema relacionado con las actividades académicas, información sobre la currícula, las tutorías y los trámites administrativos (inscripción y beca). Así como, para que los alumnos del semestre avanzado puedan compartir su experiencia y resolverles sus dudas. También, mencionaron que sería más cómodo para ellos que no se les programaran dos talleres consecutivos, ya que al finalizar el taller de inducción tenían que acudir al taller del sistema de base de datos e investigación bibliográfica.

En cuanto a los organizadores consideraron que sería útil realizar el taller en tres días y que sea una opción la visita a algunos lugares de Ciudad Universitaria; además, sería importante disminuir el tiempo dedicado a la historia de la UNAM para ampliar el espacio para que los alumnos de 3ero hablen sobre sus vivencias, den recomendaciones y/o sugerencias personales sobre materias, trabajos, profesores y sedes; realizando el curso en un clima de menos formalidad, con la intención no solo de informar sino de compartir las vivencias.

3.3.1.2.- Producto tecnológico 2: “Taller: El Cáncer en la familia”

Montero y Villegas

Se diseñó un taller para apoyar a las madres de los niños con Cáncer de hueso que asisten al área de tumores óseos, del Instituto Nacional de Rehabilitación, a recibir su tratamiento.

I.- OBJETIVOS

General:

Desarrollar habilidades en las cuidadoras primarias para que logren sobrellevar, de la mejor manera posible, el tratamiento de la enfermedad que padece su hijo (a).

Específicos:

- Informar a la familia y al paciente sobre la enfermedad y el tratamiento de la misma, con la intención de despejar todas las dudas que estos tengan.
- Desarrollar habilidades en las cuidadoras primarias para la resolución de problemas

- Ayudar a las participantes para que aprendan a controlar tanto sus emociones como sus pensamientos catastróficos.

- Que las participantes identifiquen la red de apoyo: amigos, familiares e instituciones que puedan apoyar a la familia y el paciente

- Enfatizar en la familia los aprendizajes que han tenido a partir de la enfermedad de su hijo (a).

II.- PLAN:

El taller siguió una dinámica vivencial y está compuesto por tres sesiones, con una duración de tres horas cada.

III.- POBLACIÓN

La muestra se conformó por mujeres que tenían hospitalizado a uno de sus hijos en el instituto para que recibieran su tratamiento contra el Cáncer de hueso.

IV.- HORARIO

Lunes, martes y miércoles de 10:00 AM. a 1:00 PM.

V.- LUGAR DE APLICACIÓN

El taller se impartió en la sala de residentes del Área de tumores óseos (6to piso) del Instituto Nacional de Rehabilitación, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 289 Col. Arenal de Guadalupe. Los días lunes, miércoles y viernes, con un total de 9 horas distribuidas en 3 sesiones de 3 horas cada una. En un horario de 10:00 AM. a 1:00 PM.

VI.- FACILITADORAS

El taller fue impartido por dos psicólogas, estudiantes de la maestría en psicología con residencia en Terapia Familiar; las cuales asumieron las funciones de orientar, dirigir, cuestionar y organizar las actividades del taller.

VII.- TEMARIO

1.- Cáncer y tratamiento (cirugía y quimioterapia)

- Cáncer de hueso.
- Cirugía
- Quimioterapia

2.- Emociones y pensamientos catastróficos

- Emociones
- Pensamientos catastróficos

3.- Resolución de problemas

- Tipos de problemas: económicos, familia, laborales y escolares
- Soluciones

4.- Red de apoyo

- Apoyo institucional
- Apoyo religioso
- Apoyo familiar
- Apoyo de amigos

5.- Aprendizajes logrados a partir de la enfermedad

- En el paciente
- En la familia

VIII.- MATERIALES

Cinta, colores, figuras de fomi en forma de rocas y un camino, formato de Escritura Emocional Autoreflexiva, formato de evaluación del taller, formato de los tipos de problemas, formato de los círculos mágicos, formato de los cambios en mi familia, grabadora, hojas blancas, láminas de papel bond, plumas, plumones, tarjetas autoaderibles, canción: “Color Esperanza”, madeja de estambre, marcadores, música de relajación y poema “Luchar”.

IX.- PROCEDIMIENTO

El taller se inició dando la bienvenida a las participantes, presentándose a las facilitadoras y el objetivo del taller.

Posteriormente, se presentó una a una todas las participantes mediante la dinámica de “la telaraña”, enfatizando su nombre y cuáles son sus expectativas respecto al mismo.

Después, se explicó en qué consistirían cada una de las actividades que se realizarían a lo largo de las tres sesiones para alcanzar los objetivos planteados y cumplir las expectativas de las participantes.

SESIÓN 1

Actividad 1.- “**las reglas del taller**”, consistió en elaborar de forma grupal una lista de reglas que deberán ser respetadas tanto por las participantes como las facilitadoras, para lograr un clima de confianza y empatía a lo largo del taller.

Actividad 2.- “**Cáncer de hueso**”, una de las facilitadoras expuso qué es el cáncer, cuáles son sus síntomas y cuál es el origen, esto se realizó integrando los conocimientos previos que tenían las participantes.

Actividad 3.- “**Tratamiento: cirugía y quimioterapia**”, otra de las facilitadoras expuso los tipos de tratamiento que se utilizan para esta enfermedad, esto se realizará integrando los conocimientos previos que tienen las participantes.

Actividad 4.- “**Cambios en mi familia**”, se les pidió a las participantes que reflexionen sobre qué cambios se han presentado tanto en su paciente, en sus hermanos, en la pareja y en la familia en general, a partir de la enfermedad y el tratamiento de su hijo; y esto lo escribieron en el formato que se les entregó para que posteriormente lo compartieran con sus compañeras.

Actividad 5.- **“cierre de la sesión”**, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron de ellas mismas?, ¿qué se llevan?, y quienes lo desearon, lo compartieron con sus compañeras.

SESIÓN 2

Actividad 6.- **“Mito de Psiqué”**, una de las facilitadoras narró este mito y al finalizarlo conectó la historia con la importancia que los sentidos tienen para nuestra vida a partir de que nos permiten tener contacto con el mundo exterior, y por ello es indispensable que éstos se desarrollen y se utilicen al máximo.

Actividad 7.- **“Emociones”**, consistió en agrupar a las participantes en 4 equipos para que elaboraran de forma conjunta una definición de emoción.

Actividad 8.- **“Escritura Emocional Autoreflexiva”**, se les entregó el material y se les pidió que escribieran sobre un momento difícil de su vida, enfatizando cómo se sintieron y qué aprendieron.

Actividad 9.- **“¿Qué pienso cuando pienso?”**, se utilizó una técnica de imaginería guiada para que las participantes reflexionaran sobre qué pensamientos catastróficos o negativos han tenido a partir del diagnóstico y el tratamiento de su hijo; y cómo esto ha impactado el funcionamiento de su familia; después una de las facilitadoras fue escribiendo mientras lo iban mencionando en lluvia de ideas; finalmente compartieron cómo los habían superado.

Actividad 10.- **“Las piedras del camino”**, se colocó en la pared una figura de fomi en forma de un camino, y se les entregó a las participantes figuras de fomi en forma de rocas en donde escribieron los problemas que han tenido que enfrentar a partir de la enfermedad del hijo; posteriormente, de una en una fueron mencionando las dificultades mientras pegaron las rocas en el camino dependiendo de qué tan difícil de resolver les resultó su problema; es decir, donde difícil se colocó cuesta arriba.

Actividad 11.- **“Moviendo las piedras del camino”**, pasaron una a una las participantes y eligieron un problema propio o de sus compañeras que hayan podido solucionar, y mientras iban explicando cómo lo hicieron, fueron retirando las piedras del camino.

Actividad 12.- **“cierre de la sesión”**, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron de ellas mismas?, ¿qué se llevan?, y quienes lo desearon, lo compartieron con sus compañeras.

SESIÓN 3

Actividad 13.- **“Los círculos mágicos”**, se les entregó a las participantes el formato del círculo mágico y se les pidió que reflexionaran sobre qué instituciones, familiares y amigos que los han apoyado durante el tratamiento del hijo; posteriormente, lo compartieron con las compañeras enfatizando cómo y en qué situación habían recibido ayuda de las distintas personas.

Actividad 14.- “**Escritura en tres partes**”, se realizó una técnica de imaginación guiada a través de la cual las participantes pudieron reflexionar sobre el crecimiento que han tenido a través de las experiencias difíciles que han vivido por la enfermedad del hijo; posteriormente, escribieron cómo estaban antes, durante y después de esta experiencia, finalmente lo compartieron con sus compañeras.

Actividad 15.- “**Poema Luchar**”, se les entregó un poema y se les pidió que alguna de las participantes lo leyera, finalmente se reflexionó sobre este.

Actividad 16.- “**Evaluación del taller**”, se les pidió a las participantes que contestaran las siguientes preguntas para que evaluaran tanto el taller y como el desempeño de las facilitadoras durante el mismo:

- 1.- ¿Cómo te sientes después de haber concluido este taller?.
- 2.- ¿Cómo te sentiste con los temas abordados durante el taller?.
- 3.- ¿Qué importancia tiene este tema en tu vida y por qué?.
- 5.- ¿Cuál de las actividades realizadas durante el taller fue la que más te gustó y por qué?.
- 6.- ¿Cómo te sentiste con el desempeño de las expositoras durante el taller?.
- 7.- ¿Qué sugerencias deseas hacer a la(s) expositora(s).

Actividad 17.- “**Cierre del taller**”, se les pidió a las participantes que se pusieran de pie y se les repartió la letra de la canción “Color esperanza”, misma que entonamos juntas facilitadoras y participantes.

