

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA
RESIEDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

EL ENFOQUE SISTEMICO EN LA ATENCIÓN DE FAMILIAS CON
BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

JULIETA GONZALEZ VAZQUEZ

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO

COMITE TUTORIAL: MTRO. JORGE MOLINA ÁVILES

MTRA. IRIS XOCHITL GALICIA MONEDA

MTRO. ARTURO MARTINEZ LARA

DRA. MARIA ELENA RIVERA HEREDIA

MÉXICO, D. F.

NOVIEMBRE 2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres **Gabriela y Roberto**. Por darme la existencia y permitirme crecer emocional, espiritual, y profesionalmente.

A mi hijo **Hugo Alejandro**. Por convertirme en mamá y darme una nueva perspectiva de vida; por tu amor, ternura y sonrisas que me das cada día.

A mis hermanas y hermanos: **Lore, Eli, Gaby, Olga, Mary†, Jesús, Toño, Javier, Tino y Roberto**. Por formar parte de mi historia de vida con su peculiar forma de ser de cada uno.

A la familia Rodríguez: **Oscar, Iván, Gaby, Hugo, Jorge, Raul†, Lulu, Ale, Ricky, Rey Pizano, Ramón, Gloria, Regulo**, por ser mi segunda familia y brindarme su apoyo incondicional cuando lo he necesitado.

A mis amigas: **Marucha, Olga, Vicky, Elí, y Rocío** por brindarme su amistad incondicional, comprensión, confianza y compañía.

AGRADECIMIENTOS

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**: Por permitirme formar parte de tan valiosa casa de estudios y fomentar mi desarrollo académico y personal.

Al **Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología**: Por su apoyo de la beca que me fue otorgada durante dos años.

A la **Dra. María Blanca Moctezuma Yano**: Por compartir su peculiar experiencia clínica y dejar huella en mi práctica terapéutica.

A la **Mtra. Carolina Díaz Walls**: Por su supervisión y promover el interés por el conocimiento.

A la **Mtra. Silvia Vite San Pedro**: Por su acertada guía, paciencia, y dedicación para la elaboración del presente reporte de experiencia profesional.

Al **Mtro. Jorge Molina Avilés** y **Mtro. Arturo Martínez Lara**, por sus comentarios oportunos y sus enseñanzas en las clases teóricas.

A todos mis **profesores y supervisores**: Por su retroalimentación en mi aprendizaje y su sensibilidad y compromiso profesional y social.

A la **Mtra. Olga González Vázquez**: por su disposición y colaboración en la traducción del resumen.

A las **familias** que formaron parte en los procesos de psicoterapia, porque me dejaron entrar en sus historias de vida, logrando un crecimiento en el arte de hacer terapia.

INDICE

	Página
RESUMEN	1
CAPITULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en terapia familiar	3
1.1.1 Características del campo psicosocial	3
1.1.2 Principales problemas que presentan las familias	8
1.1.3 La terapia familiar Sistémica y Postmoderna como alternativa para abordar las problemáticas señaladas	10
1.2 Caracterización del escenario donde se realizó el trabajo clínico.	14
1.2.1 Descripción del escenario	14
1.2. 2 Análisis sistémico del escenario	17
1.2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el escenario de trabajo clínico	18
CAPITULO II	
FUNDAMENTOS EPISTEMOLOGICOS Y MODELOS TERAPÉUTICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA Y POSMOERNA	
2.1 Fundamentos Epistemológicos	26
2.1.1 Teoría General de los Sistemas	26
2.1.2 Epistemología Cibernética	29
2.1.3 Teoría de la comunicación Humana	33
2.1.4 Constructivismo y Construccinismo social	36
2.2. Modelos de intervención en terapia familiar sistémica y posmoderna	41
2.2.1 Modelo Estructural	41
2.2.2 Modelo Estratégico	48
2.2.3 Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema	53
2.2.4Modelo de Terapia Breve Centrada en la Solución	62
2.2.5 Modelo de Milán	70

2.2.6 Terapias Posmodernas	76
2.2.6.1 Terapia narrativa	78
2.2.6.2 Terapia colaborativa	81
2.2.6.3 El equipo reflexivo	84
2. 3 Análisis de la aplicación de los diferentes modelos de intervención ante el bajo rendimiento escolar.	89

CAPITULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades clínicas y terapéuticas	95
3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia	95
3.1.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total Basado en las Observaciones Clínicas	143
3.2 Habilidades de investigación cuantitativa y cualitativa	145
3.3 Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria	161
3.3.1 Productos tecnológicos	161
3.3.2 Actividades de intervención comunitaria	169
3.3.3 Participación y asistencia en foros académicos	166
3.4 Habilidades de compromiso y ética profesional	171

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 Resumen de Habilidades y competencias profesionales adquiridas	174
4.1.1 Incidencia en el campo psicosocial	174
4.1.2 Reflexión y análisis de la experiencia	177
4.1.3 Implicaciones en la persona del terapeuta y en el profesionista.	178

REFERENCIAS	180
--------------------	-----

ANEXO 1. Cuestionario de Comunicación Afectiva	
-------------------------------------------------------	--

RESUMEN

El objetivo del presente reporte fue plasmar el desarrollo de conocimientos, habilidades y competencias profesionales que adquirí a lo largo de mi proceso de formación en el Programa de Maestría en Terapia Familiar Sistémica. En el primer apartado se abordan las transformaciones a nivel económico, demográfico y sociocultural en las que están insertas las familias mexicanas, así como las principales problemáticas que presentan las familias. En el segundo capítulo se abordan los fundamentos epistemológicos y teóricos de la terapia familiar sistémica y posmoderna, y los diferentes modelos de intervención clínica que se derivan de esta disciplina, además se hace un análisis de los mismos en cuanto a la viabilidad para la atención psicoterapéutica ante la problemática del bajo rendimiento escolar.

En el capítulo tres se exponen las diferentes actividades profesionales que avalan las habilidades adquiridas de investigación cuantitativa y cualitativa, difusión del conocimiento, productos tecnológicos, intervenciones comunitarias y consideraciones de compromiso y ética profesional. Además se muestra la integración del trabajo terapéutico de 4 casos clínicos que reportaron problemáticas de bajo rendimiento escolar, los cuales se atendieron en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" con diferentes modelos de la psicoterapia sistémica. Los cambios cuantitativos y cualitativos identificados por parte del sistema terapéutico total e institución escolar fueron: aumento en la obtención de calificaciones escolares, entrega de tareas escolares, cumplimiento de horarios de estudio, aprobación de grado escolar, cambios en el funcionamiento familiar como mayor expresión, organización, cohesión y menor conflicto; así como el establecimiento y cumplimiento de disciplina, reglas y límites claros ejercidos por parte del subsistema parental logrando una jerarquía sólida y fuerte para el mejoramiento del desempeño escolar de sus hijos.

En el último capítulo, se relatan las consideraciones finales referentes a mi formación y experiencia dentro de la residencia.

Palabras clave: Familia, Bajo Rendimiento Escolar, Psicoterapia Sistémica.

SUMMARY

The objective of this report is to print the development of the knowledge, skills, and professional competencies that I acquired throughout the process of my growth during my master degree in the area of the Systemic Family Therapy. In the first section, I present the transformation at the economic, demographic, and socio cultural levels, in which, mexican families are submersed. In addition, I present the main difficulties that families deal with. In the second chapter, I illustrate the epistemological and theoretical foundations of the systemic Family therapy and postmodern. I also include the different models of the clinic intervention that derive from such discipline and the analysis of the same according to the viability for the psychotherapeutic attention to the problem of low academic achievement.

In chapter three I explain different professional activities that appraise the acquired skills of quantitative and qualitative investigation, diffusion of knowledge, technological products, community interventions, and considerations of ethical and professional commitment. I also display the integration of therapeutic work of 4 clinical cases that report the difficulties of low academic achievement, which were worked at the "Dr. Guillermo Davila" Center of Psychology Services, with different models of the systemic psychotherapy. The quantitative and qualitative changes identified by the total therapeutic system and school institution were: higher academic achievement, completion of homework assignments, commitment to study hours, grade promotion, changes in the functionality of the family, such as enhanced communication skills, organization, cohesiveness and less conflict, establishment and accomplishment of discipline, rules, and clear executed limitations by the parental subsystem. Consequently, the parental subsystem acquired a solid and strong hierarchy for the betterment of the academic achievement of the children.

In the last chapter I provide final considerations in reference to my formation and experience within this residence.

Key Words: Family, low academic achievement, systemic psychotherapy.

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1. 1 ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y SU PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE EL TRABAJO EN TERAPIA FAMILIAR.

1.1.1 Características del campo psicosocial

Uno de los principales objetivos del Programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, es el estudio de la familia como grupo primario de la sociedad pues es en ella donde se da el resultado de la interacción del ser humano con su medio ambiente, tanto natural, social, político, tecnológico y económico.

La relación entre familia y sociedad involucra un vínculo estrecho, pues variando el tipo de sociedad, varían también las estructuras y las funciones de la familia misma (Andolfi, 2004). Considerando a la familia como la expresión de los cambios de la sociedad de la cual hace parte, no es un simple terminal pasivo del cambio social, sino que representa uno de los actores que contribuyen a definir los modos y los sentidos del cambio social mismo (Barbagli, Saracen, 1997; cit. en Andolfi, 2004). Considerando lo anterior, es indispensable que los profesionistas de las diferentes áreas de estudio, principalmente del área de salud como los psicoterapeutas familiares, conozcan las transformaciones o cambios sociales en los que se desarrollan las familias.

Ciertos investigadores e instituciones identifican algunas transformaciones sociales que contribuyen a modificar el entorno en el que se desenvuelven las relaciones familiares, y son las siguientes:

En el Plano económico:

➤ Crecimiento de la participación femenina en el área laboral.

En 1940 la tasa de participación femenina en la población económicamente activa era de 8%, en 1993 fluctuaba entre el 24% y 41% y se estima que para

el 2010 la tasa sea entre el 28 y 45%, por lo que las consecuencias de esta transformación implica que, a nivel intrafamiliar se tenga que realizar una reestructuración de roles, tiempo y recursos, una jerarquización de tareas y cambios en las orientaciones de valor, a fin de compatibilizar el trabajo familiar con el extra-doméstico (Esteinou, 2005, p.255)

➤ Pobreza.

La pobreza definida como la insatisfacción de necesidades básicas en el individuo ha sido tema de análisis muy amplio en los planos social, económico y psicológico. Sólo cuando están satisfechas las necesidades fisiológicas como el alimento y el agua, dice Maslow (1970), otras necesidades más arriba de la jerarquía emergen y éstas se vuelven dominantes. De tal forma, que las características económicas y sociales actuales en México permiten definir el concepto de pobreza ligado al primer nivel en la interpretación del autor citado, es decir la necesidad básica de comer es insatisfecha, evitando lograr las necesidades de seguridad, de estima y de autorrealización en la mayoría de la población mexicana.

Según datos del Banco Mundial (BM) afirma que la pobreza en México se mantiene en niveles inaceptablemente altos, ya que, los niveles actuales de pobreza, son similares a los registrados a comienzos de los años 90, hecho que muestra que los últimos 15 años han sido una pérdida en combatir esa condición que afecta a más de la mitad de los mexicanos: más del 60% de los habitantes del país son pobres, debido en gran medida a la gran desigualdad en los ingresos, la décima parte más rica de la población gana más de 40% de los ingresos totales, mientras la décima parte más pobre solo obtiene 1.1 %; de tal forma que alrededor de 53 por ciento de los 104 millones de habitantes están en esta situación, definida como un nivel de consumo por debajo de las necesidades mínimas de alimentos básicos y algunos otros bienes no alimentarios básicos por lo que cerca del 24 por ciento de la población es considerada "extremadamente pobre", es decir, con un ingreso insuficiente incluso para una nutrición adecuada (Vega, 2005).

➤ Desempleo

El nivel de desempleo abierto en las principales ciudades del país mostró un crecimiento de 37 por ciento entre el año 2003 y el 2005, mientras todos los indicadores complementarios de empleo y desempleo evidenciaron deterioro, y 50.6 por ciento de la población ocupada labora sin ningún tipo de prestaciones. Otro dato importante es que en el primer trimestre del año 2009 la población desocupada en México se situó en 2.3 millones de personas y la tasa de desocupación equivalente fue de 5.1 por ciento; esta tasa es superior al de 3.9 por ciento alcanzado en igual trimestre del año 2008. (INEGI, 2009)

Cabe señalar que el desempleo es uno de los factores importantes que incide en la dinámica familiar, ya que con mi experiencia en la práctica clínica durante la maestría fue notorio este evento causando situaciones de estrés, preocupación y enojo entre los integrantes de la familia por la falta de alimento y cubrir las necesidades básicas; hubieron algunos pacientes que dejaron de asistir al proceso psicoterapéutico por cuestiones económicas.

En el Plano demográfico

➤ Composición de los hogares familiares. INEGI (2005) hace una comparación del número de familias que vivían en el país de México, por ejemplo, en los años cincuenta había 6 millones de hogares familiares, mientras que para el 2005 se incrementó a 24 millones 803 mil 625 hogares familiares; de acuerdo a la distinción del tipo de hogares que realiza INEGI un hogar familiar nuclear es el que está conformado por una pareja y los hijos de esta, un hogar extenso o ampliado es donde habitan los miembros de un hogar nuclear pero en el que además habitan otros familiares y los hogares unipersonales, donde sólo vive una persona en su mayoría adulta mayor.

Las familias han presentado cambios importantes en las últimas décadas como lo muestran las estadísticas del DIF (2005), la encuesta reveló que el porcentaje de hogares unipersonales se ha duplicado de 3% a 6% en los últimos 20 años, mientras que los porcentajes de familias nucleares (68%) y extensas (26%) se ha mantenido. Lo que señala una fuerte tendencia a conservar el estilo tradicional de familia.

Otro reporte importante por señalar, es la etapa del ciclo vital en el que viven las familias: donde un 43% de las familias se encuentran en la etapa de hijos en edad escolar, les siguen las de formación de pareja y la etapa avanzada con hijos, adolescencia y juventud, con un 20 y 21% respectivamente, por ultimo las familias en etapa posterior a la salida de los hijos, comprenden un 16 % de la familias en el país (DIF, 2005, .p.82)

➤ Incremento en separaciones y divorcios. Estos están 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 perdida de vigencia de los controles sociales sobre la vida en pareja; dificultades para establecer nuevos vínculos de manera durable. El incremento paulatino de la esperanza de vida ha provocado que la viudez ceda su lugar a la separación y el divorcio como formas predominantes de disolución conyugal. (Tuirán,2001 p. 33-34).

➤ Disminución de la tasa global de la fecundidad, por lo que se manifiesta en una reducción en el tamaño promedio de la familia (número de hijos), fenómeno que ha cobrado importancia en las dos ultimas décadas (Tuirán, 2001. p33). De acuerdo al CONAPO(2001), el número medio de integrantes del hogar en México registra un descenso constante desde mediados de la década de los setenta en donde el promedio de integrantes por familia era de 5.6 personas, no obstante para el año 2001 fue de 4.3 personas y se estima que para el 2010 alcance 3.5 miembros por hogar .

En el Plano sociocultural

➤ Roles y relación entre géneros

Esteinou (2005) señala dos cambios importantes en las orientaciones de valor. El primero relacionado con los roles de madre/padre, esposa/esposo y ama de casa/proveedor, ya que anteriormente el rol de madre había sido muy valorado, de tal manera que para las mujeres ser madre (por ende esposa y ama de casa) constituía el espacio prioritario de ocupación y desarrollo personal reconocido por la sociedad; sin embargo paulatinamente la contribución económica a través de una actividad laboral ha sido más aceptada como un

contexto de desarrollo personal y profesional para las mujeres. La configuración de roles de las mujeres adultas en forma más abierta hacia el exterior (a través del desempeño de una actividad laboral o política, por ejemplo), coloca a los hombres y mujeres frente cuatro opciones posibles de relación:

- 1.- Mantener la estructura y orientaciones de valor tradicionales
- 2.- Sostener orientaciones de valor tradicionales, incorporando el trabajo extra doméstico de la mujer como un aspecto práctico.
- 3.- Que uno de los dos miembros de la pareja mantenga las orientaciones de valor tradicionales (lo cual generalmente se ha manifestado entre hombres) y que el otro (comúnmente la mujer) acepte el rol laboral modificando sus concepciones sobre los otros roles familiares.
- 4.- Que ambos miembros de la pareja acepten el rol laboral femenino modificando sus orientaciones de valor en torno a los roles familiares que ambos desempeñan.