3.3.2.- Programa de Intervención Comunitaria:

Taller “Encuentro conmigo misma”

Montero y Villegas

METODOLOGÍA

1.- Objetivos

General:

Fomentar la valoración personal de las participantes, profundizando en el concepto que tienen de ellas y cómo éste influye en la forma en que se relacionan consigo mismas y con los demás.

Específicos:

- Que las participantes reconozcan el papel que tienen los sentidos para tener una experiencia más rica de la vida.
- Que identifiquen cómo sus sentidos, emociones y sentimientos influyen en la forma de relacionarse consigo mismas y los demás.
- Que exploren de qué manera se auto perciben a sí mismas.
- Que identifiquen cómo evalúan sus pensamientos, conductas y emociones.
- Que conozcan cómo la forma en que se autoevalúan influye en la relación que tienen consigo mismas y con los demás.
- Que logren aceptar tanto las cosas que les gustan como las que les disgustan de sí mismas.
- Que reconozcan cómo se relacionan con las personas significativas para ellas.

2.- Población que participó en el taller:

La muestra se conformó por mujeres con un rango de edad de 17 a 53 años. Ocupación amas de casa, empleadas y profesionistas. Estado civil solteras, casadas y divorciadas o separadas. La asistencia varió en todas las sesiones, conformándose de la siguiente manera: sesión 1: 15 participantes; sesión 2: 12 asistentes; sesión 3: 11 participantes y sesión 4: 10 participantes. A partir de los datos mencionados sólo 10 participantes asistieron a todas las sesiones del taller.

3.- Facilitadoras:

El taller fue impartido por dos psicólogas, estudiantes de la maestría en psicología con residencia en Terapia Familiar; las cuales asumieron las funciones de orientar, dirigir, cuestionar y organizar las actividades del taller.

4.- Escenario y periodo de trabajo:

El taller se impartió en el aula de usos múltiples del centro comunitario Dr. Julián Mc Gregor, ubicado en Tecacalo Mz. 21, Lt. 24 Col. Ruiz Cortinez. Los días lunes y miércoles de 16:00 a 18:00 hrs., del 5 al 14 de mayo del 2008, con un total 8 horas distribuidas en sesiones de 2 horas cada una.

5.- Materiales y recursos utilizados:

Madeja de estambre, láminas de papel bond, marcadores, música de relajación, chocolates, uvas, aceites aromáticos, pañuelos, barras de plastilina, cinta masking tape, crayones, colores, gises de colores, hojas blancas, plumas, canciones: “Color Esperanza”, “La masa” y “Escucha tú corazón”, computadora, cañon, presentación del taller el Power Point, manuales del instructor, manuales de los participantes y cartulinas.

PROCEDIMIENTO

El taller se inició dándoles la bienvenida a las participantes de forma general, presentándose las facilitadoras y el taller.

Posteriormente, se presentaron una a una todas las participantes mediante la dinámica de “la telaraña”, enfatizando su nombre, cómo se habían enterado del taller y cuáles eran sus expectativas respecto al mismo, ante esto en su mayoría mencionaron que se habían enterado por los carteles publicados dentro y fuera del centro o por invitaciones de familiares y/o amigos.

A continuación se explica en qué consistió cada una de las actividades que se realizaron a lo largo de las cuatro sesiones para alcanzar los objetivos planteados y cumplir las expectativas de las participantes.

SESIÓN 1

Primera actividad “**las reglas del taller**”, consistió en elaborar de forma grupal una lista de 13 reglas que debían ser respetadas tanto por las participantes como por las facilitadoras, para lograr un clima de confianza y empatía a lo largo del taller.

Segunda actividad “**Mito de Psiqué**”, una de las facilitadoras narró este mito y al finalizarlo conectó la historia con la importancia que los sentidos tienen para nuestra vida a partir de que nos permiten tener contacto con el mundo exterior, y por ello es indispensable que éstos se desarrollen y se utilicen al máximo.

Tercera actividad “**sensibilización de los sentidos**”, consistió en que las participantes se taparan los ojos y sensibilizaran el oído, el gusto, el tacto y el olfato experimentando nuevos sonidos, sabores, texturas y olores; al escuchar la música, oler aromas de distintas fragancias y degustar chocolates y frutas.

Cuarta actividad “**cierre de la sesión**”, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron hoy de ellas mismas? y ¿qué se llevan hoy?, y quienes lo desearan lo compartieran con sus compañeras.

Quinta actividad “**Escucha tu corazón**”, se les indicó que se pondría una canción para que la disfrutaran a través de todos sus sentidos.

Sexta actividad “**tarea**”, se les pidió que observaran cómo y en qué momento utilizan sus sentidos en su vida cotidiana, y lo registraran en su manual para comentarlo en la próxima sesión.

SESIÓN 2

Primera actividad “**Emociones**”, consistió en que las participantes se agruparan en 4 equipos y elaboraran de forma conjunta una definición de emoción.

Segunda actividad “**Cómo identifico mis emociones**”, las participantes reflexionaron sobre cómo identifican sus emociones y después lo fueron mencionando mediante una lluvia de ideas mientras una de las facilitadoras escribía sus comentarios en una lámina de papel.

Tercera actividad “**Sentimientos**”, se realizó una reflexión grupal sobre cómo actuamos frente a nuestros sentimientos, enfatizándose que no hay sentimientos buenos y malos y cómo actuamos frente a ellos.

Cuarta actividad “**Escultura de uno mismo**”, consistió en que cada participante con los ojos cerrados y utilizando dos barras de plastilina, hiciera una escultura de sí misma reconociéndose como individuos más allá de los distintos roles que desempeñan.

Quinta actividad “**cierre de la sesión**”, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron hoy de ellas mismas? y ¿qué se llevan hoy?, y quienes lo desearan lo compartieran con sus compañeras.

Sexta actividad “**La masa**”, se les indicó que se pondría una canción para que observaran qué emociones y sentimientos experimentaban al escucharla.

Séptima actividad “**tarea**”, se les pidió que observaran qué sentimientos y emociones experimentan durante la semana y cómo ocurre esto.

SESIÓN 3

Primera actividad “**Autoconcepto**”, se realizó una reflexión grupal para construir una definición grupal mediante una lluvia de ideas mientras una de las facilitadoras escribía los comentarios de las participantes en una lámina de papel.

Segunda actividad “**El mercado**”, consistió en darles hojas blancas para que hicieran una lista sobre las cosas que más y que menos les gustaban de ellas mismas; después, se puso un lienzo de papel en el piso donde las asistentes representaron con un dibujo o símbolo algunas de las cosas de la lista y junto a ella escribieron en una palabra lo que habían representado gráficamente. Posteriormente, se les explicó que ese lienzo era como los puestos de un tianguis y todas iban a vender y a comprar, venderían las cosas que habían

dibujado y lo pagarían con la lista de cosas que les gustaban y no de ellas mismas.

Tercera actividad “**cierre de la sesión**”, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron hoy de ellas mismas? y ¿qué se llevan hoy?, y quienes lo desearan lo compartieran con sus compañeras.

SESIÓN 4

Primera actividad “**la escalera de las relaciones**”, consintió en explorar los tipos de vínculo que las participantes tienen actualmente y los que les gustaría construir con las personas significativas en su vida

Segunda sesión “**Escuchando a la mujer sabia**”, se les indujo a las pacientes mediante una técnica de imaginación guiada a que imaginaran que estaban en la presencia de una mujer sabia y le preguntaban sobre cómo desarrollar nuevas formas para vincularse con las personas significativas en su vida.

Tercera actividad “**El elefante encadenado**”, consistió en leerles un cuento y a partir de esto reflexionar sobre los momentos de la vida en los que intentaron hacer cosas y no lo lograron, y cómo jamás lo hicieron de nuevo a pesar de que ahora han desarrollado nuevas habilidades y fortalezas.

Cuarta actividad “**Evaluación del taller**”, se les pidió a las participantes que contestaran las siguientes preguntas para que evaluaran el taller y el desempeño que tuvieron las facilitadoras durante el mismo:

- 1.- ¿Cómo te sientes después de haber concluido este taller?.
- 2.- ¿Cómo te sentiste con los temas abordados durante el taller?.
- 3.- ¿Qué importancia tiene este tema en tu vida y por qué?.
- 5.- ¿Cuál de las actividades realizadas durante el taller fue la que más te gustó y por qué?.
- 6.- ¿Cómo te sentiste con el desempeño de las expositoras durante el taller?.
- 7.- ¿Qué sugerencias deseas hacer a la(s) expositora(s).

Quinta actividad “**Poema Autoestima**”, se les dio el poema y se les pidió que durante la semana se tomaran un tiempo en casa para leerlo y reflexionar.

Sexta actividad “**Cierre del taller**”, se les pidió a las participantes que se pusieran de pie y se les repartió la letra de la canción “Color esperanza”, misma que entonamos juntas facilitadoras y participantes.

6. Resultados

De acuerdo a la evaluación realizada por las participantes al finalizar el taller, éste cumplió con los objetivos propuestos, así como con las expectativas

del grupo, ya que los temas abordados fueron de interés para las participantes, quienes manifestaron que son de importancia para su vida.

Las condiciones de lugar y espacio fueron un factor importante para que las actividades se realizaran de manera cómoda, además se contó con los materiales requeridos para las diferentes dinámicas.

En su mayoría las asistentes al taller fueron mujeres habitantes de la zona en la que está ubicado el Centro Comunitario en el que se impartió, esto facilitó el que pudieran mantenerse a lo largo de las cuatro sesiones, así mismo hubo dos participantes que se trasladaron desde el otro lado de la Ciudad y asistieron constantemente.

La dinámica vivencial que se mantuvo a lo largo del taller, así como la retroalimentación grupal que se dio a las participantes, fomentó que se creara un ambiente de confianza y participación, lo que captó la atención de las asistentes, que al finalizar pidieron hubiera continuidad o un segundo módulo del taller que abordara codependencia.

Las características de la población al ser heterogéneas dio como resultado que las discusiones grupales aportaran diferentes elementos, desde algunos más teóricos, como en el caso de las asistentes estudiantes o profesionistas, hasta los más experienciales, como en el caso de las amas de casa.

Por otra parte, el rango de edad de las asistentes osciló entre los 17 hasta los 53 años, lo que permitió compartir diferentes tipos de experiencias desde los momentos de vida de cada una de las participantes, habiendo quienes atravesaban un momento de tranquilidad en su vida familiar, como otras que estaban en proceso de separación de sus parejas, en este sentido el grupo dio la apertura para que éstas pudieran compartir su sentir y el mismo grupo fungiera como contención para ellas.

7. Conclusiones

La realización de talleres puede ser una herramienta de prevención para algunos problemas que enfrentan las comunidades, así mismo, a nivel terapéutico un medio de contención ante problemas como depresión y/o fungir como detonador de procesos que lleven a las personas a iniciar un proceso terapéutico.

Es importante tener en cuenta las características de la población para el diseño de las dinámicas, materiales a implementar y el lenguaje en las exposiciones, ya que se observó, por ejemplo, que entre el tipo de población asistente el uso de canciones facilitó el que las participantes contactaran con algunos de los temas abordados, siendo de mayor utilidad las canciones en que el lenguaje es más coloquial y menos metafórico.

Algo frecuente en el discurso de las participantes desde el momento de la presentación al hablar de las expectativas que tenían sobre el taller, fue querer estar mejor ellas para poder estar mejor con sus familias, especialmente con sus hijos en el caso de las que eran mamás, por lo que se puede decir que la importancia para la terapia familiar de este tipo de intervención comunitaria, es que a partir de las herramientas prácticas que se proporcionan a la población en la participación de este tipo de talleres, pueden mejorar aspectos de su vida familiar y tener otras alternativas.

3.3.3.- Reporte de la presentación de trabajos realizados en foros académicos

3.3.3.1.- Presentación de trabajos en foros académicos

1.- Ponencia: "La violencia y el amor pasional, una comparación con mujeres de la ciudad de México y de Sinaloa". En el XXXI Congreso Interamericano de Psicología. Que se realizó en la ciudad de México del 1 al 5 de Julio de 2007.

2.- Ponencia: "Estudio Preliminar para la Construcción de la Escala de Funcionamiento Familiar ante la Enfermedad". En el IV Congreso Nacional de Psico-oncología. Que se realizó en el Instituto Nacional de Cancerología, México. D.F. del 22 al 24 de Agosto de 2007.

3.- Ponencia: "Estrés y salud de los profesores de primaria que atienden a niños migrantes en Sinaloa". En el XV Congreso Mexicano de Psicología: "El trabajo del psicólogo y su relación con otras ciencias". Que se realizó en Hermosillo, Sonora del 24 al 26 de octubre de 2007.

4.- Ponencia: "Funcionamiento Familiar ante una Enfermedad: Una Propuesta de Evaluación y sus Implicaciones en el Tratamiento Psicológico de Familias con un Enfermo Crónico". En el II Congreso Nacional de Psicología: "Contribuyendo a la calidad de vida y al bienestar psicológico". Que se realizó en Pachuca, Hidalgo del 7 al 9 de noviembre de 2007.

5.- Ponencia: "Pautas estructurales y organizativas, procesos de comunicación y sistema de creencias en familias con un hijo con Cáncer (historias de vida)". En el V Congreso de Investigación Formativa en homenaje al Dr. Jerome Bruner, en la Facultad de Psicología, UNAM, el 22 de febrero de 2008.

6.- Ponencia: “Percepción y autopercepción de la violencia en mujeres”. En el XXXV Congreso del CNEIP, “Psicología en México, Cambiando rumbos, redefiniendo caminos”. En Puerto Vallarta, Jalisco del 23 al 25 de abril de 2008.

7.- Ponencia: “Enfermedad y familia: presentación de un caso clínico”. En la Cuarta Jornada Clínica. En la Facultad de Psicología, UNAM, el 24 de junio de 2008.

8.- Ponencia: “El impacto del Cáncer en la familia: historias de fortaleza”. En el XII Congreso Mexicano de Psicología Social y IV Congreso Mexicano de Relaciones Personales, en León, Guanajuato del 22 al 24 de octubre de 2008.

9.- Ponencia: “Encuentro conmigo misma”. En el XI Congreso Nacional de Terapia Familiar. En Querétaro, Querétaro del 14 al 17 de noviembre de 2008.

10.- Ponencia: “Cambios y reestructuraciones en la familia a partir de la enfermedad: presentación de un caso clínico”. En el XI Congreso Nacional de Terapia Familiar. En Querétaro, Querétaro del 14 al 17 de noviembre de 2008.

3.3.3.2.- Asistencia a foros académicos

1.- Institución: Asociación Mexicana de Terapia Familiar A.C., en el 25 aniversario, X Congreso Nacional, 1er Iberoamericano: “Ciencia, Arte y Espiritualidad”, realizado en Acapulco, Guerrero, del 23 al 26 de noviembre de 2006.

2.- Institución: Facultad de Psicología, UNAM. El curso “Consulta de Bases de Información Psicológica”. En la Facultad de Psicología UNAM, México D.F. En septiembre de 2007, con una duración de 10 horas.

3.- Institución: Facultad de Psicología, UNAM. El curso “Conoce tú Ritmo Vital a través de la Musicoterapia”. En la Facultad de Psicología UNAM, México D.F. En abril de 2007, con una duración de 4 horas.

4.- Institución: Facultad de Psicología, UNAM. El curso “Musicoterapia: una estrategia alternativa para el aprendizaje y la salud”. En el Centro de Investigaciones y Servicios de Educación Especial (C.I.S.E.E.). Del 26 de mayo al 2 de junio de 2007, con una duración de 10 horas.

5.- Institución: Sociedad Mexicana de Psico-oncología A. C. El taller “Aspectos Médicos y Psicológicos en Cuidados Paliativos del Paciente con Cáncer”. En la Facultad de Psicología, UNAM. El 30 de junio de 2007, con una duración de 6 horas.

6.- Institución: IV Congreso Nacional de Psico-oncología. El taller “El afrontamiento del paciente con Cáncer”. En el Instituto Nacional de Cancerología, México. D.F. El 22 de agosto de 2007, con una duración de 3 horas.

7.- Institución: IV Congreso Nacional de Psico-oncología. El taller “Sexualidad y Pareja”. En el Instituto Nacional de Cancerología, México. D.F. El 23 de agosto de 2007, con una duración de 3 horas.

7.- Institución: Sociedad Mexicana de Psicología A. C. y La Universidad de Sonora. El taller “Manejo del estrés y afrontamiento en pacientes hospitalizados”. En Hermosillo, Sonora. El 24 de octubre de 2007, con una duración de 4 horas.

8.- Institución: Sociedad Mexicana de Psicología A. C. y La Universidad de Sonora. El taller “Manejo Cognitivo-Conductual de la paciente con Cáncer de mama”. En Hermosillo, Sonora. El 25 de octubre de 2007, con una duración de 4 horas.

9.- Institución: Facultad de Psicología, UNAM. El taller “La Musicoterapia: estrategia y alternativa en la resiliencia”. En la Facultad de Psicología, UNAM. El 13 de marzo de 2008, con una duración de 4 horas.

10.- Institución: XI Congreso Nacional de Terapia Familiar. El taller “Los relatos como fuente para la construcción de resiliencia infantil”. En la ciudad de Querétaro. El 15 de noviembre de 2008, con una duración de dos horas.

3.4.- Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

A lo largo de mi formación como terapeuta familiar he ido adquiriendo un enorme compromiso social hacia los distintos sectores de la población mexicana. A la par, que me iba transformando a nivel profesional y personal al ir incorporando una nueva epistemología que me ha permitido aproximarme a las personas desde una posición de respeto y tolerancia hacia la diversidad de pensamientos.

La ética implica la justicia en la vida colectiva y el bien común, la equidad en las interrelaciones humanas de intercambio, la concepción de la igualdad esencial de las personas, el reconocimiento a la dignidad humana; el respeto, el amor, la solidaridad, la generosidad, el desprendimiento, la reciprocidad, la honestidad, la lealtad y el respeto a los derechos humanos (Leñero, 2002).

El código ético es un instrumento para garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos, vincular explícitamente las normas que prescriba con principios generales, apoyar a la mayoría de las áreas de aplicación de la psicología y ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento. Además, este enuncia normas de conducta, valores morales al basarse en casos que reflejan la práctica profesional actual (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007).

El psicólogo a través del código ético asume la responsabilidad de actuar en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas, bajo el criterio rector de garantizar, en todo momento, el bienestar de todos aquellos individuos, grupos u organizaciones que requieran sus servicios (Sociedad Mexicana de Psicología, 2007). Por lo tanto, todo psicólogo tiene la obligación de familiarizarse con el Código Ético (González, 2008).

Para lograr lo antes mencionado, el psicólogo deberá adherirse a los siguientes principios:

a) Respeto a los Derechos y a la Dignidad de las Personas:

Cualquier paciente debe ser tratado como persona y no como un objeto; por lo que, este valor innato no depende de característica alguna, condición o estado, tal como su raza, cultura, idioma, discapacidad mental, nivel socioeconómico, orientación sexual, religión, sexo, estado civil, discapacidad física, edad o nacionalidad.

Este principio incluye el derecho a la libertad, la dignidad, el consentimiento informado, la confidencialidad, la autonomía, el trato justo, la igualdad y el derecho a establecer y dar por terminada la relación con el psicólogo.

b) Cuidado responsable:

Este principio obliga al psicólogo a distinguir entre los daños y los beneficios productivos de sus métodos y procedimientos, a predecir los daños posibles y a proceder solamente si los beneficios superan los daños.