El segundo se relaciona al status social y su relación. El autor refiere que anteriormente, se establecían a partir de dos criterios: la edad y el genero. De acuerdo a la edad, se entendía que el paso hacia la edad adulta implicaba la asunción de ciertos roles familiares, como eran el casarse o tener hijos. Ahora el alargamiento de la esperanza de vida y los procesos de diferenciación cultural favorecen que una persona pueda ser padre o madre en la adolescencia, juventud o edad adulta, así como también puede ser hijo (a) a los 50 ó 60 años, de tal manera que esta relación entre estatus social y posición al interior de la familia se esta perdiendo. Los roles se establecían según el género, es decir una mujer asumía el rol de madre, esposa, ama de casa y el hombre de padre, esposo, proveedor, roles que establecían una relación de dependencia económica de la mujer con respecto hacia su esposo, por lo tanto a una mujer se le atribuía cierta posición social en la medida que representaba los roles que le correspondían en la familia y de los logros o el prestigio que el hombre alcanzaba en el ámbito laboral o social.

Por lo tanto, en la actualidad es muy importante que se propicien los ajustes de funciones al interior del hogar, para reasignar roles y las relaciones entre los géneros.

Como se puede observar, la evolución o transformación social que ha vivido México en las últimas décadas conlleva a modificar los estilos de calidad de vida en las familias, como su organización, estructura, composición, etc.; logrando por una parte adaptarse y construir fuertes lazos de solidaridad, de entretejer relaciones de poder; unión y distribución de los recursos para satisfacer las necesidades básicas de los miembros del grupo; se definen obligaciones, responsabilidades y derechos con arreglo a las normas culturales y de acuerdo con la edad, el sexo y la posición en la relación de parentesco de sus integrantes (CONAPO, 2001); y por otro lado generan tensiones y conflictos, en donde se producen pautas de interacción que dificultan o limitan el desarrollo de las diferentes áreas de vida (por ejemplo, el área escolar, laboral, conyugal, interpersonal, familiar, etc.) en cada uno de los integrantes de la familia y por ende repercute e impacta a nivel social.

1.1.2. Principales problemas que presentan las familias

Las problemáticas predominantes que enfrentan las familias mexicanas están asociadas precisamente con estas transformaciones que se han dado en el plano económico, demográfico, y sociocultural.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Dinámica Familiar, componente del Diagnóstico de la Familia Mexicana, que fue coordinado por el sistema Nacional DIF (2005) reporta que existen ocho motivos que constituyen, a nivel nacional, las primeras causas de conflicto entre las familias, siendo las siguientes:

- Problemas relativos a la conducta o a la educación de los hijos: esta categoría se refiere a las dificultades para llegar a establecer acuerdos con respecto a la educación, a las quejas por el comportamiento, incluyendo las peleas entre los hermanos y el desempeño escolar.

- Problemas relacionados con la concesión de permisos y la autoridad: incluyen aspectos tales como no consultar decisiones con algún miembro del hogar, horarios de llegada, permisos o autorizaciones, falta de respeto o de obediencia, indisciplina o rebeldía.
- Dificultades de convivencia y comunicación. Se refiere a las situaciones que van desde la falta de atención, de convivencia o de comunicación hasta la disputa por el uso de pertenencias ajenas o el hacinamiento, pasando por la incompreensión y el reclamo de mayor tiempo de convivencia.
- Asuntos económicos: esta categoría hace referencia a los problemas por la administración del dinero, la pelea por bienes materiales y económicos, así como también al desempleo que viven.
- Diferencias de carácter o de opinión: habla sobre las incompatibilidades, problemas de personalidad y desavenencias intergeneracionales.
- Adicciones. Es cuando al menos uno de los integrantes de la familia consume drogas o alcohol. El consumo de sustancias adictivas se ha convertido en uno de los principales enemigos de la familia, ya que de acuerdo al informe epidemiológico del consumo de drogas en pacientes que acuden a tratamiento en los Centros de integración Juvenil del Distrito Federal en el segundo semestre del año 2006, solicitaron el servicio 8,876 usuarios; mientras que para el año 2008 acudieron 10, 666 usuarios que reportaron el consumo (Gutiérrez y Castillo, 2009)
- Cuidado y orden en el hogar. Surgen problemas por la distribución de los quehaceres en el hogar.
- Violencia. De acuerdo al Programa General de la Atención y Prevención de la Violencia Familiar (2008), reporta que en la ciudad de México la violencia familiar es un problema de salud pública y de derechos humanos de grandes dimensiones que afecta sistemáticamente a importantes sectores de la población especialmente a mujeres, menores de edad, personas adultas mayores y discapacitados; así mismo hacen referencia a datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) sobre el transcurso del año 2005 se registraron 2,159 fallecimientos de mujeres por violencia familiar, cifra que supero a los fallecimientos por el crimen organizado, que para el mismo año fue de 1,776 a nivel nacional.

La problemática de la inseguridad pública que se vive en el país en la actualidad también impacta a la dinámica de las familias mexicanas, referente a los primeros resultados de la 5ª Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI -5) que fue realizada por el Instituto Ciudadano de Estudios sobre la inseguridad (ICESI) arrojó datos: durante el periodo de referencia (del primero de enero al 31 de diciembre de 2007) ocurrieron 11.1 millones de delitos en la República Mexicana, lo que da como resultado una incidencia delictiva de 10, 482 delitos por cada 100 mil habitantes. además señala que el 59% se siente inseguro en su estado de residencia, en comparación con el 37% que manifestó sentirse seguro, a nivel nacional los ciudadanos del Distrito Federal fueron quienes en su gran mayoría manifestaron sentirse inseguros (85%); le siguieron Tabasco 78%, Baja California 74%, Sinaloa 73%, Estado de México 73% y Guerrero 69%. La mitad de la población considera que durante el último año los delitos aumentaron en su comunidad, por lo que el reporte advierte cómo los estilos de vida de la familia han sido alterados y constreñidos por el miedo al delito, ya que durante el año 2007 el 65% de las personas cambio algún hábito o dejó de realizar actividades por temor a ser víctima de algún delito (ICESI, 2008).

1.1.3 La terapia familiar sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.

En la historia de la psicología han surgido diversas aproximaciones teórico-filosóficas respecto a la psicoterapia dando como resultado diversas formas de intervención y estrategias para poder comprender y resolver las diferentes problemáticas que se van generando en un contexto económico, político y social abierto en proceso de transformación.

En ciertas aproximaciones, el campo de estudio es en los procesos individuales internos (psicoanálisis) o bien en los procesos individuales externos (conductismo), bajo una premisa de causalidad lineal como la principal variable para explicar la conducta de las personas; en cambio la terapia familiar inicia una nueva forma de abordar los problemas, pues toma en consideración los procesos de interacción entre las personas y su contexto,

haciendo énfasis en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento.

También es importante destacar que la terapia familiar sistémica y posmoderna cuenta con una perspectiva integrativa que posibilita abordar los problemas desde un panorama interaccional entre la persona y los otros sistemas y subsistemas sociales (sociedad, familia, pareja, parental, fraternal etc.), así como también el construccionismo social y la narrativa, retoman o consideran los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, tecnológico, político, económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

La terapia familiar observa la capacidad que tienen los sistemas de modificar sus estructuras cuando se producen cambios en su medio, logrando, por lo general, un nivel más alto de complejidad en ese proceso, y potenciando con ello sus probabilidades de supervivencia.

Por lo tanto, la terapia familiar sistémica y posmoderna es una opción viable para brindar atención a los problemas que presentan actualmente las personas y familias mexicanas, ya que se retoman los contextos sociales en los que vive la familia, al contrario de los enfoques tradicionales que se enfocan a los síntomas. Por otro lado, la terapia familiar elimina constructos como patología, evitando etiquetas clasificatorias que imposibilitan alternativas de solución y posibilita desarrollar junto con los clientes las alternativas de cambio relacionadas con la problemática; además se trabaja con la familia y sus diferentes subsistemas: conyugal, parental, fraternal e individual, reconociendo al sistema desde sus diferentes ópticas, proporciona la riqueza de diversos modelos generando en el terapeuta una gama inmensa de enfrentar las problemáticas en conjunto con la familia, tiene ventajas en cuanto a que la duración de tratamiento es a corto plazo para la resolución de las problemáticas, minimizando los costos económicos y abarcando a la población de bajos recursos económicos, otro efecto de las intervenciones de terapia familiar sistémica es que tiene impacto hacia los sistemas más grandes y abarcativos en la vida de las personas (área escolar, laboral, etc.) rebasando la

mayoría de los casos a la familia nuclear convirtiéndose en el plano de prevención en otros sistemas, etc.

A continuación se presenta un bosquejo del desarrollo de la terapia familiar en México:

El movimiento de la terapia familiar se inicia en México a principios de los años sesentas, cuando el campo de la psicoterapia se encuentra dividido en dos grupos: el primero formado por psicoanalistas ortodoxos entrenados en los Estados Unidos, Argentina y Europa; y el segundo, conformado por psicoanalistas humanistas agrupados en el Instituto Mexicano de Psicoanálisis, dirigido por Erich Fromm. (Macías, 1988) .

Daniel Nares (1991) atribuye que el pionero y fundador de la primera escuela de terapeutas familiares en México es el Dr. Raymundo Macías, ya que da inicio a los seminarios y cursos sobre terapia familiar en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) dentro del Posgrado de psicología y el departamento de psiquiatría. En 1968 el Dr. Macías se encarga del seminario de psicoterapia en el Doctorado en psicología Clínica de la UNAM, cuyo tema central es la terapia de familia; y meses más tarde, asume la dirección de psicología en la Universidad Iberoamericana y en 1972 funda su propia institución "Instituto de la Familia" A. C. (IFAC), logrando que los terapeutas en formación brindaran atención dentro del hospital de pediatría, servicio de higiene mental del hospital infantil, instituto mexicano de atención a la niñez (IMAN), programa nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF), hospital general del centro medico nacional, servicios psicológicos de la universidad nacional autónoma de México (UNAM), etc., planteándose una perspectiva dinámica, sistémica e integrativa.

Continúa la expansión del interés por la terapia familiar, y en 1980 surge el Instituto de Investigación y Entrenamiento a Personas fundado por la Dra. Dolores Villa, Dr. Freidberg y el Dr. Lichtein; ocupándose de la terapia familiar y de pareja con un modelo sistémico estructural, de Milán, del MRI y la terapia existencial, ya que 4 años antes este Instituto ofrecía la formación en Terapia

Gestalt. En 1984 el Dr. Ignacio Maldonado, médico psiquiatra y psicoanalista fundó el Instituto Latinoamericano de Estudios de la Familia (ILEF); con un marco teórico, analítico, sistémico y social. En 1986 nacen dos instituciones más: el Instituto Mexicano de Terapias Breves, S. C. (IMTB) fundado por la Dra. Maria Blanca Moctezuma Yano y la Sociedad Mexicana de Psicoterapia Integral (SOMEPSI), dirigida por Nares, misma que se constituye en 1990 en el Instituto de Terapia Familiar Vivencial, el Instituto de Terapia Familiar. Otro importante desarrollo de la terapia familiar en México es la Asociación Mexicana de Terapia Familiar (AMTF), creada en 1981 por la Dra. Maria Luisa Velasco; es importante señalar que esta asociación promueve congresos nacionales de terapia familiar e inició a publicar en 1986 la revista multidisciplinaria "Psicoterapia y Familia", que es la primera revista de corte sistémico en México y se han podido documentar investigaciones con población mexicana abordando problemáticas como muerte y suicidio, retraso mental, adolescencia e identidad, etc. (Eguiluz, 2004).

En 1987, la Dra. Maria Luisa Velasco crea el instituto de Terapia Familiar CENCALLI, abordando principalmente problemáticas tales como enfermedad crónica, adicciones, y fracaso escolar; con un enfoque teórico estratégico, estructural, de Milán y de la comunicación. Surge en 1992, el Instituto Superior de Estudios para la Familia, fundado por el Dr. Alberto Castellanos.

En el año 2001 se pone en marcha el proyecto de Residencia en Terapia Familiar Sistémica formando parte del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, se imparte en dos identidades académicas: facultad de psicología y facultad de estudios superiores de Iztacala. Uno de los objetivos de la residencia es capacitar al terapeuta 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 (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados.

Uno de los escenarios de entrenamiento o formación que participó en la impartición del programa de la residencia en terapia familiar es el Centro de Servicios Psicológicos de la facultad de psicología, el cual se describirá a continuación.

1.2 CARACTERIZACIÓN DEL ESCENARIO DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO

El trabajo clínico durante el programa de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” que depende de la coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al sector social, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

1. 2.1 Descripción del Escenario

Desde el año de 1945, la escuela de psicología formaba parte de la facultad de Filosofía y Letras y fue hasta el 27 de febrero de 1973 que se constituye la Facultad de Psicología. A partir de este hecho se modifican proyectos de estudios, se impulsa la estructuración de un nuevo currículum académico que abarque y unifique los aspectos teóricos y prácticos en la formación del psicólogo. Durante este período el director de la Facultad fue el Dr. Luis Lara Tapia y como jefa del departamento de Psicología Clínica de la División de estudios de posgrado se encontraba la Dra. Bertha Blum, por lo que se establece un proyecto para la creación de un centro de docencia, investigación y asistencia psicológica con el objetivo de cubrir las necesidades que generaba el nuevo programa de formación de psicólogos clínicos a nivel de maestría y doctorado, pues requería de un espacio en el que se complementaran los aspectos académicos y docentes teóricos con la practica Clínica. (Lorentzen, 1986).

El Centro de Servicios Psicológicos fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la doctora Graciela Rodríguez (directora de la Facultad), el Dr. Rafael Núñez, el

Dr. José Lichszajin y el Dr. Raymundo Macias. La coordinación queda a cargo de la Lic. Josette Benavides y empieza a funcionar el 1 de agosto de 1982. Posteriormente las coordinadoras subsecuentes fueron: la Dra. Marcia Morales, Lic. Graziela Zierold, el Dr. Héctor Ayala, Dr. Benjamín Domínguez, Lic. Leticia Echeverría, Lic. María de la Luz Fernández y recientemente la Lic. Noemí Barragán.

Actualmente el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” se encuentra ubicado en el sótano del edificio D, de la unidad de posgrado, en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México; con dirección en Av. Universidad 3004, Del. Coyoacán, col. Copilco Universidad, al suroeste de la Cuenca de México. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 hrs. Constituye un servicio de bajo costo y con una alta calidad de servicio.

El centro cuenta con una sala de espera con 4 sillones y una mesa de centro, una recepción, 12 cubículos para atención individual; 4 cámaras de doble visión equipadas con audio, televisiones, videograbación, y mobiliario necesario como sillones, sillas, mesas, pizarrones, etc. (ver fotografía 1). En las cámaras se llevan a cabo las sesiones de supervisión de los procesos terapéuticos, adquisición de habilidades profesionales, las sesiones terapéuticas, procesos enseñanza- aprendizaje etc. Asimismo, posee una cocina para los residentes y empleados que laboran para este Centro.