En el desempeño de sus actividades el psicólogo tiene la responsabilidad de desarrollar y emplear métodos que amplíen los beneficios y evitar aquellos que dañen o no ayuden.

Cuando sus métodos produzcan daños, debe corregir sus efectos. Este daño puede ser tanto físico como psicológico; incluye entre otros, la humillación, el miedo, el dolor a la autovalía, a la confianza, a la integridad personal y a la seguridad física.

También debe evitar que, por causa de su acción, los individuos pierdan su habilidad para autodeterminarse y tomar sus propias decisiones.

c) Integridad en las Relaciones:

El psicólogo apoya normas de comportamiento como evitar el engaño, el fraude, el empleo de títulos que no posee, la falsificación de resultados y los sesgos al realizar investigación.

El profesional debe comprender y estar conciente de las circunstancias que rodean su actividad, de su propia historia y valores personales, la forma en que éstos afectan sus decisiones, interpretaciones, sugerencias y comportamiento, buscando siempre la máxima objetividad.

En este principio, se basan las normas que muestran al psicólogo cómo debe fomentar su integridad hacia la ciencia, la enseñanza y las prácticas psicológicas; su respeto, honestidad y justicia hacia las personas con las que se relaciona en el desempeño de estas actividades. El psicólogo aclara a los usuarios su enfoque, sus funciones y los servicios que ofrece.

d) Responsabilidad hacia la Sociedad y la Humanidad

El psicólogo busca aumentar el conocimiento y promover el bienestar de la humanidad, por medio de métodos y procedimientos éticos. Asimismo, el psicólogo, en sus acciones no daña el medio, y se asegura de que el conocimiento psicológico se emplee para fines benéficos. El psicólogo tiene la responsabilidad de dar a conocer los conocimientos y contribuciones de la psicología que beneficien a los demás seres humanos.

Aunado a lo anterior, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (1999) ha estipulado los siguientes principios por los que los terapeutas familiares y de pareja deben regir su desempeño profesional:

1.- Responsabilidad con los pacientes: los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar acabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada.

2.- Confidencialidad: los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes.

3.- Capacidad e integridad profesional: los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional.

4.- Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados: los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependan de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación.

5.- Responsabilidad con los participantes de investigaciones: los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación, estar concientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores.

6.- Responsabilidad a la profesión: los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión.

7.- Arreglos financieros: los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional.

8.- Publicidad: los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas.

La implementación y el cumplimiento del Código Ético esta regulado por la Comisión Nacional de Ética en Psicología (CONAEP), que está formada por miembros distinguidos y representantes de las diferentes áreas del gremio de la Psicología: Educación y Desarrollo, Organización, Social, Clínica, Básica-Experimental, Investigación, Docencia y Ética (González, 2008).

La CONAEP cumple la función de recibir y atender quejas de los usuarios de los servicios psicológicos que se encuentran en un dilema de naturaleza o que saben de otros colegas, grupos u organizaciones que cometen acciones que violen las normas de ética plasmadas en el Código Ético del Psicólogo.

Las acciones que violen el código ético pueden conducir a imponer sanciones a un psicólogo por parte de la CONAEP y de cuerpos diferentes a la Sociedad Mexicana de Psicología, incluyendo las autoridades judiciales correspondientes, asociaciones psicológicas estatales, comisiones de arbitraje, la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública, así como por otros organismos estatales y federales.

Las evaluaciones emitidas por la CONAEP pueden ir desde amonestaciones, reprimendas, censura, expulsión de la Sociedad Mexicana de Psicología –para el caso de sus miembros–, canalización de los asuntos a otros cuerpos y comités de arbitraje, hasta la recomendación de la suspensión de la licencia para ejercer la psicología.

García (2004), puntualiza los siguientes valores éticos del psicólogo que guían su desempeño profesional y que están implícitos en el código ético vigente:

1) Capacidad profesional: el Psicólogo y la psicóloga cuentan con preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por medio de sus capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

2) Competencia: el mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de la profesión en general. Los psicólogos reconocen los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Sólo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para los cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia. En aquellos campos en que aún no existen normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan.

3) Confidencialidad: el Psicólogo y la psicóloga deben ser discretos, guardando y protegiendo la información que obtiene en sus relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario. Si el Psicólogo o la Psicóloga requieren presentar sus experiencias con fines legales, académicos, terapéuticos o de difusión de hallazgos, deben mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.

4) Ecología: el psicólogo y la Psicóloga buscan en su trabajo promover la relación armónica del sujeto con su medio ambiente; aprovechando de manera racional los recursos naturales y respetando en especial los espacios vitales de las personas y de las especies animales y vegetales.

5) Honestidad: se entiende como la capacidad para desempeñar y/o de dar a conocer con veracidad los resultados obtenidos, buscar su objetividad y ser claros en las metas pretendidas. El Psicólogo y la Psicóloga son sinceros y congruentes, sin anteponer intereses personales en su quehacer profesional y toman en cuenta las normas establecidas para esta profesión.

Se mantendrá una relación honesta con cada usuario, sujeta a las restricciones profesionales razonables, no engañará a sus pacientes ni a sus familias, ni incurrirá en ningún tipo de fraude, engaño o coerción.

6) Justicia: la justicia es la promoción de la equidad que permite que cada varón y cada mujer obtengan lo que les corresponde.

7) Respeto: entendido como la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, evitando imponer las propias; así como promover y proteger el principio de la dignidad humana y los derechos universales del hombre, encaminados al bien común, a través de la escucha y la empatía que nos permiten aceptarnos a nosotros mismos y a los demás.

8) responsabilidad: significa asumir los compromisos adquiridos con uno mismo, con los demás, con la sociedad en general y con la profesión, así como reconocer las consecuencias de nuestros actos y acciones; dando lo mejor de nosotros mismos para proporcionar la ayuda solicitada y cumplir con las tareas propias de la profesión (con: puntualidad, calidad, eficiencia y efectividad) promoviendo siempre la salud y el desarrollo integral de las personas.

Ante esta panorámica, psicólogos y terapeutas deben tener presentes estas normas éticas en el ejercicio profesional; para ello es indispensable escuchar al paciente y considerar sus particularidades tanto en su persona como en su problemática. Para lograr lo anterior, la ética no puede divorciarse

de la técnica que implica aprender a escuchar, saber dosificar las intervenciones con palabras y silencios que modifiquen comportamientos y reestructuren sistemas de relación; esta fusión de la ética y la técnica es un arte (Leff, 2002).

La ética se incorpora a la postura del terapeuta y se representa en la forma en que éste se relaciona con sus pacientes, sus colegas y la sociedad; de forma general, implica los valores personales y profesionales que el psicólogo tiene; estos se constituyen como un poder que el profesional tiene, y queda en sus manos utilizarlo para confirmar su narcisismo o para ayudar, apoyar y/o acompañar a los demás. Una actitud verdaderamente ética del terapeuta puede describirse como interés genuino, sincero y respetuoso ante su vida, sus dificultades y su forma de enfrentar al mundo.

Para lograr lo anterior, el terapeuta tiene el compromiso de conocerse como ser humano que es y reconocer sus vivencias como parte fundamental de su vida; ya que al ser él mismo su principal herramienta de trabajo tiene el compromiso personal de tener claridad de su propio dolor y sufrimiento; para que a partir de resolverlos y/o identificarlos en un proceso terapéutico propio, pueda intervenir con el de otros. Además, debe ser consciente de la forma en que construye la relación terapéutica con el paciente; y de la manera como ambos reaccionan ante ésta, para a partir de ello, recabar información que sirva para guiar el proceso terapéutico.

CAPITULO IV: Consideraciones Finales

IV.- CONSIDERACIONES FINALES

*“Es tiempo de llegar a puerto y
desembarcar de este bello viaje,
sabiendo que uno
no vuelve a ser aquello que un día fue...”*

4.1.- Resumen de Habilidades y Competencias Profesionales Adquiridas

El objetivo del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología (2008) consiste en formar investigadores, docentes y profesionales de alta calidad y excelencia académica, con base en un sistema centrado en la participación activa de estudiantes y tutores para la solución de problemas conceptuales, metodológicos de investigación y/o de carácter profesional; vinculando de forma estrecha a la universidad con las necesidades del país, en materia de formación de recursos humanos para el desarrollo científico, técnico y humanístico.

Respecto al de la maestría consiste en desarrollar en el alumno: a) las capacidades requeridas para el ejercicio profesional de la Psicología de alta calidad en las áreas de salud, educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios; b) las habilidades necesarias para llevar a cabo investigaciones aplicada a las diversas problemáticas en dichas áreas; y c) una actitud de servicio acorde con las necesidades sociales.

Específicamente, el interés del Programa de la Residencia en Terapia Familiar (Moctezuma y Desatnik, 2001) consiste en capacitar estudiantes en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), así como desde el construccionismo social y la narrativa, tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven, el lenguaje y la construcción de sus significados.

Lo anterior, se realiza al desarrollar a lo largo de la formación las siguientes competencias profesionales: habilidades teórico-conceptuales, clínicas, de investigación y enseñanza, hacia la prevención, de ética y de compromiso social. Estas habilidades se describen a continuación de forma detallada:

4.1.1.- Habilidades Teórico-Conceptuales:

Desde el Programa de la Residencia en Terapia Familiar (Moctezuma y Desatnik, 2001) respecto a esta área el terapeuta deberá ser capaz de lo siguiente:

- Conceptualizar los aspectos teóricos de los diferentes modelos expuestos en el programa.
- Analizar y discutir la viabilidad de los modelos teóricos para proponer hipótesis explicativas.
- Identificar la especificidad de los modelos y su aplicación clínica, tomando en cuenta los contextos en que se interviene.