Fotografía 1. Cámara de doble visión

Los objetivos del Centro recientemente han sido:

- Apoyar y fortalecer la formación teórico-práctica de los alumnos, a través de los servicios psicológicos que la facultad ofrece a estudiantes, administrativos, académicos, familiares y público en general, con la ayuda del trabajo supervisado de los especialistas.
- Fortalecer la producción científica y la investigación en escenarios reales y con problemas que requieren la atención del psicólogo.
- Difundir el trabajo que realiza el psicólogo como profesional en foros científicos y en la comunidad.
- Ser sede de diversas residencias del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología de la UNAM: Residencia en Medicina Conductual, Residencia en Terapia Familiar Sistémica, Residencia en Psicología Infantil, Residencia en Psicología de las Adicciones.

Los servicios con los que cuenta el Centro se clasifican en los siguientes programas de atención:

- Tratamiento psicológico de alteraciones fisiológicas
- Retroalimentación biológica
- Terapia conductual infantil, incluyendo los siguientes subprogramas: Entrenamiento conductual a padres, obediencia infantil, interacción familiar, entrenamiento en actividades planeadas, prevención de accidentes en el hogar, consejo marital , autocontrol y relajación.
- Apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias
- Estudio de variables familiares y del contexto comunitario al desarrollo de problemas de conducta infantil a través de estrategias longitudinales.
- Movilización y empoderamiento comunitario para la prevención universal de comportamientos adictivos en zona urbana.
- Atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual
- Atención a bebedores problema
- Terapia familiar y de pareja
- Terapia racional y emotiva
- Terapia individual
- Evaluación y peritajes psicológicos

- Programa de talleres como: Asertividad y autoestima, inoculación de estrés, tendencias narrativas en psicoterapia I y II, formación de supervisores y psicoterapeutas I y II, y taller a padres.

1. 2. 2 Análisis sistémico del escenario

Personal y roles

El personal que colabora para proporcionar el servicio dentro del Centro de servicios psicológicos está conformado por la coordinadora quien esta a cargo de la organización, coordinación y asignación de espacios y horarios. Otra función importante es la que realizan los responsables de las residencias de las diferentes maestrías, doctorados y los profesores adscritos a los programas, ya que se encargan de supervisar los procesos terapéuticos, apoyar la formación, y propiciar el proceso de enseñanza –aprendizaje hacia los estudiantes de diferentes grados académicos. Otro apoyo es el personal administrativo que se encarga de distribuir, recoger, revisar y enumerar las solicitudes llenadas por los usuarios (as) interesados en recibir el servicio, asimismo se capturan y se canalizan al programa y tipo de intervención más adecuado en función del motivo de consulta, programas y terapeutas; también el centro cuenta con el servicio de recepción el cual consiste en recibir y emitir llamadas telefónicas, recibos de pago, proporcionar información de los servicios, la elaboración de documentos administrativos, etc. Y de igual importancia se cuenta con el servicio de intendencia generando un ambiente agradable e higiénico.

Una vez que los terapeutas reciben las solicitudes de demanda de servicio, realizan contacto por vía telefónica con los usuarios para concertar una cita y dar inicio al proceso terapéutico. A pesar de que el centro brinda distintos servicios psicológicos, existían algunas demandas que no se podían atender ya sea porque no se contaba con ciertos especialistas como por ejemplo: problemas de lenguaje, problemas con sustancias adictivas, etc.; o por el exceso de solicitudes y minoría de terapeutas, por lo tanto se canalizaban a diferentes instituciones gubernamentales y privadas, clínicas especializadas, centros comunitarios dependientes de la UNAM y Asociaciones civiles dependiendo de su demanda de la problemática.

Fuentes de referencia

Las principales fuentes de referencia por las cuales acudieron los usuarios a solicitar el servicio, fueron por empleados y estudiantes internos de la UNAM, público en general, canalizados por diferentes escuelas, centros e instituciones de salud pública o privada (Unidades de Atención y Prevención a la Violencia Familiar, DIF, hospitales psiquiátricos, CENDIS, MEXFAM, secundarias publicas, primarias privadas etc.); medios de comunicación como televisión y radio y por último por terapeutas privados.

1. 2. 3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en el escenario de trabajo clínico

El trabajo clínico que realizamos los estudiantes de la primera generación de la residencia en terapia familiar fue en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr Guillermo Dávila”, el cual consistió en la atención psicoterapéutica de familias, parejas e individuos que solicitaron el servicio.

Durante el proceso de formación académica, los residentes de la maestría en terapia familiar participamos activamente en el escenario clínico, con el objetivo de adquirir las diferentes habilidades y competencias profesionales especializadas requeridas por el programa. Cabe mencionar que el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” contó con la infraestructura suficiente para el desarrollo de mi formación como los cubículos de doble vía de observación, equipo de video, etc. Así como también para facilitar el proceso de aprendizaje del sistema de supervisión individual en donde participa activamente un supervisor y un supervisado, donde el primero observa y retroalimenta al segundo sobre el ejercicio profesional desarrollado. Mientras el resto de los estudiantes discuten líneas de intervención y el sistema de supervisión grupal en donde participa un supervisor, los supervisados y una familia, individuo o pareja, con la finalidad de observar las habilidades del estudiante en su interacción con el sistema terapéutico y los objetivos terapéuticos, conformando así el sistema terapéutico total (Ver fotografía2).



Fotografía. 2

Considero que ha sido de gran apoyo para el aprendizaje, la aplicación del conocimiento y la adquisición de habilidades los siguientes recursos: la cámara de doble visión, las sesiones videograbadas, el equipo terapéutico, las transcripciones de las sesiones, las escenificaciones terapéuticas en las clases teóricas, y la retroalimentación por parte de los supervisores clínicos cuando se atiende a familias.

En la atención de terapia familiar, los residentes contactamos directamente a la persona que pidió el servicio, enfatizándoles que era importante que asistieran todos los miembros de la familia que vivían en casa o interesados ante la problemática.

El procedimiento que se ejerció durante la práctica clínica consistió en 5 fases: 1. Presesión, la cual consistía en la reunión de todos los residentes y el supervisor con el fin de planear el trabajo terapéutico que se llevaría a cabo con la familia antes de que llegaran a la sesión (20 min. de duración) 2. Sesión, en donde se trabajaba la evaluación y tratamiento (de 35 a 45 min. de duración) 3. Intersesión, se realizaba antes de concluir la sesión, con el objetivo de que el terapeuta realizara un análisis con el equipo terapéutico detrás del espejo (10 a 15 min. de duración) 4. Cierre de la sesión, el terapeuta regresaba con la familia, para la conclusión de la sesión, interviniendo de

acuerdo a los resultados del análisis (10 a 15 min. de duración) y 5. Postsesión, se realizaba cuando se despedía a la familia, con la finalidad de abordar un análisis exhaustivo del proceso terapéutico que se realizó (de 20 min. a 1 hora).

Durante los dos años de trabajo psicoterapéutico, se recibieron 286 solicitudes de demanda de servicio, siendo 26% para la atención de problemas de conducta infantil, 11% con adolescentes y 66% con adultos (Ver Figura 1).



Figura 1.

Así mismo, el tipo de tratamiento que se trabajó a nivel individual fue de 26% de los casos, 59% a nivel familiar y 15 % de pareja. (Ver Figura 2)

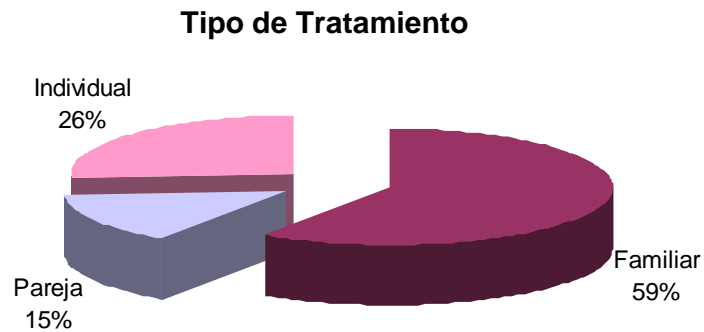


Figura 2

A continuación se muestra la figura 3, donde nos señala el número de familias por semestre. Cabe mencionar que la atención de familias fue aumentando conforme, se adquirió mayor experiencia, relacionado con la oferta y demanda del servicio, además de la integración de nuevos modelos de intervención.

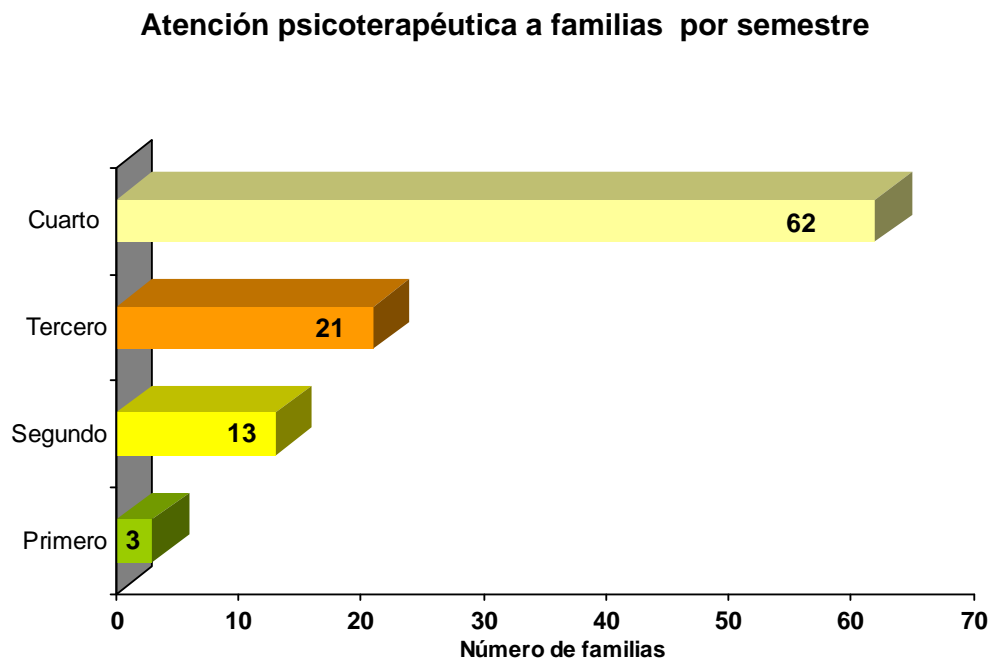


Figura 3.

Los motivos de consulta más frecuentes que llevaron a las familias a solicitar el servicio de terapia familiar fueron por problemas de pareja, a los cuales siguen problemas de comunicación familiar, problemas de conducta y rendimiento escolar en niños y adolescentes, entre otros, una nueva problemática, que surgió fue la depresión en alguno de los miembros de la familia. (Ver Figura 4)

Motivos de consulta más frecuentes

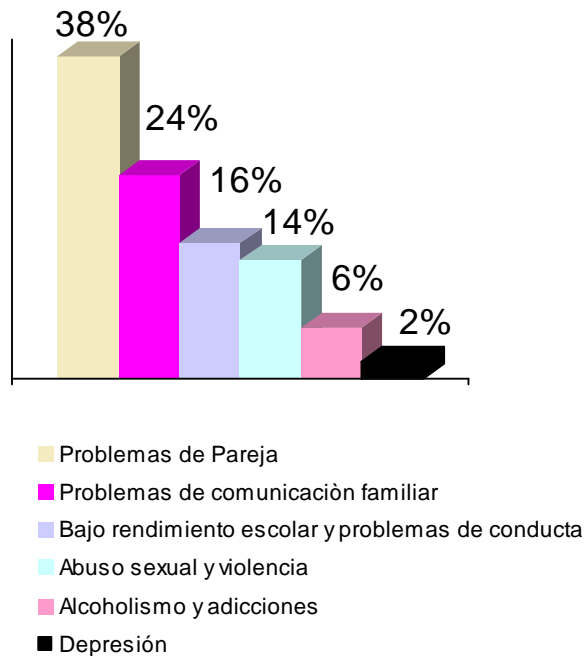


Figura 4.

A continuación explicaré el trabajo realizado por semestre:

Primer semestre:

En el primer semestre de la Maestría en Residencia de Terapia Familiar, se llevaron a cabo las asignaturas de Métodos de Investigación, Medición y Evaluación I y Teorías y Modelos de Intervención que corresponden al tronco común, así como las asignaturas del Modelo Estructural, Entrevista y Evaluación Sistémica, Bases Epistemológicas, Caso Continuo y Seminario de Integración que corresponden al programa de residencia I de terapia Familiar. Las clases teóricas se impartieron en las aulas del edificio de Posgrado y las clases prácticas en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología.

En esta etapa, mi intervención en el centro de servicios psicológicos fue como observadora de 3 procesos terapéuticos, atendidos dos casos clínicos por dos

profesoras y el otro por una alumna, acumulando 27 horas de participación en el equipo terapéutico, logrando integrar y aplicar los fundamentos teórico-prácticos de los modelos revisados a los casos clínicos. En mi opinión, este trabajo fue muy enriquecedor, ya que, se llevó a cabo la técnica de coro griego. Se realizaron transcripciones de cada sesión y además se videograbaron todas las sesiones, lo cual nos ayudó a elaborar y completar el trabajo final del curso, analizando cuidadosamente las etapas de evaluación e intervención en el proceso terapéutico de la terapia familiar sistémica.

Segundo semestre:

En el segundo semestre, se llevaron a cabo las asignaturas de Métodos de Investigación Aplicada II, Medición y Evaluación II y Teorías y Modelos de Intervención II que corresponden al tronco común, así como las asignaturas de Modelo de Terapia Breve M. R. I., Terapia Estratégica de Haley, la Entrevista Clínica y Psicopatología en la familia, Practica Supervisada II que corresponden al programa de residencia II de Terapia Familiar Sistémica. Las clases teóricas se impartieron en las aulas del edificio de Posgrado y las clases prácticas en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología.

En la segunda fase de mi formación inicié la práctica clínica como terapeuta con dos casos clínicos bajo la supervisión en vivo de profesoras, lo cual me permitió aplicar los conocimientos teóricos y prácticos adquiridos en la residencia, principalmente de los modelos estructural y Terapia Breve (MRI); acumulando 32 sesiones de trabajo clínico. Por otro lado forme parte del equipo terapéutico tras la cámara de doble visión involucrándome en el proceso terapéutico de 11 casos clínicos, con 62 horas equipo.

Tercer semestre:

En este tercer semestre, se llevó a cabo la asignatura de Teorías de Intervención III, que corresponde al tronco común, así como las asignaturas de la Escuela de Milán, Teoría -Terapia breve orientada a soluciones, Práctica clínica - Terapia breve orientada a soluciones, Práctica Clínica - Terapia

Orientada a Problemas (MRI), Practica Supervisada III que corresponden al programa de residencia de terapia Familiar Sistémica. Las clases teóricas se impartieron en las aulas del edificio de Posgrado y las clases prácticas en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología.

Además de continuar la práctica clínica como terapeuta con 4 familias; también trabaje como coterapeuta en 2 casos clínicos, y forme parte del equipo terapéutico en la atención de 20 casos clínicos con 85 horas; aplicando los modelos de Terapia breve orientada a soluciones, terapia orientada a problemas (MRI), modelo de Milán, estructural e integrativo.

Cuarto semestre:

En este cuarto y último semestre, se llevaron a cabo las asignaturas de Modelos Posmodernos, Intervención Clínica II Narrativa, Investigación Aplicada II, Intervención Clínica II, Intervención Clínica II - Milán Intervención Clínica II - Caso Continuo, Intervención Comunitaria y Seminario de Integración - Supervisión Narrada que corresponden al programa de residencia de terapia Familiar Sistémica. Las clases teóricas se impartieron en las aulas del edificio de Posgrado y las clases prácticas en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología. Y en el caso de la investigación e intervención comunitaria se llevó a cabo en escenarios escolares de la SEP, en el Centro Comunitario “Dr. Oswaldo Robles” y en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

En la ultima fase de mi aprendizaje intervine como terapeuta en 5 casos clínicos de los cuales 2 fueron con supervisión en vivo y 3 con supervisión narrada; y forme parte del equipo terapéutico atendiendo a 18 familias, con 89 horas equipo, se aplicaron los modelos de Milán, Terapia breve (MRI), enfoques posmodernos: el uso de equipo reflexivo, modelo narrativo de White y colaborativo.