Lo anterior, se logró al conocer y manejar los aspectos teórico-epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna (teórica general de los sistemas, cibernética, teoría de la comunicación, constructivismo y construccionismo social) y al abordar los aspectos teórico-conceptuales de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna (modelo de Milán, Estructural, Estratégico, Terapia Breve Enfocada a Problemas, Terapia Breve Enfocada a Soluciones, Reflexivo, Narrativo y Colaborativo).

Además, se identificaron y se aprendieron a utilizar las técnicas, procedimientos e intervenciones derivados de los distintos enfoques que utiliza la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, tomando en cuenta los problemas, la población y los contextos en que éstos se llevan a cabo.

4.1.2.- Habilidades Clínicas:

- Capacidad de observación del proceso terapéutico.
- Establecer contacto terapéutico con quienes demandan el servicio.
- Generar una relación de colaboración en la entrevista.
- Desarrollar técnicas de enganche y alianza terapéutica.
- Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas.
- Evaluar el tipo de problemas y las opciones de solución intentadas.
- Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
- Identificar necesidades y recursos en las familias.
- Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y abordar las demandas de los usuarios.
- Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones.
- Evaluar los resultados y concluir el tratamiento.
- Diseñar e implementar procedimientos e instrumentos innovadores para la evaluación de los procesos interaccionales.

- Reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses del usuario, con los diferentes contextos sociales y culturales en los que se desenvuelven todos, para su evaluación.
- Tratamiento.
- Seleccionar las técnicas y/o procedimientos adecuados para la intervención profesional, fundamentando sus elecciones.
- Diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para incidir eficazmente en la problemática presentada en los sistemas: individual, conyugal, familiar y grupos específicos.
- Acordar con el usuario el curso de acción terapéutica para responder a las necesidades y coestablecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico.
- Elaborar reportes del tratamiento.

Lo antes mencionado, se logró al desarrollar habilidades para observar e intervenir durante el proceso terapéutico; utilizando la técnica de entrevista desde los diferentes modelos de intervención para definir y delimitar la problemática del paciente, identificar los contextos familiares y/o sociales que influyen en la situación, establecer los objetivos, identificar los recursos familiares, diseñar el plan terapéutico, seleccionar y utilizar las técnicas, concluir el tratamiento, evaluar los resultados del proceso, hacer el seguimiento, elaborar los reportes del caso y analizar el desempeño del terapeuta desde las habilidades, capacidades y competencias clínicas que debe haber desarrollado en cada uno de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

4.1.3.- Habilidades de Investigación y Enseñanza:

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre las diversas problemáticas de los usuarios.
- Difundir conocimiento.
- Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales de individuos, parejas y/o familias.
- Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- Diseñar estudios utilizando metodología cuantitativa, cualitativa o ambas, según se requiera.

- Realizar los análisis contextuales de los problemas clínicos para reflexionar acerca de su conceptualización y procesos inmersos.
- Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicados a los diferentes espacios profesionales.
- Establecer las condiciones relacionales para el trabajo inter y multidisciplinario encaminado a la investigación aplicada.

Lo anterior, se logró al participar como asistente, ponente y/o facilitadora en diferentes eventos nacionales e internacionales. Además, se realizaron diversas investigaciones sobre temas de salud pública con el objetivo de encontrar evidencia que permita diseñar programas de intervención para atender y/o apoyar a este tipo de población para que desarrollen habilidades para afrontar sus problemáticas.

4.1.4.- Habilidades Hacia la Prevención:

- Elaborar programas y proyectos de salud comunitaria.
- Identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.
- Diseñar programas de difusión, educación e intervención para la solución y/o prevención de problemáticas psicosociales tanto en la familia como en la comunidad.
- Aplicar estos programas en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

Lo antes mencionado, se logró al elaborar y aplicar diversos talleres, en comunidades, para ofrecer atención y prevención a distintos grupos vulnerables, tal es el caso de mujeres que tienen relaciones de pareja violentas y/o familias con enfermos crónicos; estos se realizaron con el objetivo de brindar apoyo y contención emocional en un cálido ambiente grupal; esto se realizó, a la vez que se informaba, se modificaban actitudes y conductas, y se desarrollaban habilidades para que los participantes afrontaran sus situaciones problemáticas.

4.1.5.- Habilidades de Ética y Compromiso Social:

- Desarrollar valores y actitudes en la persona del terapeuta, con un compromiso personal y social.
- Mostrar respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los usuarios.
- Construir una actitud de tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales.
- Ser sensible a las necesidades de la población y responderles de manera profesional.
- Analizar con honestidad su trabajo terapéutico, apoyándose en las normas de ética profesional.
- Actualizarse profesionalmente de manera constante.
- Asumir la responsabilidad de solicitar terapia personal fuera del equipo de trabajo cuando lo considere necesario.

Lo anterior, se logró al desarrollar en el terapeuta una postura de respeto, tolerancia y flexibilidad hacia los diferentes modelos teóricos, estilos de terapia de los compañeros, formas de supervisión y organización de las instituciones. Aunado a esto, el terapeuta desarrolló una actitud de empatía, compromiso y confidencialidad hacia los pacientes; es decir, sus necesidades, demandas, historias y contextos socioculturales. Además de tener conciencia plena sobre sus propias necesidades, expectativas, valores, actitudes y prejuicios; es decir, su historia; esto, lo compromete a monitorearse constantemente y a iniciar un proceso de terapia personal en el momento en que lo requiera.

4.2.- Incidencia en el campo psicosocial

La diversidad cultural de nuestro país, los contrastes económicos y sociales que tiene el territorio y los efectos de la globalización; hacen surgir, cada día, distintos problemas en la salud física y emocional de los mexicanos.

En respuesta a estas problemáticas la Psicología ha desarrollado distintos enfoques que permiten abordarlas; además, requiere capacitar a profesionales en esta área, por ello, la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Facultad de Psicología desde hace varios años forma

especialistas en el tratamiento de familias y parejas mediante la residencia de Terapia Familiar.

Estos estudiantes incidieron en la población al realizar su residencia clínica en tres distintas sedes, las cuales se describen a continuación:

a) Centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología, UNAM:

En esta sede se atendieron 46 casos, de los cuales 27 fueron con terapia individual, 6 de pareja y 13 de familia. De estos casos 29 fueron dados de alta. La principal problemática atendida fue la dificultad de los pacientes para comunicarse con la pareja y/o los hijos; además de otros problemas con los hijos como indisciplina, acuerdos y/o manejo de duelo por divorcios, infidelidad, violencia en la pareja y depresión.

b) Centro comunitario Julián MacGregor, UNAM:

En este centro se atendieron 17 casos, de los cuales fueron 12 en terapia individual, 2 en pareja y 3 en familiar. De estos casos 11 fueron dados de alta. La principales problemáticas atendidas fueron: dificultades para comunicarse con la pareja y/o los hijos, otras dificultades con los hijos como indisciplina, acuerdos y/o manejo de duelo por divorcios, violencia en la pareja y depresión.

c) Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”:

En esta sede se atendieron 47 familias. La principal problemática atendida fue también la dificultad de los pacientes para comunicarse con la pareja y/o los hijos; otras problemáticas con los hijos como indisciplina, enuresis, ansiedad; acuerdos y/o manejo de duelo por divorcios; violencia en la pareja; adicciones; ideación e intentos de suicidio; duelo y depresión.

Además, se diseñaron e implementaron talleres para realizar intervenciones comunitarias, en las diferentes sedes. Estos abordaron las siguientes problemáticas: comunicación en la pareja, negociación, resolución de conflictos, autoestima, violencia de género y enfermedad crónica en la familia.

4.3.- Reflexión y análisis de la experiencia

Formarme como terapeuta familiar fue una experiencia transformadora que implicó desarrollar habilidades teóricas, clínicas, de investigación, éticas y de intervención comunitaria; además de lograr un gran desarrollo personal mediante el propio proceso terapéutico.

Durante estos años, adquirí una sólida formación teórica sobre los distintos modelos que se utilizan para intervenir de forma sistémica con los

diversos pacientes y contextos. Fue un verdadero honor convivir e intercambiar ideas con los prestigiados profesores que compartieron con nosotros la valiosa experiencia que han acumulado a lo largo de los años en los enfoques en que son expertos.

Respecto a las habilidades clínicas, nos entrenamos en un clima de cordialidad y respeto tanto de los compañeros como de los supervisores, lo que nos permitió ir utilizando los diversos enfoques según las necesidades de los pacientes, hasta consolidar el estilo propio en cada terapeuta.

Además, las particularidades de los pacientes de las distintas sedes nos permitieron formarnos de manera integral, al tener la oportunidad de intervenir tanto con niños y adolescentes, como con parejas y familias con diferentes problemáticas y provenientes de diversos contextos.

En cuanto a las habilidades de investigación, fue una enorme oportunidad para desarrollar protocolos e investigaciones de problemas clínicos; es decir, fue una excelente forma de entrelazar la teoría con la práctica al indagar sobre los problemas que padecen nuestros pacientes.

También, fue importante fortalecer nuestra ética, ya que en el tratamiento con más de un paciente, es indispensable respetar cuando algún miembro no quiere compartir con el resto, las situaciones que han conversado con nosotros.

Finalmente, coincidimos con Guy (1995) cuando habla sobre el impacto que la práctica clínica tiene en las emociones, vivencias e historia personal del terapeuta; por ello, el cambio más importante es el que se logra mediante el propio proceso terapéutico; a través de este, tuve una enorme transformación personal redefiniendo de forma distinta la relación conmigo misma, que me permitió convertirme de psicóloga a terapeuta.

Esta experiencia me permitió re-escribir a la Psicología mientras iba reafirmado mi vocación de servicio hacia la población vulnerable de nuestro país.

4.4.- Implicación en la persona del terapeuta

Estar aquí ha sido una experiencia maravillosa, llegue siendo un capullo y he sufrido una gran metamorfosis hasta convertirme en una enorme mariposa con enormes alas de llamativos colores. He tenido una transformación radical que ha impactado todos los ámbitos de mi vida, lo cual me ha instaurado en una posición distinta para relacionarme con mi familia, para verme en mi relación de pareja y en mi estar en este mundo.

Formarme como terapeuta sistémica no sólo implicó aprender una serie de teorías y desarrollar un conjunto de habilidades; fue necesario

desprenderme de lo conocido, de lo que más amaba: mi ciudad, mi universidad, mi familia, mi pareja, mis amigos y mis miedos más profundos que me protegían; para penetrar en un mundo sorprendente, maravilloso y a la vez hostil y amenazador que se materializaba al vivir en la ciudad más grande del país y estudiar en la mejor Universidad de América Latina.

Aquí, logre vencer mis miedos, abrazar mi soledad y convivir con mis emociones, para convertirme en una mujer segura y autónoma, maravillada cada día por tener la oportunidad de compartir la vida de otro ser humano para escribir una historia diferente que contribuirá al crecimiento de ambos.

Durante la formación vencí uno de mis mayores miedos como terapeuta, sentir la responsabilidad de cambiar al otro, ahora entiendo que sólo cada uno somos expertos en nuestra vida; por lo tanto, solo cada quién puede saber cómo va su propio proceso y cuando es el mejor momento para un cambio, en este contexto el terapeuta sólo te acompaña para mostrarte algunas opciones de las que sólo cada uno podrá elegir.

Llegue hace más de dos años a la Facultad de Psicología de la UNAM con una maleta llena de sueños y ahora me voy con ella llena de logros. Gracias a autoridades, profesores, compañeros y amigos por acompañarme durante este viaje. Un amor incondicional a mi familia y a mis amigos que desde mi tierra siempre me apoyaron y me alentaron en los momentos en que parecía que esta ciudad me adsorbía.

Fue muy enriquecedor trabajar con los pacientes que parecían que me escogían como su terapeuta, para que juntos desarrolláramos ciertos aspectos comunes en nuestras vidas.

En la interacción con todos los mencionados es como fui logrando convertirme en lo que soy; por ello algo de mí se queda con ustedes mientras algo de su ser me acompañara siempre. Sabiendo que no hay fecha que no se llegue... ni plazo que no se cumpla... es tiempo de llegar a puerto y desembarcar de este bello viaje teniendo claro que uno no vuelve a ser aquello que un día fue...

ANEXOS

Anexo 1

METAMORFOSIS DE UNA MARIPOSA

De los cuentos de la abuela he elegido este para ejemplificar cómo las mujeres vivimos una hermosa metamorfosis similar al de las mariposas, tan dura al principio, pero tan reconfortable y bella al final.

Y esta historia empieza como la mayoría...

rase una vez una gusana llamada Alma que vivía en la orilla de uno de los lagos de la gran Tenochtitlan acompañada de su pareja, un robusto animalito llamado Arturo; ambos tenían un pequeño negocio en uno de los tanguis flotantes del lugar, ahí vendían distintos objetos a los diversos insectos del lugar.

Cierto día Alma se sintió muy enojada por diversas situaciones que habían ocurrido con su esposo y decidió visitar a los “sabios” del lago; estos eran un grupo de luciérnagas que iluminaban el camino de los otros insectos.

El 19 de agosto del 2007 Alma tuvo su primer encuentro con este grupo de “iluminados”, estando “el equipo mágico” detrás del espejo y la luciérnaga Luz con ella.

La gusana lloro y lloro mientras relataba las últimas discusiones que había tenido con su pareja, mencionó que no se sentía satisfecha con nada de lo que tenía, ni con el tipo de pareja que, ni con el puesto en el tanguis flotante, ni con su familia extensa, ni con ella misma ya que era insegura, miedosa y no podía controlar su enojo.

Cuando se exploraron todos estos temas quedó en claro que Alma odiaba ser una gusana y estaba desesperada por convertirse en una mariposa de bellas y majestuosas alas; al explorar que significaba ser una mariposa nos percatamos de que se refería a ser segura, a tomar decisiones, a poder expresar las cosas que le incomodaran, a tener una relación de respeto y tolerancia con su familia extensa, a terminar su carrera y a mejorar la relación con su pareja.

“El equipo mágico” decidió trabajar de manera conjunta con Alma y Luz; este trabajo se realizó de la siguiente forma: al final de cada sesión algunos integrantes del equipo pasaban a compartir diversas ideas que les habían surgido al escuchar la conversación entre estas. La intención

de este ejercicio era que Alma pudiera escuchar diversas “voces” para que a través de estas se diera cuenta de que existían muchas posibilidades para resolver sus dificultades.

A lo largo de más de 13 sesiones en que se conversó de diversas cosas con Alma el equipo fue testigo de la metamorfosis que esta tuvo; poco a poco empezó escuchar su propia voz en lugar de atender la de los “otros”, conforme fue reconciliándose consigo misma, empezó a sentirse más segura y con menos miedo y enojo, esto le permitió empezar a construir un capullo para ir envolviendo su cuerpo con finos hilos de seda, cada uno de estos representaban las decisiones que había tomado en diversas áreas de su vida: su familia extensa, su desempeño académico, su autoestima, su control de impulsos y sus amistades.

El cuerpo de la gusana poco a poco se fue cubriendo por el capullo hasta hacerlo totalmente, a partir de este momento la gusana no tenía contacto con el exterior y sólo escuchaba su propia voz, con el paso del tiempo fue madurando y un gran día se empezó a abrir, desde afuera el equipo veía como Alma quería salir de ahí pero le daba miedo porque ese era un lugar seguro, que aunque era estrecho la protegía.

Cuando Alma estuvo lista, empujo y empujo hasta que por fin, logro salir del capullo, “el equipo mágico” y todos los presentes se quedaron maravillados y sorprendidos al presenciar a tan majestuoso ser, apareció ante los ojos de los presentes una hermosa mariposa de diversos colores, radiante como el sol.

Alma estaba feliz por haber logrado convertirse en lo que siempre había soñado... una bella mariposa que pudiera volar hasta los lagos más lejanos; segura, contenta y con la posibilidad de ir a donde ella eligiera.

“El equipo mágico” y la luciérnaga Luz estaban contentos y satisfechos por haber podido iluminar diversos caminos para que Alma eligiera el que mejor le pareciera.

En los últimos encuentros que tuvieron con la mariposa, esta les dijo que lo único que deseaba mejorar era la relación que tenía con Arturo, pero que eso era algo que podía hacer sola, utilizando todas las habilidades que había desarrollado durante el proceso que la llevo a convertirse de gusana a mariposa.

Y desde entonces los distintos tipos de insectos que habitan los lagos, las calzadas y los acueductos de la gran Tenochtitlan se maravillan cuando tienen la suerte de ver posada en alguna de

*las flores a esta bella mariposa, que deslumbra a propios y extraños con los intensos colores que tienen sus alas, los mismos que fueron regalados por el hada del lago azul que se encuentra en el interior de cada uno de los insectos y se manifiesta sólo cuando estos han logrado... **encontrarse con ellos mismos...***

Anexo 2

ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR ANTE UNA ENFERMEDAD

Nombre: _____ Fecha: _____

Vinculo con el enfermo: _____

Diagnóstico: _____

INSTRUCCIONES:

A continuación encontrará una serie de enunciados que describen situaciones que pueden pasar en una familia cuando uno de sus miembros se ha enfermado.

Piense en lo que pasó cuando su familiar se enfermó y marque con una cruz el número que mejor describa su situación, es decir, que tanto pasaba, si es que nunca paso, casi nunca, algunas veces, casi siempre o siempre:

1. Nunca

2. Casi nunca

3. Algunas veces

4. Casi Siempre

5. Siempre

Ejemplo:

Si usted considera que en su familia, a partir de que su familiar enfermó cada uno de ustedes **casi siempre** es más ordenado, marcará la opción **4** en el cuadro de números que están del lado derecho de cada oración.

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas	4. Casi	5. Siempre
1. Desde que enfermó mi familiar, cada uno de nosotros es más ordenado.	1	2	3	4	5

Por favor conteste todas las afirmaciones, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas, sólo nos interesa saber cómo percibe la relación con su familia en general a partir de que su familiar enfermó.

ESCALA

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Casi Siempre	5. Siempre
1. En casa somos cariñosos entre nosotros a partir de que mi familiar se enfermo.	1	2	3	4	5
2. Desde que mi familiar se enfermó, la persona que normalmente compraba los alimentos ya no lo hace.	1	2	3	4	5
3. Desde que mi familiar está enfermo, en mi casa decimos lo que sentimos.	1	2	3	4	5
4. Cuando mi familiar se enfermó, me sentí y me sigo sintiendo apoyado por mis familiares.	1	2	3	4	5
5. Desde que mi familiar se enfermó, en casa esta definido quien es el sustento económico.	1	2	3	4	5
6. Después de que mi familiar se enfermó, es fácil demostrar el amor y cercanía en nuestra familia.	1	2	3	4	5
7. A partir de que mi familiar se enfermó, podemos buscarnos unos a otros para apoyarnos.	1	2	3	4	5
8. Desde que mi familiar enfermó, en casa cada uno de	1	2	3	4	5

	nosotros sabe qué es lo que le toca hacer.				
9.	1	2	3	4	5
10.	1	2	3	4	5
11.	1	2	3	4	5
12.	1	2	3	4	5
13.	1	2	3	4	5
14.	1	2	3	4	5
15.	1	2	3	4	5
16.	1	2	3	4	5
17.	1	2	3	4	5
18.	1	2	3	4	5
19.	1	2	3	4	5
20.	1	2	3	4	5
21.	1	2	3	4	5
22.	1	2	3	4	5
23.	1	2	3	4	5