A continuación se presenta la Figura 5 donde resume las familias que atendí por cada semestre:

Intervención como terapeuta en la atención de casos clínicos por semestre

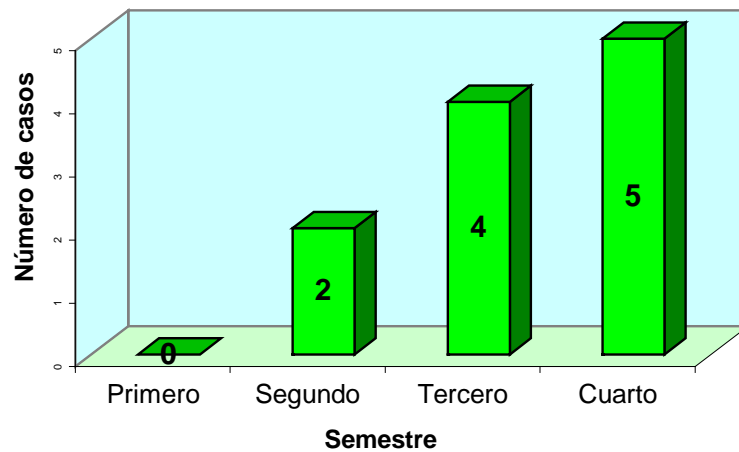


Figura 5

Conclusiones:

- La población adulta son quienes asisten con mayor frecuencia a terapia, específicamente las mujeres tienden a terminar el proceso terapéutico, y los hombres solamente asisten de una a tres sesiones.
- Es claro que los niños son la sintomatología más evidente del sistema, por encima de los adolescentes
- Es importante hacer énfasis con respecto a los procesos psicoterapéuticos familiares, de pareja e individuales, dentro de los cuales, quien tiene una mayor participación es nuevamente la mujer, es ella quien permanece y concluye todo el proceso terapéutico.
- En cuanto al motivo de consulta, de mayor demanda son los problemas de pareja, pero esto no corresponde al nivel del tratamiento, debido a que solamente asiste una de las partes.
- La mayor preocupación de la atención psicológica y de la búsqueda de cambios, se da por parte de la mujer, los niños y los adolescentes, ya que son llevados a terapia por los padres y por un problema en específico. Finalmente los varones son el gran ausente dentro del proceso familiar.

CAPITULO II

FUNDAMENTOS EPISTEMOLOGICOS Y MODELOS TERAPEUTICOS DE LA TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA Y POSMODERNA

2.1 Fundamentos Epistemológicos

Cualquier ciencia o técnica no nace en el vacío sino que es hecha por personas concretas de carne y hueso, que viven en una época y lugar determinado, que tienen una ideología y que ésta impregna las teorías y técnicas que elaboran (Molina, 1990). Me parece importante mencionar que también tienen una necesidad social, la cual requiere de modelos y técnicas que abarquen las áreas de prevención e intervención más eficientes de acuerdo a las transformaciones político, económico, y culturales que se viven día a día en nuestra sociedad.

Las nuevas maneras de vivir han conducido a una revolución epistemológica, que impacta a todas las ciencias y desafía muchas ideologías tradicionales, desde la fe en la causalidad lineal hasta las teorías de motivación individual (Hoffman, 1998).

Las bases epistemológicas que sustentan a la terapia familiar sistémica se derivan de la teoría general de los sistemas, la cibernética, la teoría de la comunicación humana y las terapias posmodernas. A continuación se revisarán dichas ideas y conceptos que enmarcan el trabajo del terapeuta familiar sistémico, indispensable para el ejercicio profesional.

2.1.1 Teoría General de los Sistemas

La Teoría General de los Sistemas (TGS) fue propuesta por el biólogo alemán Ludwig Von Bertalanffy en 1937, en el marco de un seminario filosófico en la Universidad de Chicago.

A pesar de que la TGS surgió en el campo de la biología orgánica cuando se ubica al organismo como un todo, como un sistema, pronto se vio su capacidad de inspirar desarrollos en distintas disciplinas y se aprecia su influencia en la aparición de otras nuevas, con la finalidad de establecer leyes generales que sean compatibles con otros modelos de diversas áreas de estudio y que tengan las mismas características, aún cuando las disciplinas sean totalmente diferentes.

La TGS se ha ido constituyendo con las aportaciones de la cibernética, la teoría de la información, la teoría de los juegos, la teoría del caos, la teoría de la decisión, las matemáticas relacionales y el análisis factorial, etc. por lo que Bertalanfy definió al sistema como un complejo de componentes que interactúan de acuerdo a conceptos como los de interacción, suma, mecanización, centralización, competencia y finalidad (Bertalanfy, 2002.)

De acuerdo a Bertalanffy (2002) propone que los sistemas tienen las siguientes propiedades:

- 1 Totalidad: un sistema es una totalidad y sus componentes y características sólo pueden comprenderse en función del sistema en su totalidad. El todo no es igual a la suma de sus partes. Totalidad es diferente que sumatividad.
- 2 Objetivo: los sistemas siempre están orientados hacia un objetivo. La tendencia de un sistema a mantenerse vivo. Sistemas autodeterminados.
- 3 Equifinalidad: idénticos resultados pueden tener orígenes distintos, porque las mismas condiciones iniciales no producen los mismos efectos.
- 4 Homeostasis: fuerza o tendencia que hace que el sistema permanezca constante.
- 5 Morfogénesis: fuerza o tendencia causante de los cambios en el sistema.
- 6 Equipotencialidad: pueden obtenerse distintos resultados a partir de una misma situación inicial.
- 7 Causalidad circular: en las relaciones de los elementos de un sistema todo es

principio y fin, todos los elementos influyen sobre los demás y a su vez son influidos por estos.

- 8 Retroalimentación: intercambio circular de información, retroalimentación positiva: orientada a producir el cambio y retroalimentación negativa: orientada a mantener la homeostasis.

La terapia familiar sistémica se apoya en algunos principios de la teoría general de sistemas, por ejemplo, Andolfi (2001) retoma los sistemas abiertos y cerrados, añadiendo a éstos, el sistema relacional y lo define como el conjunto constituido por una o más unidades vinculadas entre sí de modo que el cambio de estado de una unidad va seguido por un cambio en las otras unidades; este va seguido por un nuevo cambio de estado en la unidad primitivamente modificada y así sucesivamente.

Otro investigador de relevancia fue Bateson al aplicar las nociones de los sistemas a las ciencias sociales y a la terapia familiar con sus colaboraciones con el Mental Research Institute (MRI), etc.

De acuerdo a Sánchez y Gutiérrez (2000), los principios básicos de la teoría de los sistemas en la terapia familiar son los siguientes:

1. Todo sistema familiar es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes. El total o el sistema está interactuado por las cualidades individuales de la suma de "n" elementos y esta organización interactúa, se forma y se rige por la predicción y consistencia de cada uno de éstos; el comportamiento de un individuo no se podrá comprender de manera aislada sino en su interacción con el sistema.
2. La estructura sistémica familiar está formada por subsistemas. Dentro de cualquier sistema familiar existen jerarquías, éstas delimitan los subsistemas, sus obligaciones y responsabilidades, los que generalmente están determinados por las generaciones, la edad, el género y la función.
3. Los patrones que rigen al sistema familiar son circulares y no lineales.
4. Los sistemas familiares mantienen su estabilidad por el mecanismo de homeostasis.

5. La evolución y los cambios son inherentes en los sistemas abiertos: entre los sistemas vivos 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.

2.1.2 Epistemología Cibernética

“Cibernética” ha sido definida de diversas maneras. Weiner (1948,1954) la concibió como “ la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la maquina”. McCulloch (1965) la describió como una epistemología experimental centrada en la “comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio.” Bateson (1972) la reconoce como la nueva ciencia de la forma y los patrones de organización (en sluski, 1985).

En general, las nociones centrales de la cibernética son: circularidad, información, retroalimentación, meta, organización, orden, azar, ruido, regulación, homeostasis, etc.

Las aportaciones de trabajos realizados por diferentes investigadores han posibilitado el desarrollo y evolución de la cibernética, Foerster (1996) considera que se ha dado en un proceso clasificado por tres niveles de complejidad: una cibernética de “0 orden” o implícita, la cual se manifiesta con Herón de Alejandría, un ingeniero de la época más brillante de la ciencia del Helenismo, en el año 62 A. C., fue el primero que inventó un sistema cibernético; la cibernética de “1er orden” , reflexión explicitada en la obra de Norbert Wiener de 1948; y la cibernética de “2º orden”, reflexión sobre la reflexión de la Cibernética.

Cibernética de Primer Orden o Cibernética de los Sistemas Observados

Primera etapa:

La teoría general de los sistemas y la cibernética se desarrollaron de manera paralela,

siendo uno de los matemáticos Norbert Wiener precursor de esta última disciplina, en la cual, el primer objeto de estudio fueron los procesos de comunicación y control en sistemas naturales y artificiales.

El propósito de la cibernética es desarrollar un lenguaje y técnicas que nos permitan encarar los problemas más generales de la comunicación y regulación; establecer un repertorio adecuado de ideas y métodos para clasificar sus manifestaciones particulares en conceptos. La información es el contenido de lo que es objeto de intercambio con el mundo externo, mientras nos ajustamos las contingencias de nuestro medio y a vivir de manera efectiva en él. Comunicación y regulación constituyen la esencia de la vida interior del hombre, tanto como de su vida social Weiner (1981).

Se argumenta que entre el sistema nervioso y la máquina automática existe similitud fundamental: ambos son dispositivos que toman decisiones basándose en otras que tomaron en el pasado, además tiene un aparato específico para tomar decisiones a futuro; resisten el aumento de entropía (desorden) a través de dicha capacidad de tomar decisiones, a lo que se llama organización y regulan dicho desorden mediante la retroalimentación a partir de información que extraen del mundo exterior para utilizarla en sus operaciones y poseen sensores o receptores que aceptan mensajes mediante los cuales regulan su comportamiento.

Específicamente en esta etapa se postula que los procesos de corrección de la desviación (retroalimentación negativa) permiten mantener la organización y que los procesos de ampliación de la desviación llevan a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema, por lo que el concepto predominante era la homeostasis ya que se considera como proceso autocorrectivo.

Otra característica por mencionar es la limitación a lo directamente observable, a los inputs y outputs medibles. Minimizaba el proceso de transformación como no observable, como “caja negra”, por lo que el sistema observado se considera como algo que está afuera del observador, siendo así un terapeuta se mantiene en una pauta de

interacción fuera del sistema, como vigilante de un fenómeno a modificar desde fuera del sistema observado y no dentro de él.

En esta primer etapa, las intervenciones terapéuticas, muestran un énfasis negentropico, buscan reestablecer el orden, la estructura para que la familia alcance otra vez el equilibrio (Hoffman, 1998). Esta autora también indica que la terapia familiar en una primera instancia se centra en el proceso de comunicación familiar análogo a una máquina cibernética, con la homeostasis como elemento clave, con el objetivo de lograr mantener la organización del sistema familiar.

Otro cambio epistemológico que aporta la cibernética de primer orden al campo de la terapia familiar es el tránsito de la causalidad lineal a una organización circular de componentes, ubica al síntoma como parte de la familia y no sólo del individuo, se explican los comportamientos a partir de conceptos como la información y organización y no de la materia o energía. Y por último se visualiza a la familia como un sistema que persigue la homeostasis lejos de alcanzar un cambio.

Segunda etapa :

Maruyama (1968) nombró a esta etapa de la cibernética de primer orden como “segunda cibernética”, donde señala que todo sistema viviente depende para su supervivencia de dos procesos: 1. morfostasis, donde el sistema debe mantener constancia ante los cambios del medio a través de procesos de corrección de error o mecanismos de retroalimentación negativa; 2. morfogénesis, donde el sistema modifica su estructura básica mediante secuencias que amplifican la desviación o mecanismos de retroalimentación positiva.

Esta segunda etapa dio énfasis a los procesos de amplificación de la desviación y a los mecanismos de retroalimentación positiva, percibidos como favorecedores del cambio y pasan a ser esenciales para la evolución de los sistemas vivientes.

La primer cibernética fue introducida a la terapia familiar por las modalidades

terapéuticas de Salvador Minuchin y Carl Whitaker, lo cual permitió la descripción de nuevos paradigmas terapéuticos. Aparecen las sesiones llenas de crisis, movimientos desequilibrantes, coaliciones, ataques de subistemas, dramatizaciones y demás, todas estas técnicas provocativas eran destinadas a estremecer a la familia como palanca para sacarlos de su estado de crisis y ofrecerles otra realidad (Sánchez y Gutiérrez, 2000), por lo que se tiene la percepción de que la familia es un sistema que necesita y promueve por sí sola un cambio para su evolución en las diferentes etapas de vida.

Cibernética de segundo orden o cibernética de los sistemas observantes

En el año 1972, la presidenta de la Asociación Norteamericana de Cibernética Margare Mead concedió un discurso titulado “Cibernética de la Cibernética”, por lo que Heinz von Foerster propone cambiar este nombre por “Cibernética de Segundo Orden” o “Cibernética de los Sistemas Observantes” diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden llamada como Cibernética de los Sistemas Observados”.

El contexto que favoreció el desarrollo de la cibernética de segundo orden incluye ingredientes tales como el principio de incertidumbre de la física cuántica, los aportes filosóficos de Wittgenstein, y más cercanas a las ciencias del comportamiento, las contribuciones de neurofisiólogos tales como Warren McCulloch, Humberto Maturana y Francisco Varela, de lógicos como Heinz von Foerster y Gordon Pask, y de psicólogos evolutivos como Jean Piaget, para mencionar solo parte de un grupo muy extenso de científicos (sluzki, 1985).

Dichos autores rompen con la epistemología tradicional, la cual afirma que la objetividad en la ciencia es fundamental y que por lo tanto, las propiedades del observador no deben estar incluidas en la descripción de sus observaciones, además de que la realidad existe independientemente de quien la observa. Por lo que la cibernética de segundo orden se ocupa del observador como parte de lo observado, de tal forma que el objeto de estudio se centra en el observador observando su propia observación. Esto conlleva a que toda descripción acerca de un fenómeno, es una

descripción acerca de quién genera esa descripción y aludiendo al trabajo psicoterapéutico familiar, el terapeuta funge como un participante en un proceso de transformación colectiva de significados y no como un agente externo que opera sobre una familia para cambiarla. Por lo que se concibe al terapeuta como un participante del sistema que co-construye.

Por lo tanto, la actividad terapéutica es descrita como una actividad dialógica (y no como una actividad interventiva) en la que el terapeuta busca insertarse en una visión del mundo aportada por la familia, para generar propuestas de puntos de vista alternativos y de nuevas connotaciones con las que la familia y el terapeuta desarrollan nuevas perspectivas que no conlleven al comportamiento sintomático o problemático (Sluski, 1985)

La idea de Foester no es operar como esquema inferencial en tanto “máquina trivial”, sino en un operar recursivo en términos de la negociación, lo que hace del sistema un fenómeno autoorganizador y por consiguiente no operar como mecanismo de control social (Foerster, 1996) por lo que introduce diferencias significativas donde puedan surgir nuevas perspectivas compartidas con el fin de que la propia familia solucione sus propios problemas.

2.1.3 Teoría de la Comunicación Humana

La teoría de la comunicación humana desarrollada por los autores P. Watzlawick, J. Beavin Babéelas y D. D. Jackson en Palo Alto California, se generó a partir de las investigaciones del anglo-estadounidense Gregory Bateson.

Bateson realizó estudios antropológicos en Nueva Guinea en comunidades de los latmul, los Baining y Balineses, y como resultado de sus hallazgos en esta línea de investigación, publica su obra Naven en 1936; en la cual crea el concepto de esquismogénesis, como proceso de diferenciación en las normas de comportamiento individual resultante de la interacción acumulativa entre individuos, que se distinguen al

desarrollarse por reacción mutua en ciclos ya sea simétricos o complementarios (Bateson, 1998) En la esquismogénesis complementaria, el comportamiento de un miembro o grupo complementa al del otro y en los sistemas simétricos, el comportamiento de un miembro o de un grupo es el reflejo del comportamiento de otros, además que estos últimos son de rivalidad, competencia y son un opuesto funcional, obteniéndose las mismas aspiraciones y patrones de conducta, pero en ambos se puede llegar a la hostilidad y colapso del sistema.

Durante el debate de conferencias interdisciplinarias que se fomentaban en la Fundación Macy en 1942, Bateson se interesa por las aportaciones de Warren McCulloch y Julian Bigelow quienes hablaban sobre los conceptos de feed-back o retroalimentación, cibernética, la teoría de los juegos de Von Neumann, etc. al entusiasmarle tales conceptos contacta a Norbert Wiener para conocer más sobre la retroalimentación negativa. Posteriormente pretende desarrollar la teoría general de la comunicación derivada de las nociones cibernéticas, la teoría de tipos lógicos de Russell y la teoría de juegos.

Posteriormente realiza su proyecto de investigación “El papel de las paradojas de abstracción en la comunicación” en el Hospital de Administración de Veteranos en Palo Alto California. Después de dos años de investigación, junto con su equipo de trabajo proponen la hipótesis del “doble vínculo”.

En 1956 publica un artículo “Hacia una teoría de la esquizofrenia” en colaboración con Weakland, Haley, y Don Jackson, donde se aborda una aproximación teórica de la esquizofrenia, en la que se desplaza el foco de atención de las explicaciones en términos de etiología (centradas en la psique o mente del enfermo) al ámbito de la comunicación interpersonal. Así mismo, indican que los ingredientes necesarios para que haya una situación de doble vínculo son:

- a) Dos o más personas: una de ellas es el “paciente” o “víctima” y los otros son la madre o algún otro u otros familiares.
- b) Experiencias repetidas: tema recurrente en experiencia de la víctima hace que su estructura llegue a tornarse habitual.

- c) Un mandato negativo primario: “ No hagas tal o cual cosa, o te castigaré”, o “si no haces tal o cual cosa te castigaré”
- d) Un mandato secundario que choca con el primero en un plano más abstracto y puesto en vigor por castigos o señales que ponen en peligro la supervivencia. Es comunicado generalmente por medios no verbales e inferencias ocultas en el comentario verbal y puede ejercer su impacto sobre cualquier elemento de la prohibición primaria
- e) Un mandato terciario negativo que prohíbe a la víctima que escape del terreno.
- f) El conjunto de ingredientes ya no es necesario cuando se ha aprendido a percibir el universo en pautas de doble vínculo.

Más tarde, Bateson concluye su trabajo en Palo Alto e inicia investigaciones en otros institutos de Hawai acerca de la comunicación animal. Aporta una nueva epistemología con la “pauta que conecta” concluída en su libro Espiritu y Naturaleza en el año de 1979.

Por lo tanto, el equipo de Palo Alto continuó trabajando bajo la dirección de Don Jackson y fundan el Mental Research Institute (MRI). Retoman los aportes de Bateson, de estudios y conceptos acerca de la cibernética, ingeniería de las comunicaciones, y la teoría de los sistemas para consolidar la publicación de su libro Teoría de la Comunicación Humana en el cual se plasma la base conceptual del modelo interaccional o pragmático de la comunicación humana, centrado en el estudio de la interacción tal cual se da de hecho entre seres humanos (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1997)

En dicho modelo pragmático de la comunicación humana señalan los siguientes 5 axiomas básicos:

1. La imposibilidad de no comunicar, se refiere a que toda conducta en una situación e interacción tiene un valor de mensaje, es decir, es comunicación, se deduce que por mucho que uno lo intente, no puede dejar de comunicar. Actividad o inactividad, palabras o silencio, el retraimiento, la inmovilidad (silencio postural) tienen siempre valor de mensaje: influyen sobre los demás, quienes, a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por ende, también comunican.
2. Los niveles de contenido y relaciones de la comunicación, quieren decir que toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el

segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. El nivel de contenido transmite los datos o información de la comunicación y el nivel de relación, cómo debe entenderse dicha comunicación.

Las relaciones disfuncionales se definen por una disputa constante acerca de la naturaleza de la relación, en tanto que el aspecto de la comunicación relacionado con el contenido es poco a poco menos trascendente.

3. La puntuación de la secuencia de hechos, hace énfasis en que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes, por lo que la falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones.
4. Los componentes digitales y analógicos, 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. La psicoterapia se aboca a la digitalización correcta y correctiva de lo analógico.
5. La interacción simétrica y complementaria, hace referencia a que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia.

Las investigaciones de Bateson y el enfoque interaccional o pragmático de la comunicación humana también han proporcionado elementos importantes para las bases epistemológicas de aproximaciones y modelos en la terapia familiar sistémica.

2. 1.4 Constructivismo y Construcción Social

La modernidad y sus descubrimientos confirmaban el progreso de la humanidad total a través de la razón y del conocimiento objetivo, utilizando un método científico, prescriptivo con énfasis en la medición cuantitativa y en la experimentación controlada. Sostenían la premisa de que el universo cuenta con leyes universales que, una vez descubiertas y controladas conllevaría a la erradicación de todos los problemas que presentara la humanidad. También se acepta que el conocimiento es una formación de

conceptos o características inherentes a los objetos del mundo real y se considera a la interacción humana como de carácter instructivo o de transmisión de información de un individuo a otro y que los organismos son seres reactivos.

El paradigma de la ciencia moderna al mostrar sus limitaciones surgen nuevas formas de pensar al cuestionar los discursos, cerrados y excluyentes, la validez de los valores universales y las creencias absolutas.

Nace el término “posmoderno”, nombrado por Jean-Francois Lyotard y lo definió como “el estado en que se encuentra la cultura después de las transformaciones que han afectado las reglas de los juegos de la ciencia, de la literatura y de las artes a partir del fin de siglo XIX” (Lyotard, 1992).

Las perspectivas posmodernas rebasan las ciencias sociales y las humanidades y su denominador común incluye el reconocimiento de realidades divergentes, constituidas socialmente y situadas históricamente, que se oponen a una comprensión adecuada en términos objetivistas. Desde este punto de vista, el lenguaje constituye realmente la estructura de la realidad social, requiriendo el cultivo de nuevos enfoques (hermenéutico, narrativo, deconstruccionista, teórico y discursivo) apropiados para analizar el texto de la experiencia humana en su contexto social (Mahoney, 1998).

Por lo tanto el constructivismo y el construccionismo social se contemplan dentro de las perspectivas posmodernas en la psicoterapia.

Constructivismo

El constructivismo se deriva de la tradición europea que incluye los pensamientos de Kant, Vico, Wittgenstein y Piaget, los que indican que el construccionismo se establece por el modo en que el organismo se adapta y ajusta al ambiente y construye el pensamiento respecto del mundo, que se percibe en el sistema nervioso periférico y central (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Además el constructivismo sostiene que la

estructura del sistema nervioso impide que alguna vez sea posible “conocer lo que realmente está allá afuera”.

En el constructivismo hay un desplazamiento de la explicación a partir de la estructura del mundo a la estructura de la mente. Sabemos porque nuestros sistemas de creencias son aquellos que la mente como estructura biológica, esta preparada para elaborar; interpretamos la experiencia como lo hacemos porque nuestra mente tiene esa especial conformación y el conocimiento se logra cuando las ideas internas de la propia mente y las estructuras que ésta crea, se adecuan a la naturaleza de las cosas (Feixas, 1990). Así mismo, la mente proporciona los medios para el análisis de los datos como experiencia, así como un esquema general que delimita las estructuras cognitivas desarrolladas sobre la base de la experiencia.

Enfocándonos al ámbito de la psicología, el pensamiento constructivista ha surgido como perspectiva destacada en diversos campos psicológicos como 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, la psicoterapia y el asesoramiento psicológico, la psicología personal, y la psicología social (Lyddon, 1998). En este sentido el mismo autor enfatiza que las diferentes teorías del constructivismo psicológico comparten al menos tres principios interrelacionados de la experiencia humana y son los siguientes:

- 1) Que los humanos son participantes proactivos (y no reactivos y pasivos) en su propia experiencia, es decir, en toda la percepción, memoria y conocimiento.
- 2) Que la vasta mayoría de los procesos de ordenamiento que organizan las vidas humanas operan a un nivel de conciencia tácito (inconsciente o subconsciente)
- 3) Que la experiencia humana y el desarrollo psicológico personal reflejan la operación continua de autoorganización individualizada que tiende a favorecer el mantenimiento de los patrones experienciales.

En particular, los terapeutas familiares abrazaron del constructivismo conceptos aportados por el biólogo Humberto Maturana, el científico cognitivo Francisco Varela, el lingüista Ernest Von Glasersfeld y los teóricos de la familia como Watzlawick, Brad

Keeney y Paul Dell (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por lo tanto, desde la posición constructivista, la psicoterapia se puede definir como un intercambio abigarrado y sutil y una negociación de significados interpersonales. El objetivo es articular, elaborar y revisar aquellas construcciones que utiliza el cliente para organizar su experiencia y sus actos (Neimeyer, Mahoney, 1998), es decir, el terapeuta debe comprender los contornos del mundo experiencial del cliente, las bases dialógicas y discursivas de su interacción para crear un mapa refinado de las construcciones en que están inmersos y que definen lo que ellos ven como cursos de acción viables y extender o suplir dichas construcciones para ampliar el número de mundos posibles que pueden habitar.

Cabe mencionar que desde la postura del constructivismo, el cambio producido por la terapia está encaminado a modificar la estructura y la organización del conocimiento del individuo y el self pasa a ser la materia prima con la que los terapeutas constructivistas trabajan para producir el cambio, no la creación de significado, como en el caso del construccionismo social (Guidano, 1995)

Construccionismo Social

Gergen (1996) considera que las principales influencias del surgimiento de construccionismo social son la crítica ideológica de Hegel, la crítica literaria y el trabajo de Berger y Luckman en el que estudian la relatividad de las diversas perspectivas, la relación entre las perspectivas personales y los procesos sociales y la reificación de realidad a través del discurso.

El construccionismo social intenta trascender las teorías endógenas y exógenas del conocimiento proponiendo que éste no se ubica solamente en la mente de los individuos o en el medio, sino en los procesos sociales de interacción e intercambio simbólico. La esencia del pensamiento construccionista social es la noción de que las construcciones personales están delimitadas por el medio social, o lo que es lo mismo,

el contexto del lenguaje compartido y los sistemas de significado que se desarrollan, persisten y evolucionan a lo largo del tiempo (Lyddon, 1998), por lo tanto la construcción del mundo no se sitúa en el interior de la mente del observador, sino más bien en el interior de las diferentes formas de relación e interacción.

Según Gergen (1996) los supuestos para una ciencia construccionista social son los siguientes:

- a) Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones.
- b) Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturales.
- c) La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo y no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.
- d) La significación del lenguaje en los asuntos humanos se deriva del modo como funciona dentro de pautas de relación.
- e) Aprender las formas existentes de discurso es evaluar patrones de vida cultural, tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales.

La sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto (Gergen, 1996), por lo que nuestra comprensión del mundo se va generando a través de los intercambios sociales, en un contexto histórico y cultural, y es éste el que define su validez y no la objetivación. Así mismo, los significados se derivan de las pautas de relación y no de verdades universales.

Por lo tanto, uno de los principales teóricos de esta postura es el psicólogo social Kennet Gergen y psicoterapeutas en el ámbito familiar como: Harold Goolishian, Harlene Anderson, Tom Andersen, David Epston, Michael White, Lynn Hoffman, Steve de Shazer, etc., por lo que en el siguiente apartado se revisarán con detalle la práctica clínica de dichos terapeutas posmodernos.

2. 2 MODELOS DE INTERVENCIÓN EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA Y POSMODERNA

2.2.1 Modelo Estructural

Introducción

Salvador Minuchin (1999) clasifica a la terapia familiar en tres corrientes desarrolladas en los Estados Unidos. La primera la llamó corriente transicional que trata de amalgamar conceptos nuevos de sistemas con conceptos dinámicos tradicionales y que en el tratamiento tiene como objetivo general la reestructuración psicológica del paciente; algunos investigadores de esta corriente son Natan Ackerman, Donald Bloch, y I. van Boszarmenyi Nagy, entre otros. La segunda la nombró corriente existencial que tiene como objetivo el crecimiento y expansión de la persona y en el tratamiento pone énfasis en la experiencia en el presente, entre el terapeuta los miembros de la familia, como instrumento de cambio para ambos; dentro del grupo existencial las figuras más reconocidas son Virginia Satir y Carl Whitaker. La tercera corriente tiene como objetivo el cambio del sistema familiar como contexto social y psicológico de los miembros de la familia, y en la terapia el énfasis está en la transformación de los procesos interpersonales en disfunción; el grupo de sistema tiene entre sus miembros a Murray Bowen, así como también, está la clínica de Filadelfia Child Guidance, la cual fue dirigida durante diez años por Salvador Minuchin, donde trabajaban entre otros Jay Hailey y Braulio Montalvo.

En dicha clínica infantil empezaron a desarrollar nuevos modelos para estudiar la influencia de la familia en el mantenimiento de síntomas psicósomáticos en el niño (a). Como centro de investigación implementaron modelos económicos de enseñanza familiar y durante cinco años lograron implementar más de 40 instituciones y entrenaron más de 350 terapeutas de familia. Gran parte del desarrollo del Modelo Estructural fue producto de los 10 años de Salvador Minuchin como director de la clínica de Filadelfia Child Guidance. Por lo que a continuación se presentará a grandes rasgos el modelo.

Principios Básicos

La terapia familiar estructural está basada en el principio general de sistemas, por lo que considera a la familia como un sistema conformado por diferentes subsistemas que interactúan como un todo. Minuchin (1999) señala las siguientes categorías:

1.-Subsistema individual, el cual está formado por solo una persona, incluye el concepto de sí mismo, los determinantes personales e históricos del individuo.

2.- Subsistema conyugal, esta constituido por la pareja.

3.-Subsistema parental, sus principales funciones son la crianza y educación de los hijos, este subsistema debe de modificarse constantemente en la medida que crecen los hijos.

4.-Subsistema fraterno o de hermanos, lo conforma el primer grupo de iguales con los que el hijo participa.

Los límites se definen en un continuo que va desde lo más rígido a lo más difuso, siendo aquellos sistemas con límites claros y flexibles los que permitirán el mejor desarrollo de los miembros. El establecimiento deficiente de límites puede generar tres tipos de relaciones triádicas:

1. Triangulación: Cada padre demanda la alianza del hijo en contra del otro.
2. Rodeo: La tensión del subsistema conyugal es desviada a través del niño, al que se le califica de enfermo o problemático.
3. Coalición estable. Uno de los padres se asocia con el hijo en una coalición transgeneracional rígida en contra del otro padre.

En general el modelo estructural de terapia familiar también se apoya en los siguientes principios básicos:

- a) La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y este es influido por secuencias repetidas de interacción.
- b) No se puede evaluar el sistema familiar como si se tratara de una entidad estática, sino que el centro de la experiencia diagnóstica debe ser el proceso de interacción de la familia con el terapeuta como agente del cambio, de modo que

en ese proceso se susciten las estructuras, tanto manifiestas como latentes, que gobiernan la vida familiar.