24.	A partir de que mi familiar está enfermo, en casa podemos decir nuestras opiniones libremente.	1	2	3	4	5
25.	Desde que mi familiar está enfermo, si tengo dificultades, mi familia está en la mejor disposición para ayudarme.	1	2	3	4	5
26.	Después de que mi familiar se enfermó, hay claridad en quien manda en casa.	1	2	3	4	5
27.	A partir de que mi familiar se enfermó, en mi casa podemos hablar unos con otros acerca de la tristeza que tenemos.	1	2	3	4	5
28.	Desde que mi familiar está enfermo, cuando alguno de los miembros de mi familia se enoja puede decirlo.	1	2	3	4	5
29.	Cuando mi familiar se enfermó, los miembros de mi familia eran capaces de entender cómo me sentía.	1	2	3	4	5
30.	Después de que mi familiar se enfermó, es fácil hablar sobre el amor y cercanía en nuestra familia.	1	2	3	4	5
31.	Desde que mi familiar se enfermó, cuando se presentan diferencias en la forma de ver las cosas, los miembros de mi familia lo dicen.	1	2	3	4	5
32.	A partir de que mi familiar enfermó, cuando existen problemas en mi familia podemos sentarnos a hablar sobre ellos.	1	2	3	4	5
33.	Desde que mi familiar se enfermó, las normas familiares siempre se respetan.	1	2	3	4	5
34.	A partir de la enfermedad de mi familiar, en mi casa esta bien definido quien hace cada cosa del quehacer doméstico.	1	2	3	4	5
35.	Cuando mi familiar enfermó, nos apoyamos unos a otros en los momentos difíciles.	1	2	3	4	5
36.	A partir de que mi familiar enfermó, en casa esta bien definido quien prepara los alimentos.	1	2	3	4	5
37.	Desde que hay un enfermo en casa, no se permite expresar ciertos sentimientos.	1	2	3	4	5
38.	Desde que mi familiar está enfermo, mi familia me ayuda desinteresadamente.	1	2	3	4	5

¡Muchas gracias por tu participación!

Anexo 3

GUÍA DE ENTREVISTA PARA PADRES DE HIJOS CON ALGÚN TIPO DE CÁNCER

I.- Ficha de identificación del entrevistado:

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad de padre, madre, hermano y paciente
- Ocupación de padre, madre, hermanos y paciente
- Vínculo con el enfermo
- ¿Es cuidador primario?

II.- Etapa del ciclo familiar

- 1.- Familiograma de tres generaciones
- 2.- ¿Qué tipo de familia es?
- 3.- ¿En qué etapa del ciclo vital se encuentra la familia?
- 4.- ¿Qué lugar ocupa el hijo enfermo en la familia?
- 5.- ¿Hay alguien más en la familia que tenga alguna enfermedad crónica?

III.- Seguimiento médico

- 6.- ¿Cuenta con algún servicio médico?
- 7.- ¿Qué tipo de servicio es?
- 8.- ¿Sigue las recomendaciones del medico (citas, medicamento y tratamiento)?

IV.- Datos del padecimiento

- 9.- ¿Qué tipo de padecimiento tiene su hijo?
- 10.- ¿Cuál es el diagnóstico?
- 11.- ¿Cuánto es el tiempo que lleva de evolución la enfermedad?
- 12.- ¿Cuándo recibió el diagnóstico?
- 13.- ¿A qué tipo de tratamiento esta sometido el hijo?

V.- Fase de la enfermedad

14.- ¿Cuál es la fase de la enfermedad del hijo con Cáncer?

VI.- Tipo psicosocial de la enfermedad

15.- ¿Cuál es el tipo de inicio de la enfermedad?

16.- ¿Cuál es el curso de la enfermedad?

17.- ¿Cuál es el pronóstico de la enfermedad?

18.- ¿Cuál es el tipo de incapacidad que el paciente tiene a partir de la enfermedad?

VII.- Creencias

19.- ¿Qué información tienen sobre la enfermedad?

20.- ¿Cómo cree que otras familias abordarían una situación similar a la de su familia?

21.- ¿Usted cree que lo que pensamos y como nos sentimos puede afectar nuestra recuperación física?

22.- ¿Quién tiene el control de la enfermedad de su hijo(a) (médicos, la familia, el paciente, Dios, el destino)?

23.- ¿Cuál es la actitud de la familia ante la enfermedad de su hijo (optimismo/pesimismo)?

24.- ¿Por qué cree que se enfermó su familiar (biológico, social o sobrenatural)?

25.- ¿Quién o quienes cree que deben ser los encargados de cuidar y acompañar al paciente?

VIII.- Pautas estructurales y organizacionales de la familia

a.- Adaptabilidad familiar:

26.- ¿Qué cambios han tenido que realizar a partir que enfermo su hijo(a)?

27.- ¿Cómo se han organizado para lograr hacer estos cambios?

28.- ¿Cómo se organizan para las tareas de la casa, por ejemplo lavar la ropa, los trastes, etc. A partir de la enfermedad del hijo?

29.- ¿Quién se hace cargo de las principales responsabilidades del cuidado del paciente?

b.- Cohesión

30.- ¿Qué tan cercanos se sienten unos a otros los miembros de la familia?

31.- ¿La cercanía ha aumentado o ha disminuido a partir de que enfermo su hijo?

c.- Límites

32.- ¿Cada miembro de la familia tiene su propio espacio para hacer sus actividades?

33.- ¿Cómo se relaciona la familia extensa con el hijo(a) con Cáncer?

34.- ¿Cómo se relacionan los amigos con el hijo(a) con Cáncer?

d.- Normas

35.- ¿Quién toma las decisiones más importantes en la familia?

36.- ¿Quién da permisos, pone las reglas y las normas en la casa?

37.- ¿Cuáles son las principales reglas en esta familia?

e.- Solución de problemas

38.- ¿Cuáles son los principales problemas que se han presentado en la familia a partir de la enfermedad del hijo(a) con Cáncer?

39.- ¿Qué han hecho en la familia para resolver los distintos problemas que se les han presentado?

40.- ¿De lo que han hecho que es lo más les ha funcionado?

IX.- Procesos de comunicación:

41.- ¿Pueden hablar de lo que sea en su familia?

42.- ¿Se habla abiertamente acerca de la enfermedad, quién y cómo lo hacen?

43.- Cuando hablan, ¿los otros los escuchan?

44.- ¿Cambió la enfermedad el estado de ánimo del paciente o la familia?

45.- ¿Qué emociones son más fáciles de expresar y cuáles son más difíciles?

46.- ¿Se han sentido comprendidos cuando hablan de cómo se sienten sus familiares?

47.- ¿Expresan las necesidades que tienen los miembros de la familia? ¿Cómo?

48.- ¿Cómo se demuestran el apoyo en su familia?

49.- ¿Normalmente se sienten apoyados?

50.- ¿Cómo apoya la familia al hijo enfermo?

51.- ¿Cómo apoyan los abuelos, los tíos, los primos, etc. a la familia y al hijo enfermo?

52.- ¿Hay amigos o familiares que los estén apoyando?

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, T. (1994). *El equipo de reflexión*. Barcelona: Gedisa.
- Andersen, T. *Procesos de reflexión: actos significativos y formativos*. En: Friedman, S. Comp. (2005). *Terapia Familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andersen, T. *Reflexiones sobre la reflexión con familias*. En: McNamee, S. y K., Gergen. Comp. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Anderson, H. y H. Goolishian. *El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico*. En: McNamee, S. y K., Gergen. Comp. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia Familiar*. Buenos Aires: Paidós.
- Aresca y otros. (2004). *Psicooncología*. Argentina: Lugar Editorial
- Ashby, R. W. (1977). *Introducción a la cibernética*. Buenos Aires: Nueva visión.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (1999). *Código Ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C.* Recuperado el 25 de septiembre de 2008. Disponible en: <http://amtf.com.mx/index.php?page=C>
- Bateson, G. (1979). *Espíritu y naturaleza*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Beattie, M. (1991). *Ya no seas codependiente*. México: Promexa
- Bengoa, G. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM.
- Bertalanffy, V. (1968). *Teoría General de los Sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bollini, M., (1994). *La Teoría General de los Sistemas y el origen olvidado de una Psicología Sistémica*. Argentina: Lumen
- Borges. *Poemas de Jorge Luis Borges*. Recuperado el 23 de enero de 2009. Disponible en: <http://google.mini60.com/>
- Bucay, J. (2007). *El camino de la autodependencia*. México: Océano.
- Brown, R., B. Daly y A. Rickel (2008). *Enfermedades crónicas en niños y adolescentes*. México: Manual Moderno.
- Cecchin, G. (1996). *Construcción de posibilidades terapéuticas*. En Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Coria, C. (2001). *El sexo oculto del dinero y su influencia insalubre en las relaciones de pareja y familia*. *Psicoterapia y Familia*, 14:1, 69-74.
- Coria, C. (2007). *El amor no es como nos contaron... ni como lo inventamos*. Buenos Aires: Paidós.
- D. Lax, W. *El pensamiento posmoderno en una práctica clínica*. En: McNamee, S. y K., Gergen. Comp. (1992). *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1986). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós.
- Desatnik, O. *El modelo Estructural de Salvador Minuchin*. En Eguiluz, L. Comp. (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Desatnik, Franklin y Rubli (2002). *Visiones, Re-visiones y Super-visión del Proceso de Supervisión*. *Psicoterapia y Familia*, 15:1, 47-56.
- Díaz-Guerrero, R. (1994). *Psicología del Mexicano*. México: Trillas.
- Dowling, C. (2003). *El complejo de cenicienta*. México: Debolsillo.