- c) Una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente marcados. (Modelo normativo).
- d) Las modificaciones en una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y procesos psíquicos internos de los miembros de ese sistema.
- e) Las conductas sintomáticas se explican en términos de ciclo vital (formación de la pareja, formación de la familia, familia con hijos pequeños y familia con hijos mayores) y de acuerdo con un retraso o detención en el desarrollo del sistema familiar. La familia se concibe como un sistema sociocultural abierto y en transformación, que afronta una serie de tareas evolutivas.
- f) Las disfunciones estructurales pueden adoptar la forma de límites porosos o rígidos, que se manifiestan respectivamente en una proximidad excesiva o insuficiente entre los miembros del sistema familiar.
- g) Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando existe un patrón de desviación del conflicto y cuando se crean coaliciones intergeneracionales permanentes.
- h) El síntoma se mantiene por la tendencia homeostática del sistema familiar a permanecer en el statu quo. Esto no quiere decir que los estados homeostáticos sean nocivos en sí mismos, sino que empiezan a serlo, cuando no dejan espacio para el crecimiento y el cambio necesarios en el devenir vital de personas y familias.
- i) El cambio se produce a través del proceso de asociación con la familia y la reestructuración de ésta en una forma cuidadosamente planificada, para poder transformar así las pautas transaccionales disfuncionales.

Proceso Terapéutico

Objetivo Terapéutico: Modificación de la organización familiar, los límites entre

subsistemas y las jerarquías, introduciendo novedad y diversidad en las estrategias de la vida de la familia que sustituyan a las pautas de rigidez y rutina crónicas que caracterizan un sistema patológico (Ochoa, 1995)

El modelo estructural plantea las siguientes metas y estrategias:

Las metas terapéuticas no solo se dirigen a disminuir o hacer desaparecer los síntomas del paciente identificado, sino también a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar. El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado.

El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que le posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica, algo de capital importancia ya que las técnicas de intervención se basan principalmente en el desafío.

Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia. En la posición de cercanía se convierte en fuente de autoestima y apoyo cuando confirma algún aspecto positivo de las personas o cuando detecta sufrimiento y tensión familiar y transmite que no pretende evitarlos, pero que responderá a ellos con delicadeza.

Entrevista

Los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. Atender a lo que los miembros de la familia le dicen acerca del modo como experimentan a la realidad, pero también observa el modo en que los miembros de la familia se relacionan con él y entre sí. El terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural.

El terapeuta al mismo tiempo que responde a los acontecimientos que se producen en la sesión, realiza observaciones y plantea interrogantes. Comienza señalando los límites y pautas transaccionales y por elaborar hipótesis acerca de cuáles son las pautas operativas y cuáles no. Comienza así por establecer un mapa familiar.

Al mismo tiempo que recoge material para un mapa estructural, el terapeuta introduce pruebas experimentales. En cierto modo, su sola presencia es una prueba porque toda la familia se organiza en relación con él. El terapeuta se considera a sí mismo como un miembro actuante y recreativo en relación con el sistema terapéutico. Para asociarse con la familia, subraya los aspectos de su personalidad y experiencia que son sintónicos con los de la familia. Pero también conserva la libertad de ser espontáneo en sus indagaciones experimentales.

Aunque el terapeuta no deja la intervención para el final sino que hace todo a la vez, la entrevista inicial sigue un orden como el que se detalla a continuación:

- 1 Presentación
- 2 Establecimiento de contactos terapéuticos
- 3 Exploración de la estructura familiar.
- 4 Establecimiento del contrato terapéutico.

Para que el proceso terapéutico tenga éxito, el terapeuta y la familia deben llegar a un acuerdo sobre los objetivos que desean alcanzar con el tratamiento. (Ochoa, 1995)

Técnicas de Intervención

La terapia estructural no sitúa la intención de intervenir exclusivamente al final de la entrevista. El cambio se efectúa en la propia sesión, empleando diferentes técnicas de intervención como:

1. Técnicas de unión y acomodamiento, indispensables para crear el sistema terapéutico:

Técnicas de unión y acomodamiento
Unión: Acciones mediante las cuales se relaciona con los miembros del sistema familiar, disminuyen la distancia entre el terapeuta y la familia. El terapeuta se convierte en un actor más del sistema.
Acomodamiento: Adaptaciones del terapeuta que intentan lograr la alianza de

éste con el sistema. Acepta la organización de la familia y experimenta las transacciones que en ella se generan. Se clasifica en tres grupos: Mantenimiento, rastreo y mimetismo.

2. Técnicas de reestructuración, se cuestiona la demarcación que los miembros de la familia hacen de sus papeles y funciones, modificando su visión individualizada de los problemas, el terapeuta examinará la proximidad o la distancia, y desplazará su posición de un subsistema a otro para cambiar la estructura familiar, saca a flote aspectos de las experiencias de los miembros de manera que adquieran una nueva conceptualización en los miembros y en el sistema. Sus técnicas incluyen fijación de fronteras, desequilibrio y complementariedad.

Técnicas de reestructuración

Fijación de fronteras: Posibilita modificar la participación de los miembros de diferentes holones, para este fin se observa la distancia psicológica y la duración de la interacción.

Desequilibramiento: La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un holón o subsistema. Para fomentarlo se utilizan las alianzas, ignorar a los miembros de la familia y la coalición contra los miembros de la familia.

Complementariedad: Cuestiona la idea de jerarquía lineal, a través del cuestionamiento del problema, el cuestionamiento del control lineal y el cuestionamiento del modo de recortar los sucesos.

3. Técnicas de reencuadre, se utilizan para cuestionar la definición de paciente individualizado que tiene la familia sobre el problema y el tipo de respuesta que emite ante éste, se puede realizar de modo directo o indirecto, claro o paradójico, explícito o implícito logrando reencuadrar la concepción familiar sobre el síntoma, las técnicas que se usan para lograr este objetivo son: escenificación, enfoque y logro de la intensidad.

Técnicas de reencuadre

Escenificación: El terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, con el propósito de vivenciar la realidad familiar como aquellos la definen.

Enfoque: El terapeuta selecciona y organiza datos de las interacciones de la familia que parecen pertinentes para el cambio terapéutico

Intensidad: El terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico, destacando la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, esta técnica utiliza la repetición del mensaje, la repetición de interacciones isomórficas, la

modificación del tiempo, el cambio de la distancia entre los miembros de la familia y la resistencia a la presión de la familia.

4. Técnicas para cuestionar la realidad familiar que consisten en ofrecer una realidad alterna al esquema con el que la familia se presenta ante el terapeuta, y que es el lente que ha ido construyendo a lo largo de su historia de vida. Para conseguir un cambio en su percepción el terapeuta puede actuar sobre los holones familiares o en todo el sistema. La realidad familiar se cuestiona mediante la elaboración de nuevas modalidades de interacción entre los miembros de la familia, tomando los datos de la familia y reorganizándolos. Las técnicas utilizadas son: modificaciones de los constructos cognitivos y son símbolos universales, verdades familiares y consejo especializado.

Técnicas para cuestionar la realidad familiar

Símbolos universales: El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyaran en una institución o en un acuerdo que rebasan el ámbito de la familia.

Verdades familiares: El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia pone para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.

Consejo especializado: el terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría.

5. Intervenciones paradójicas: Se trata de técnicas basadas en una postura de oposición por parte de la familia, puesto que se espera que ésta se oponga al componente del mensaje referido a su imposibilidad de cambiar, conteniéndolo implícitamente una alternativa que señala en la dirección del cambio.

6. La insistencia en las fortalezas de la familia: Es una forma de utilizar la connotación positiva y se basa en que en la familia existe una parte potencial de cambio que no vemos, lo que vemos es el síntoma. El terapeuta debe activar las áreas o facetas dormidas -enfaticando la fortaleza familiar- para que sus miembros las apliquen en la resolución del problema.

2.2 .2 Modelo Estratégico

Introducción

Jay Haley fue el primero en usar el término “estratégico” para describir cualquier terapia en el que el clínico activamente diseña las intervenciones para cada problema (Hoffman, 1998). El modelo estratégico fue influenciado por diferentes terapeutas, investigaciones y trabajo en instituciones. Las ideas de comunicación derivan principalmente de Gregory Bateson, ya que el propio Haley (1999) comenta que participó con él durante diez años en su proyecto de investigación, del enfoque terapéutico de Milton Erickson, el cual contribuyó al estilo terapéutico basado en las directivas. En lo referente a la orientación general hacia la familia y a muchos conceptos sobre entrevistas familiares influyó el trabajo en la Clínica de Filadelfia Child Guidance, siendo el abordaje estructural de los sistemas familiares de Minuchin y Montalvo; las investigaciones y participaciones realizadas en el Instituto de Asesoramiento Psicológico Familiar, donde impartió formación terapéutica a gente de la comunidad; el Instituto de Profesores de Terapia Familiar, en el cual fungía junto con Minuchin y Montalvo como profesores de profesores y la dirección del programa de formación de terapeutas en el Instituto de Terapia de la Familia de la ciudad de Washington, allí, en colaboración con su colega Cloé Madanes.

Principios Básicos

a) Haley explica que la terapia estratégica no alude a una teoría o enfoque conceptual particular, más bien concentra diversos tipos de enfoques con un rasgo común: influir en los pacientes (Haley, 1986).

b) Para Madanes (1982) el síntoma es una forma de comunicación entre los miembros de una familia, o una metáfora de sus relaciones.

c) Los problemas o síntomas (así como la resistencia o colaboración del paciente) son formas de conseguir poder en las relaciones humanas, y son mantenidos por las ventajas que los involucrados obtienen a través de ellos. Se opone a la idea de que es necesaria la toma de conciencia para alcanzar un auténtico cambio (Haley, 1989), por

lo que pone el acento en el presente.

d) La conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía.

e) La organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretas. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente.

f) Se hace incapié en lo analógico.

g) Se da por sentado que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución (aunque a menudo insatisfactoria) para todos los que tienen que ver con él.

h) Los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.

Proceso Terapéutico

Objetivo Terapéutico: El objetivo general de todo proceso que utilice el modelo estratégico es el de impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas en la interacción de las personas involucradas en el síntoma (Madanes, 1982)

Entrevista

El modelo de terapia estratégica da gran importancia a la primera entrevista, ya que en ella, debe quedar claramente formulado el problema y, consecuentemente, su solución y la manera en que ha de llevarse a cabo esto a través del proceso terapéutico. Las etapas de una primera entrevista de acuerdo a Haley (1999) comprende cuatro etapas: fase social, planteamiento del problema, fase de interacción y establecimiento de metas. Las primeras tres se encuadran dentro de la evaluación, mientras la cuarta pertenece a la intervención. Sin embargo, en la fase de interacción es difícil aislar los

momentos de evaluación de los momentos de intervención. A continuación se describen las etapas:

<p>1. Etapa social: El terapeuta crea la relación con la familia, se comporta como un anfitrión, les transmite que todos son igualmente importantes en la tarea de ayudar al paciente identificado, teniendo en cuenta quienes intentan aislarse con él en esta etapa de saludos. Debe observarse cuál es el estado de ánimo de cada uno de los integrantes de la familia y qué tipo de relaciones se dan entre padres e hijos.</p>
<p>2. Planteamiento del problema: En esta fase se recaba la opinión de cada uno de los presentes. El terapeuta irá cediendo la palabra a cada miembro y regulará las interrupciones posibles de cada miembro. Durante esta fase el terapeuta no debe hacer ninguna interpretación o comentario para ayudar a las personas a ver la situación de forma diferente. Tampoco debe aportar ningún tipo de orientación aunque la familia se la pida, en cuyo caso les dejará claro que ahora no es el momento adecuado, ya que para hacerlo necesita de más información .</p>
<p>3. Fase de interacción: Se les pide a todos los miembros que dialoguen entre sí sobre el problema. En esta fase el terapeuta debe formular hipótesis en torno a la posible función del síntoma, que irá completando y modificando a medida que se desarrolle la entrevista. Además recogerá información sobre la secuencia sintomática y establecerá cómo están delineadas las jerarquías dentro de la familia, tanto a través de las preguntas como de las observaciones de las interacciones de las personas a lo largo de la sesión.</p>
<p>4. Establecimiento de metas: Se obtiene de la familia una definición suficientemente clara de las metas que desean alcanzar. Esencialmente, el terapeuta está estableciendo un contrato: cuanto más claro sea, tanto más organizada será la terapia.</p>

Metas y Estrategias

Este enfoque se basa en una clara definición de lo que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

Las estrategias que se utilizan en este enfoque son:

1. La definición de los cambios deseados por la familia debe realizarse en términos claros y precisos. Operacionalizar los objetivos permite centrar la terapia en lo

importante y hace resoluble el problema.

2. Después de evaluar qué tipo de secuencia está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, consistente en establecer un límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes que lo traspasen, para lo cual utilizará las técnicas que crea más convenientes.
3. Después de evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el “portador del síntoma” y de qué manera, se programa un cambio por etapas; la primera de las cuales es crear una forma de anormalidad diferente a la que presenta la familia, para sucesivamente ir acercándose a la normalidad.
4. Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática- en la que reside el poder sobre sus progenitores- , pero no puede hacerlo directamente, sino a través de los padres, quienes deben retirar al niño el poder que le han delegado. Para modificar la conducta del niño, los padres deben abordar sus propias dificultades de tal forma que la protección de su hijo no les sea indispensable. Solo así se respeta una regla primordial, que el terapeuta no forme inadvertidamente coaliciones con los miembros que ocupan los niveles inferiores en contra de los que ocupan los superiores.
5. En ningún caso se persuade a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado. Si el terapeuta se enzarza en una polémica inútil sobre la causa del problema, corre el peligro de no alcanzar los objetivos. La meta terapéutica no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso, sino lograr que de facto lo cambie para resolver los problemas presentados, siempre evitando confrontaciones que favorezcan la aparición de resistencias.
6. Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que instrumentarla. Generalmente, una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, de manera que cuando una no tiene éxito se intente otra. La particular combinación de intervenciones necesarias para producir el cambio en cada familia es distinta.
7. Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley propone tres estrategias: 1) utilizar a la persona periférica; 2) romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y 3) unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.
8. Madanes diseña tres estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es

un niño: 1) el padre debe pedir al niño que tenga el síntoma;2) el padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma y 3) el padre pide al niño que simule ayudarlo.

Técnicas de Intervención

Las intervenciones se hacen a partir del uso de directivas, mismas que deben ser claras y precisas a menos que se quiera que sean confusas por alguna razón, además una buena directiva ocupa a todos los miembros del sistema, puede excluir a algún miembro pero no por descuido. Una directiva se diferencia del consejo común en el sentido de que las primeras suelen ser sutiles y complejas, y no sugerencias con objetivo de mejorar la vida del paciente (Haley, 1989).

Las técnicas terapéuticas son procedimientos para cambiar las estructuras de organización inadecuadas, con la finalidad de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema. Las intervenciones tienen como objetivo final cambiar las interacciones familiares y son las siguientes:

- | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>➤☞ Tareas directas o basadas en el acatamiento: Se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar y para involucrar a los miembros desligados de la familia (Madanes, 1982). Dentro de este grupo se encuentra el fomento de una comunicación franca, el aleccionamiento de los padres acerca del modo de controlar a sus hijos, la redistribución de tareas y de privilegios entre los integrantes de la familia, la fijación de normas disciplinarias, la regulación de la privacidad y el suministro de información de la que carecen los miembros.</p> |
| <p>➤📖 Tareas paradójicas o basadas en el desafío: Dependen, para lograr éxito, de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo, negándose a partir de ahí a continuar acatándolas. Papp (1980) en Madanes (1982) describe tres pasos para impartir una directiva paradójica: 1) definir el síntoma como motivado por la intención benévola de preservar la estabilidad de la familia; 2) prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma, y 3) coartar a la familia toda vez que muestre signos de querer cambiar.</p> |
| <p>➤📖 Tareas basadas en la simulación: En estas se solicita a una persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual. No se basan en una respuesta de rebeldía sino en la colaboración para cumplir la prescripción.</p> |
| <p>➤📖 Metáforas: Erickson introduce el uso de metáforas, ya que considera que a</p> |

menudo la gente se muestra más dispuesta a acatar una directiva si no sabe que se le ha impartido. Erickson señala que este lenguaje de la metáfora en el que se mueven todo el tiempo los esquizofrénicos.

2.2.3 Modelo de Terapia Breve Centrada en el Problema

Introducción

En 1958 Don D. Jackson fundó el Mental Research Institute (MRI) en Palo Alto, California. El grupo de investigadores estaba formado originalmente por Jules Riskin Y Virginia Satir. Posteriormente se les unieron Jay haley, John Weakland y Paul Watzlawick . Gregory Bateson fungía como investigador asociado y como profesor (Sánchez y Gutiérrez, 2000, Cade y O’Hanlon, 1995).

En 1967 nació el “Proyecto de Terapias Breves”, bajo la dirección del doctor Richard Fish; sus asociados fundadores fueron Arthur Bodin, Jay Haley, Paul Watzlawick y John Weakland y posteriormente se integra L. Segal al Centro de Psicoterapia Breve del Instituto de Investigaciones Mentales. Su trabajo se caracterizó por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas. Apuestan por una terapia breve, cuya duración no sobrepase las diez sesiones espaciadas semanalmente, basada en estrategias eficaces para evitar que sigan vigentes los factores mantenedores del problema que motiva la consulta. Las estrategias se apoyan en un hábil utilización de la postura del paciente y de sus familiares ante el problema, la terapia y el terapeuta con la finalidad de evitar confrontaciones que dificulten el desarrollo del tratamiento. (Ochoa, 1995)

El proyecto de terapia breve, de diez sesiones, inició con tres objetivos: 1. solucionar de manera rápida y eficiente los problemas que presenten las familias, 2. Transformar la terapia de un arte a un oficio que pueda ser comprendido y aplicado por otros y 3. estudiar los cambios de los sistemas familiares. (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1995; Sánchez y Gutiérrez, 2000.)

El enfoque de terapia breve ha sido influenciado considerablemente por las técnicas de hipnoterapia, actitudes y genio inventivo de Milton Erickson, por las investigaciones de Gregory Bateson, John Weakland, Jay Haley y William Fry; por las paradojas de la abstracción en la comunicación, los estudios tempranos sobre cibernética de Norbert Wiener y el trabajo de Shannon y Weaver referente a la matemática del intercambio y flujo de información (Cade y O'Hanlon, 1995).

Principios Básicos

Los problemas conectados con los conceptos de persistencia y cambio son percibidos como complementarios e interdependientes, por lo que los autores Watzlawick, Weakland y Fisch (1995) recurren a dos teorías abstractas y generales, pertenecientes al campo de la lógica matemática que ayuden a esclarecer algunas conclusiones a las que han llegado:

a) La teoría de grupos: Explica que la propiedad de un grupo es la de que se puede combinar a sus miembros en distinto orden y sin embargo, el resultado de la combinación permanece siendo el mismo, y que en cada grupo hay un miembro de identidad, y al combinarse con cualquier otro miembro del grupo da como resultado este otro miembro, por ejemplo, siendo el miembro de identidad 0, quedaría $5 + 0 = 5$; esto es, que un miembro puede actuar sin generar ningún cambio. Por otra parte, cualquier miembro tiene su recíproco u opuesto, de tal modo que la combinación de cualquier miembro con su opuesto da lugar al miembro de identidad, por ejemplo $5 - 5 = 0$.

b) La teoría de los tipos lógicos: Esta teoría proporciona un modelo para representar aquellos tipos de cambio que trascienden de un determinado sistema o trama de referencia (cambio2), ya que el (cambio1) hace referencia a la estabilidad del sistema, como resultado de la aplicación reiterada de la misma solución.

En cuanto a la formación de problemas existen fundamentalmente tres modos de enfocar mal las dificultades:

1. Intentar una solución negando que un problema lo sea en realidad: es preciso actuar, pero no se emprende tal acción.
2. Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable o bien inexistente: se emprende una acción cuando no se debería emprender.
3. Se comete un error de tipificación lógica y se establece un “juego sin fin” cuando se intenta resolver una dificultad intentando un cambio 1 donde se necesita un cambio 2 o viceversa: la acción es emprendida a un nivel equivocado (Watzlawick, Weakland y Fisch ,1995).

Una premisa importante es que un problema se construye a partir de ciertas dificultades prolongadas en el tiempo, el cual se mantiene debido a los intentos de solución fallidos y repetitivos, por lo que la principal función del terapeuta breve será cambiar los patrones repetitivos de intentos de solución fallidos y no el por qué sucede, para lo cual se vuelve imprescindible el uso del reencuadre (Hoffman, 1998).

Cabe mencionar que este modelo se basa en el aquí y el ahora de los pacientes, ya que el pasado es relevante solo en la medida en como se expresa, se considera que los problemas son de índole interaccional y tienen una causalidad circular, el tratamiento se basa únicamente en la queja del paciente y se atiende uno a la vez y no utiliza estándares de normalidad/anormalidad.

Proceso Terapéutico

Objetivo terapéutico: Que el cliente perciba cambios, eliminando o reduciendo su queja, introduciendo cambios en las interacciones alrededor del problema.

Entrevista

El objetivo principal de la entrevista inicial es recoger toda la información posible acerca

de los siguientes puntos:

- 1) Naturaleza de la Enfermedad: Concretamente, el problema que el cliente desea solucionar.
- 2) Formas en que el cliente ha afrontado el problema hasta hoy.
- 3) Objetivos mínimos a los que el cliente quisiera llegar con el tratamiento.
- 4) En esta primera sesión también es importante conocer la actitud y el lenguaje del cliente.

Es importante que durante el resto de las sesiones se consideren los anteriores puntos, de manera que cada una de las intervenciones vaya enfocada al problema en específico que presenta el cliente y al patrón repetitivo de intentos de solución que ha venido realizando, y con el mismo fin tomar en consideración las actitudes, lenguaje y valores del cliente para aprovecharse de ellas en las sugerencias del cliente, evitando ir en contra de éstas.

Metas y estrategias

Se pide a los pacientes y a sus familias que definan las metas concretas que quieren conseguir con el tratamiento, de forma que el trabajo terapéutico se oriente, tanto por parte del terapeuta como por parte de los pacientes, a la consecución de dichos objetivos. La concreción permite que ambas partes sepan cuándo finalizar la terapia, cuando se alcancen las metas, y tengan una referencia de su eficacia.

Estrategias:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretende lograr con el tratamiento, con lo que se especifican los referentes conductuales que posibilitan la consecución y evaluación de los cambios.
2. Elección de un cambio mínimo (también definido en términos de conductas concretas) seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de

irradiación. Dicho efecto supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovidas por la intervención terapéutica.

3. La estrategia efectiva se aparta a 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta entonces. Nunca se debe pedir a las personas que no hagan nada, sino que hagan algo diferente, en general lo opuesto a lo que venían haciendo.
4. Utilizar la postura del paciente: su lenguaje, sistema de valores, actitudes ante el problema, la terapia y el terapeuta- para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo. Al encuadrar una sugerencia dentro de la postura de los clientes se aumenta la probabilidad de que la acepten.
5. El terapeuta busca permanentemente una posición “inferior” evitando la confrontación, que le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente. Aún cuando la situación haga necesario adoptar una postura de superioridad porque el paciente responda mejor así, siempre es más fácil pasar de una posición inferior a una superior que a la inversa.

Técnicas de Intervención

En este modelo se habla de la capacidad de maniobra del terapeuta, que se relaciona con el control que el terapeuta tiene sobre el tratamiento; es decir, la libertad de utilizar las técnicas que considere adecuadas. Algunos de los medios para aumentar la capacidad de maniobra son las siguientes:

➤📁 Que el terapeuta ajuste la oportunidad y ritmo que manifieste el paciente de sus observaciones a las respuestas, es decir, que se permita cambiar su estrategia y aplicar otra cuando así se requiera.
➤📅 Tomarse el tiempo necesario para comprender claramente la queja del paciente.
➤📋 Utilizar un lenguaje condicional con el fin de no comprometerse y confirmar la responsabilidad del cliente.
➤📄 Buscar que el cliente concrete, de manera que quede muy claro cuál es el problema, las pautas de interacción en torno a éste y qué y quienes lo mantienen.

➤☒ Mostrar una actitud igualitaria con el cliente de manera que no haya barreras entre el terapeuta y el cliente.

➤☒ Realizar sesiones individuales y conjuntas según se vaya haciendo necesario y según se vea quienes están involucrados en el problema y quienes lo mantienen.

Se utilizan los siguientes recursos técnicos para promover el cambio:

➤☒ Redefinición: Técnicas cognitivas que evitan aquellas “etiquetas” que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio.

➤☒ Tareas directas: Intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.

➤☒ Tareas Paradójicas: Intervenciones conductuales. No se proponen una conducta diferente a la sintomática, sino que se prescribe la continuidad de ésta durante un tiempo fijado, que suele ser el intervalo entre sesiones. Lógicamente, la aparición del síntoma tiene que sufrir alguna 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.

➤☒ Intervenciones metafóricas: 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. El mensaje puede ser una nueva definición del problema, una solución al misma o ambas cosas a la vez. En cualquier caso, se espera que los componentes de la familia extraigan de la historia contada una consecuencia que les ayudará a resolver la situación problemática.

➤☒ Ordalías: Aplicable a pacientes con quienes se mantiene una buena alianza terapéutica que consiguen poco o ningún cambio al acercarse al final del tratamiento. La intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para estas personas, cual es la imposibilidad de seguir con las entrevistas.

➤☒ Técnicas hipnóticas: 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.

En este modelo se utilizan dos categorías de intervenciones planificadas:

A. Intervenciones Principales: se utilizan después de haber recogido datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Este tipo de intervenciones se utilizan específicamente en cinco intentos básicos de solución:

1. Intento de forzar algo que solo puede ocurrir de modo espontáneo. Es común en problemas de tipo sexual. En esta clase de problemas es probable conseguir la solución cuando el paciente sencillamente renuncia a sus intentos de autocoacción y deja de esforzarse demasiado.

Las estrategia que se usa para solucionar problemas de rendimiento se centran en invertir el intento del paciente de superar el problema: >☞ Explicar al paciente que es importante provocar la aparición del síntoma con propósitos de diagnóstico, por lo que se exige que el paciente deliberadamente exhiba el síntoma, porque cuando lo experimenta de modo espontáneo se encuentra demasiado absorto en la angustia de luchar contra el síntoma y no puede observarlo como conviene. >☞ Otra técnica es manifestarle al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial hacia su control definitivo. >☞ Definir el síntoma indeseado como algo beneficioso.

2. Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Muy común en fobias, timidez y bloqueos.

>☞ La intervención utilizada es dar al paciente una serie de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (o un dominio incompleto) de ella. Es decir, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

3. Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Riñas conyugales, conflictos entre padres e hijos, disputas entre compañeros de trabajo, etc.

>☞ La intervención utilizada es hacer que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad, a fin de no

continuar con la solución ensayada de mostrarse superior frente al otro. Dentro de esta técnica se encuentra el “sabotaje benévolo”.

4. Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.

➤ La estrategia global para afrontar estos problemas consiste en lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario.

5. Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.

➤ La técnica utilizada es romper el juego entre el acusador y el defensor, mediante entrevistas a solas con el defensor en las que le solicita acciones unilaterales ya que es el acusador el que está mal. Otra técnica es la interferencia que tiene como finalidad reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión.

B. Intervenciones Generales: Hay momento en los que el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. También es posible que quiera utilizar dicha postura para averiguar si es suficiente con ella para solucionar el problema, aún en el caso de que no implique la formulación de una intervención.

1. No apresurarse: Se le pide al paciente que no se apresure en la solución del problema, en especial a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse mucho, o a aquellos que hacen presión sobre el terapeuta pidiéndole con urgencia una acción curativa en tanto que ellos se limitan a permanecer pasivos o no colaboran.

➤ Evitar expresar un abierto optimismo en los avances del paciente, adoptar una posición de preocupación, explicando que un cambio demasiado rápido intranquiliza al terapeuta.

2. Los peligros de una mejoría: Se aplica especialmente en casos de resistencia.

➤ se pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema. Se puede utilizar este método para aumentar la motivación o para presionar al paciente para que obedezca nuevos encargos, después de que no ha cumplido uno que antes se le había formulado.

3. Un cambio de dirección: es útil cuando el terapeuta, involuntariamente, comienza a discutir con el paciente, lo cual se refleja en la insistencia de éste en subestimar o rechazar el camino sugerido por el terapeuta, la falta de asentimiento por parte del paciente y que el cliente acepta la directiva pero luego se muestra no productivo, quejándose de no avanzar.

➤ El terapeuta varía de postura, directriz o estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación. Adopta una posición de simulada inferioridad, agradeciendo al paciente ayudarlo a abandonar un apostura incorrecta. Puede señalar que se ha dado cuenta que ha pasado por alto la opinión de un "terapeuta anónimo más experimentado" quien ha visto la necesidad de cambiar de dirección.

4. Cómo empeorar el problema: Cuando el terapeuta brinda una sugerencia añade que la acción sugerida probablemente empeore el problema. Esto se suele hacer cuando el cliente ya ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo.

➤ La intervención consiste en que el terapeuta menciona al cliente que no se le ocurre nada útil para solucionar su problema, sin embargo le puede enunciar claramente las acciones que seguramente empeorarán el problema si se llevan a cabo. Enseguida, el terapeuta comienza a enumerar todas las acciones que el cliente está realizando para solucionar el problema, pero que en realidad están sirviendo para empeorarlo.

El modelo introduce técnicas especiales para pacientes difíciles. Entre éstos se encuentran:

- a) El comprador fingido: Esta clase de pacientes no se halla personalmente interesado en obtener ningún cambio en su dolencia pues generalmente han sido

obligados por otra persona a tomar un tratamiento. Con este tipo de pacientes, se pueden usar varias técnicas:

➤🗨️ Negociar un nuevo contrato con ellos “¿hay algún asunto que tú quisieras tratar?” ➤📁 Introdurcir un problema alternativo ➤📁 Invitar a la persona más preocupada a asistir también.

b) El paciente restrictivo: El paciente amenaza con sabotear el tratamiento desde el principio, para lo cual suelen intentar establecer condiciones terapéuticas que, si aceptan, limitarían la libertad del terapeuta para actuar de modo constructivo. Se usan las siguientes intervenciones:

➤📁 Solicitar la libertad de decisión ➤🗨️ Llegar a un compromiso con el paciente ➤🗨️ Otras técnicas que logren evitar la conspiración en silencio.

2.2.4 Modelo de Terapia Breve Centrada en la Solución

Introducción

Los trabajos de Milton Erickson fueron fundamentales para establecer el modelo de terapia breve orientado en soluciones, ya que argumentaba que lo importante no era la manera en que se presentaban los problemas sino cómo solucionarlos, por lo que decía que gran parte de los modelos tienen muchas patologías pero pocas soluciones. Erickson consideraba que los pacientes tienen en su propia estructura psíquica y social la capacidad de solución y por ende el terapeuta deberá utilizar como objetivo terapéutico los recursos y soluciones de sus pacientes. Además afirmaba que un pequeño cambio podía ser suficiente para desencadenar cambios más extensivos en la vida de la persona (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Otra influencia para este modelo fue el trabajo realizado en el Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto, basándose en la terapia breve con duración de diez sesiones, se ignoraba el aspecto histórico en el cuadro patológico, además de que el terapeuta no

ejerce coerción alguna en la familia, siendo su objetivo trabajar conjuntamente con ésta en una solución específica. Enfatizan que los problemas se mantenían mediante las tácticas de solución intentadas por los pacientes; logrando hacer “menos de lo mismo” para lo cual se usaba el sistema de creencias del propio cliente, obteniendo un nuevo marco de referencia, etc.