- Duarte, G. A. (2007). *Protocolo de tratamiento psicológico cognitivo conductual para pacientes con lupus eritematoso sistémico: un caso clínico*. Tesis Maestría en Psicología, UNAM. Facultad de Psicología. Cd. Universitaria: UNAM.
- Efran, J. y L. Clarfield. (1996). *Terapia construccionista: sentido y sinsentido*. En Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Eguiluz, L. (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Elkaïm, M. (1996). *Constructivismo, construccionismo social y narraciones: ¿están en el límite de lo sistémico?*. En *Psicoterapia y familia*. Vol. 9, No. 2.
- Epston, D. y M. White. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- Epston, D., K. Murray, y M. White. *Una propuesta para re-escribir la terapia. Rose. La revisión de su vida y un comentario*. En: Friedman, S. Comp. (2005). *Terapia Familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Espinoza, S. *El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones*. En: Eguiluz, L. Comp. (2004). *Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.
- Fagan, J. y S. Lee. (1973). *Teoría y técnica de la Psicoterapia Gestáltica*. Argentina: Amorrortu.
- Ferrat, M. (2006). *Pensar la terapia familiar sistémica: reflexiones sobre la teoría, la formación y la práctica*. Tesis para obtener el título de maestría en Psicología, Facultad de Psicología, UNAM.
- Fiezas, V. y M. Villegas. (2000). *Constructivismo en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwe. Biblioteca de Psicología.
- Figueroa, F (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Fisch, R., J. Weakland y L. Segal. (1984). *La táctica del cambio* (4ta edición). España: Herder.
- Fonnegra, I. (2001). *De cara a la muerte*. México: Andres Bello.
- Freidberg, A. (1989). *Terapia Breve: Premisas terapéuticas, técnicas terapéuticas, pensamiento sistémico: marco de referencias subyacentes a la terapia Breve*. *Psicoterapia y Familia*, Vol. 2, No. 1.
- Fruggeri, L. (1996). *El proceso terapéutico como construcción social del cambio*. En Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- Galicia, M. *Terapia estratégica*. En: Eguiluz, L. Comp. (2004). *Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.
- García, J. (2004). *Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas*. Revista electrónica de psicología: "La Misión". Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Querétaro. Recuperado el 24 de septiembre de 2008. <http://www.uaq.mx>
- Gergen, K. (1993). *El movimiento del construccionismo social en la psicología moderna*. En *sistemas familiares*. Agosto.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona. Paidós.
- González, C. (2008). *Código Ético – CoNaEP*, Sociedad Mexicana de Psicología. Recuperado el 25 de septiembre de 2008. <http://200.52.85.164/modules/tinycontent/index.php?id=18>
- González, C. *El modelo de hipnosis de Milton Erikson*. En: Eguiluz, L. Comp. (2004) *Terapia Familiar*. México: Pax-Mex.

- Guy, J. (1995). *La vida personal del psicoterapeuta: el impacto de la práctica clínica en las emociones y vivencias del terapeuta*. Barcelona: Paidós.
- Haley y Richeport, (2006). *El arte de la terapia estratégica*. España: Paidós.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1987). *Terapia de Ordalía, caminos inusuales para modificar la conducta*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en psicoterapia*. Barcelona: Barcelona: Instituto mental de la Santa Cruz.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoffman, L. (1989). *Una posición constructivista para la terapia familiar*. En *Psicoterapia y familia*. Vol. 9, No. 2.
- Hoffman, L. (1996). *Una postura reflexiva para la terapia*. En Mc Namee, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. México: Paidós.
- INEGI. (2000). *Información estadística: migración*: Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=2348>
- INEGI. (2004). *Información estadística: violencia infantil*: Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=2408>
- INEGI. (2005). *Información estadística: educación*. Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=9267>
- INEGI. (2005). *Información estadística: características de las familias mexicanas*. Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=2419>
- INEGI. (2005). *Información estadística: recursos*. Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=2419>
- INEGI. (2006). *Información estadística: violencia intrafamiliar*: Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=2408>
- INEGI. (2007). *Información estadística: porcentaje de defunciones generales por sexo y principales causas, 1990 a 2005*. Información estadística. Rev. 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/rutinas/ept.asp?t=mpob45&c=3222>
- INEGI. (2007). *Información estadística: salud*: Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=2408>
- INEGI. (2008). *Información estadística: empleo*: Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=11450>
- INEGI. (2008). *Información estadística: ocupación*: Revisado el 10 Octubre de 2008. Disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx?s=est&c=6833>
- Instituto Nacional de Cáncer (2001). *El Cáncer*. Recuperado el 10 de noviembre de 2008. Disponible en <http://www.cancer.gov/espanol>
- Johansen, B. (1982). *Introducción a la Teoría General de Sistemas*, México: Limusa.
- Kazdin, E. (1996). *Modificación de la conducta*. México: Manual Moderno.
- Kenney, B. (1987). *Estética del cambio*. México: Paidós
- Kuri, P. (2006). *La situación epidemiológica del cáncer en México*. Rev. 18 Septiembre 2006. Disponible en <http://www.dgepi.salud.gob.mx/diveent/RHNM.htm>
- Leff, E. (2002). *Estética y ética de la Terapia Familiar*. *Psicoterapia y Familia*. 15:1, 71-76.

- Leñero, L. (2002). *El interés por la ética y la estética en la Terapia Familiar en México*. *Psicoterapia y Familia*. 15:1, 77-84.
- Limón, A. (2005). *Terapia Posmodernas*, México: Pax, México.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lyddon, W. (1998). *Formas y facetas de la Psicología constructivista*. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Comp.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Macias, R. La familia. *En Antología de la sexualidad humana II*. (1994). México: CONAPO.
- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Minuchin, S. (1979). *Familias y Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Minuchin, S. (1998). *El arte de la terapia familiar*. España. Paidós.
- Minuchin, S. y H. Fishman. (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós
- Moctezuma, Y. y M. Desatnik. (2001). *Programa de Residencia en Terapia Familiar Sistémica*, Facultad de Psicología, UNAM. Revisado el 10 de septiembre de 2008. Disponible en http://www.posgrado.unam.mx/psicologia/residencia_11.pdf
- Montero, P. (2008). *El impacto del Cáncer de Hueso en la familia y el paciente: Historias de fortaleza*. En prensa.
- Moro, G. (1994). *El enfermo de Cáncer y su entorno*. Barcelona: Fundación "La Caixa".
- Mosby. (2006). *Diccionario de Medicina Océano*. Barcelona: Océano.
- Nardone, G. y C. Portelli. (2006), *Conocer a través del cambio*, España: Herder.
- Nardone y Warzlawick. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
- Navarro, G. y M. Beyebach. (1995). *Avances en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Neimeyer, R. (1998). *Psicoterapia constructivista: características, bases y direcciones futuras*. En Neimeyer, R. y Mahoney, M. (Comp.) (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y B. Cade. (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós
- O'Hanlon, W. y D. Weiner. (1990). *En busca de soluciones*. Barcelona: Paidós
- Ochoa de Alda, I. (2004). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Herder.
- Programa de Maestría y Doctorado en Psicología (2008). Recuperado el 20 de septiembre de 2008. <http://www.posgrado.unam.mx/programas/Psicologia.pdf>
- Quintero, V. (1997). *Trabajo Social y procesos familiares*. Buenos Aires: Colección política, servicios y Trabajo Social.
- Riso, W. (1999). *¿Amar o depender?* México: Grupo Norma.
- Robles, F. (1987). *El enfermo crónico y su familia*. México: Nuevomar.
- Rolland, J. (2000). *Familias, Enfermedad y Discapacidad. Una propuesta desde la Terapia Sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Rodríguez, C. *El modelo de Milán*. En Eguiluz, L. Comp. (2004). *Terapia Familiar: su uso hoy en día*. México: Pax México.
- Ruiz-Jarabo, C. y P. Blanco. (2005). *La violencia contra las mujeres*. España: Díaz de Santos.
- Salas, O. M. (2005). *Reporte de experiencia profesional*, Maestría en Psicología, Residencia en Terapia Familiar Sistémica, Facultad de Psicología, UNAM.
- Sánchez y Gutiérrez. (2000). *Terapia Familiar: modelos y técnicas*, México: Manual.
- Sánchez, M. (2007). *Informe Anual de Actividades del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" 2007*. Cd. Universitaria: UNAM.

- Secretaria de Salud (2008). *Servicios de Atención Psiquiátrica*. Recuperado el 21 de Abril de 2008 desde <http://sap.salud.gob.mx>
- Selvini, P., L. Boscoso, G. Cecchin y G. Prata. (1980) *Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session*. Family Process, 19 (1), 3-12.
- Selvini, P., L. Boscoso, G. Cecchin y G. Prata. (1988). *Paradoja y contraparadoja*. Barcelona: Paidós
- Selvini, P., S. Cirillo, M. Selvini y A. Sorrentino. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós
- Selvini, P., S. Cirillo, M. Selvini y A. Sorrentino. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós
- Sociedad Mexicana de Psicología (2007). *Código Ético del Psicólogo*. México: Trillas.
- Suárez, V. (2002). *Personalidad, Cáncer y sobrevivencia*. La Habana: Científico-Técnica.
- Szprachman, (2003). *Terapia Breve*. Argentina: Lugar editorial.
- Taylor y Bogdan. (1982). *Introducción a la investigación cualitativa*. Barcelona: Paidós.
- Velasco, M. y J. Sinibaldi. (2001). *Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias)*. México: Manual Moderno.
- Von Foerster, H. (1991). *Las semillas de la cibernética*. Barcelona: Gedisa.
- Von Glasersfeld, E. *Introducción al constructivismo radical*. En Watzlawick, P. (2000). *La realidad inventada*. Barcelona: Gedisa.
- Watzlawick, P. (1976). *Cambio*. España. Ed. Herder.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. España. Ed. Herder.
- Watzlawick, Beavin y Jackson. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. España, Herder.
- Watzlawick, P, y G. Nardone. (2000). *Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. España: Paidós
- White, M. (1994). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.
- Witzezele y García, (1994). *La escuela de Palo Alto*. Barcelona: Herder