El modelo orientado a soluciones toma del constructivismo la idea de que no hay una realidad única, por tanto el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes; al contrario, el terapeuta sólo deberá preocuparse por solucionar las quejas que presentan sus clientes y no deberá creer que existe sólo una correcta y válida forma de vivir la vida (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Este modelo retoma también lineamientos del Modelo de Milán y las ideas de Michael White, donde se fundamenta que las familias, así como las personas, forman su propia realidad y no la del terapeuta. El enfoque de soluciones recae en la cibernética de segundo orden, ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir en la terapia. Generalmente, en muchos encuadres terapéuticos el terapeuta es el experto y, por tanto, él sabe lo que el paciente necesita y por qué viene a verlo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Cabe señalar que Steve de Shazer y William Hudson O’Hanlon figuran entre los principales exponentes del modelo de terapia breve orientada a soluciones.

Principios Básicos

- 1 El cambio es un proceso constante e inevitable.
- 2 Solo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema.
- 3 El trabajo del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- 4 Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- 5 No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- 6 Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.
- 7 Los clientes definen los objetivos.

8 El cambio o la resolución del problema pueden ser rápidos, es posible que desde la primera sesión el paciente adquiera una perspectiva más productiva y optimista de su situación

9 No hay una única forma correcta de ver las cosas, puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos.

10 La realidad se construye a través del lente de quien observa, por lo que la terapia es un espacio de construcción permanente, en el que participan de igual manera paciente y terapeuta.

11 Centrarse en las soluciones y los aspectos relacionados con ellas es más importante y productivo que intentar entender la naturaleza de los problemas.

12 Los problemas no están omnipresentes en la vida de las personas, son temporales y circunstanciales, además de que tienen una causalidad circular.

Proceso Psicoterapéutico

Metas y Estrategias

Deben definirse muy claramente las metas que el cliente que acude a la terapia desea conseguir con el tratamiento y cómo va a notar cuando cada una de ellas se hayan alcanzado.

Las estrategias que el modelo propone son las siguientes:

1. Definición operativa de los objetivos que se pretende conseguir por el tratamiento.
2. Establecimiento de indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas propuestas, por parte del paciente identificado, de sus familiares y de otras personas significativas de su entorno vital.
3. Iniciar la solución mediante el cambio mínimo. El terapeuta pregunta ¿Cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?. Se confía en una generalización posterior de los cambios a la que se denomina “efecto de alas de mariposa”. Cuando el cliente manifiesta que ha habido un cambio, en términos de excepciones a la conducta sintomática, se le pregunta: “Qué le indicaría que las cosas siguen por buen camino?.

4. Cada familia presenta un modo singular de cooperación con el cambio propuesto por el terapeuta, quien debe averiguar cuál es el objeto de cooperar con ella para promoverlo lo antes posible. La finalidad es evitar posibles resistencias, que no son debidas al mantenimiento de la homeostasis. En base a esta forma de cooperar de los clientes, las directivas deben ser planeadas de la siguiente manera: a) si la respuesta es literal, es decir, si cumplen con lo prescrito, se continúa con tareas directas; b) si los clientes modifican la tarea, se elaboran tareas indirectas o modificables; c) si hacen lo opuesto, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, de forma que se produzca el cambio deseado; d) si la respuesta es vaga, se recomiendan tareas vagas y/o relatos metafóricos; e) cuando no hacen nada, no se sugieren tareas o se prescriben tareas paradójicas.
5. Las preguntas deben generar información sobre las facetas fuertes y los recursos que tiene el paciente identificado y su familia para llevar una vida satisfactoria, tanto dentro como fuera del área sintomática.
6. Se encauza el lenguaje del cliente hacia el camino perceptivo y conductual. Puede cambiarse el uso del tiempo verbal; por ejemplo, después de que el cliente menciona “tengo dificultades para tomar decisiones...” el terapeuta puede decir “así que has estado teniendo dificultades para decidirte respecto a ...”, y más avanzada la sesión, “Cuando solías enfrascarte al tomar decisiones...”.
7. Se formulan preguntas “presuposicionales”, que presuponen la existencia de una solución eficaz en el funcionamiento habitual de los clientes.
8. El terapeuta establece y subraya aquellas estrategias eficaces de solución de problemas que los clientes aún no han advertido o han considerado como casualidades y les ayuda a determinar, mediante una planificación conjunta, que necesitan hacer para mantener y ampliar los cambios inherentes en las mismas.

Entrevista

El objetivo de las entrevistas debe ser centrar la atención del cliente en las excepciones, soluciones y recursos todo lo posible.

A fin de lograr su objetivo, la primera entrevista debe constar de los siguientes pasos:

1. Unión: Fase social que tiene por objetivo mostrar un interés genuino por el cliente, la cantidad de tiempo dedicada a esta fase de la terapia depende de la rapidez con que los clientes parezcan “soltarse”.
2. Breve descripción del problema: Realizar la pregunta de ¿qué te trae por aquí?, y enseguida unas preguntas más, diseñadas para extraer información sobre las excepciones del problema; las ocasiones en que las cosas van bien, las soluciones anteriores al problema actual, y las fuerzas y recursos de la persona.
3. Excepciones al problema: estas ofrecen una gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema, por la sencilla razón de que si las personas quieren experimentar más éxitos, más felicidad y menos estrés en su vida, es necesario ayudarles a evaluar lo que es diferente en aquellos momentos en que ya disfrutaban del éxito, son felices y están libres de estrés. En esta fase es necesario realizar preguntas presuposicionales.
4. Normalizar y despatologizar. Una de las directrices que nos guían durante la sesión es considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo psicológico o patológico. Cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los clientes traen a terapia, los clientes parecen aliviados. Una forma de normalizar es interrumpir la descripción que el cliente hace de una situación y proceder a terminar la historia con algunos detalles sacados de nuestro trabajo con otras personas y de nuestra propia experiencia en situaciones similares.
5. Definición de objetivos. Aunque es responsabilidad de los clientes decirnos que cambios quieren que ocurran, nosotros adoptamos un papel muy activo para asegurarnos de que los objetivos sean alcanzables y lo bastante concretos como para saber cuándo los habremos alcanzado. Este procedimiento es un proceso cooperativo de negociación. Nuestro papel activo en este aspecto de la terapia maximiza las probabilidades de que los clientes vayan a conseguir las metas así construidas.
6. Hacer una pausa. Esta sirve como un marcador de contexto, permite al terapeuta

volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas ideas nuevas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente.

7. Elogios. Es importante aprovechar cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas.

Las siguientes sesiones se centran en constatar si ha habido cambio y, cuando así es, se trata de consolidarlo y generalizarlo mediante una planificación que parte del cambio mínimo hacia la meta final previamente establecida.

Técnicas de Intervención

En terapia orientada a soluciones se intenta:

- A) Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática, a través del reenmarcado (Proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación de modo directo o indirecto) y desenmarcado (El terapeuta desafía directa o indirectamente, los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco; se puede dejar que el cliente cree o descubra significados alternativos o quede sin ningún significado en particular).
- B) Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática, a través de la intervención en la pauta.
- C) Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

Se emplean las siguientes intervenciones:

Tareas de fórmula: Estas prescripciones fomentan nuevas conductas y percepciones al crear la expectativa de cambios en el futuro. Están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones. Esto es un cambio en la “forma de ver” la situación

y son las siguientes:

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ➤📁 Tarea de fórmula de la primera sesión: Se le pide al paciente que detalle aquellas cosas que desea mantener iguales y las que desea cambiar. Esto permite identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del paciente. |
| ➤📁 Tarea de la sorpresa: Introduce azar en las pautas de interacción, volviéndolas más impredecibles, fijando la atención de los pacientes en nuevas conductas. Cambia el contexto de lucha por otro lúdico y con sentido del humor. Es útil en el tratamiento con parejas o familias. |
| ➤📁 Tarea genérica orientada a soluciones eficaces: Permite que el paciente pueda definir más claramente sus objetivos. Utiliza el lenguaje del paciente para diseñar una intervención que cree la expectativa de cambio se les pide que anoten sus observaciones o que lo observen atentamente para que los puedan relatar. Se presupone que entre una sesión y otra habrán cambio deseados. |

Intervención en el patrón: Los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes. Estas pautas son muy susceptibles de cambiar. Las situaciones o contextos que rodean a estos patrones forman parte del patrón. Se plantean diferentes formas de intervenir sobre el patrón:

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Intervención en el patrón de la queja. El terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña e insignificante en el desarrollo de la queja, lo que altera el contexto. A menudo la queja desaparece gradualmente o de forma abrupta. Esto puede lograrse de las siguientes maneras: ➤📁 Cambiar la frecuencia o tasa de la queja
➤📁 Cambiar el tiempo de ejecución de la queja ➤📁 Cambiar la duración de la queja
➤📁 Cambiar el lugar en el que se produce la queja ➤📁 Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja. ➤📁 Cambiar la secuencia de elementos/eventos en el patrón de la queja ➤📁 Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños ➤📁 Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa |
| ➤📁 Intervención sobre el patrón del contexto: Consiste en modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. |

Redefinición: es permanente a lo largo de todas las entrevistas.

Connotación positiva: Se emplea de dos diferentes formas: a) cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, concretamente adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el

síntoma; y b) la situada después de la pausa, resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar los problemas (elogios).

Reenmarcado y desenmarcado: Se utilizan para ayudar a las personas a “saltar fuera” de los marcos que se puede considerar que limitan su capacidad para adoptar perspectivas diferentes y empezar con ello a resolver las situaciones-problema. Reenmarcado es el proceso por el cual el terapeuta proporciona o alienta el desarrollo de un marco o significado nuevo o alternativo para una situación de modo directo o indirecto, y en el desenmarcado el terapeuta desafía directa o indirectamente, los significados que el cliente asocia con la situación sin proporcionar un nuevo marco; se puede dejar que el cliente cree o descubra significados alternativos o quede sin ningún significado en particular.

Analogías: Pueden utilizarse directa o indirectamente para amplificar algo que el terapeuta quiere transmitir.

1 Ubicación en una escala: En una escala que va de cero a diez, y en la que cero representa lo peor, y el diez corresponde a las cosas tal como serán cuando estos problemas están resueltos.

2 Intervenciones paradójicas: Esta intervención supone una comunicación explícita o implícita, pero clara, dirigida a un cliente e insertada en otra comunicación enmarcadora que la contradice, de modo que se produce un dilema. Para obedecer a una de las comunicaciones hay que desobedecer la otra.

3 Pregunta del milagro: Se utiliza cuando no se encuentran excepciones o soluciones pasadas, se puede recurrir a las preguntas orientadas al futuro sin el problema. Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema. La suposición de que en el futuro no existirá el problema, favorece que la cliente perciba con mayor probabilidad la solución del problema. Asimismo, el terapeuta recibe directrices e información concreta para ayudar al cliente a solucionar su problema.

4 Escribir, leer y quemar (clientes con pensamientos obsesivos o depresivos). Buscar

un lugar cómodo para pensar tranquilamente, alternan días o momentos, un día se escriben los pensamientos obsesivos y al otro se leen y se queman.

5 Tarea de la pelea estructurada. Dejar a la suerte quién iniciará la discusión, el ganador vociferará durante un límite de tiempo sin interrupciones, el turno se vuelve hacia el otro, quien hará lo mismo por igual tiempo, para volver a iniciar dejar pasar la misma cantidad de tiempo que se utilizó en cada vociferación, en silencio por ambos. Nuevamente se deja a la suerte quién empezara el turno.

6 Hacer algo diferente. El cliente debe de ajustar objetivamente lo que ya ha hecho, no en el sentido diferente de lo mismo; debe ser completamente diferente. Fomentar la conducta de sorprender

2.2.5 Modelo de Milán

Introducción

En 1967 Mara Selvini Palazolli, terapeuta psicoanalista infantil y especialista en pacientes con anorexia nerviosa, fundó el Instituto de la Familia, en Milán. Después de una selección, el grupo de investigadores se redujo, quedando conformado por Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin, Guiliana Prata y la propia Selvini. Inician su trabajo aplicando las ideas psicoanalíticas y debido a los nulos resultados con este enfoque, empiezan a interesarse por literatura sobre terapia familiar.

En 1971 adoptan el enfoque de Palo Alto y desarrollan la intervención de la contraparadoja como una forma de romper el doble vínculo patológico. Al ponerse en contacto con las ideas de Gregory Bateson, en 1975, cambian su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencian entre el nivel de significado -creencias- y nivel de acción -patrones conductuales (Ochoa, 1995). También fueron influidos por las nociones de la cibernética de segundo orden en sus conceptos de neutralidad y circularidad (Hoffman, 1998).

Aproximadamente en 1980, el grupo se separa y mientras que Palazolli y Prata se

centran en la “prescripción invariable” basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos; Boscolo y Cecchin continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier opción explícita o implícita de normalidad o patología. Hoy en día, los que fueron miembros de este grupo han tomado caminos diferentes. No puede considerársele un enfoque unitario, debido a los diversos e independientes trayectorias que han tomado los miembros que conformaron el grupo original durante diez años. Sin embargo, el concepto central de este grupo sigue siendo el juego familiar, concepto que conjuga las creencias y relaciones de los miembros de la familia en conjunto (Ochoa, 1995).

Principios Básicos

- 1 El desarrollo de los síntomas se explica con las relaciones que han existido en la familia en el pasado y el presente.
- 2 No existe un modelo de normalidad a seguir.
- 3 El juego familiar es el mecanismo conformado a lo largo de la historia de la familia y las familias de origen, mediante el cual regula su funcionamiento, constituido por las creencias, reglas, valores y rutinas que definen las relaciones de sus miembros (Selvini-palazzoli et al. ,1998)
- 4 Es importante el contexto del síntoma, su desarrollo, historia y función.
- 5 No asumen la directividad.
- 6 El síntoma es el resultado de una dificultad del sistema para evolucionar de acuerdo a las demandas de su ciclo vital, por lo que el síntoma representa una forma de ayudar al equilibrio familiar.
- 7 Para que se dé un cambio de conducta, las familias deben ver sus problemas de una manera diferente (una forma de reencuadre llamada también connotación positiva).
- 8 El mito familiar forma parte de la imagen familiar, pero difiere de la que aparenta ante los extraños. Es la manera en que los integrantes se presentan entre ellos y remite

a roles reconocidos por todos. Es un fenómeno sistémico, fundamento del equilibrio.

Proceso Terapéutico

Metas y estrategias:

Metas terapéuticas. No hay objetivos específicos. Al no ser un modelo normativo, el terapeuta sólo facilita a la familia el camino para descubrir y romper los juegos “sucios” en los que se ve involucrada toda la familia y así encontrar una solución que les sea útil a cada uno de sus miembros y al sistema total.

Las estrategias que propone el grupo de Milán son:

Neutralidad: El terapeuta que adopta esta postura no tiene metas preconcebidas ni modelos normativos para sus familias y clientes. Por lo tanto, las preguntas que se formulan (circulares) ayudan a las familias a examinarse a sí mismas y a exponer los juegos de poder. No se utiliza la directividad ni la alianza. Se mantiene distancia y se enfoca más a la técnica. El terapeuta no es responsable del cambio, no empujan el cambio, la responsabilidad es de la familia.

Hipotetizar: Las hipótesis dan la pauta de cómo empezar la intervención y por dónde ir. Estas no deben ser rígidas y se deben reformular una y otra vez. Deben ser circulares e incluir a todos los miembros de la familia.

Circularidad: Toda hipótesis acerca de la familia debe incluir a todos los miembros de la familia, la crisis vital por la que la familia pasa y la función del síntoma del paciente identificado.

Entrevista

Las entrevistas se encaminan a descubrir la elaborada red de alianzas de poder que a menudo abarcan varias generaciones y que constituye el “juego familiar”.

Se entrevista a las familias en torno a su historia, a veces incluso en relación a varias generaciones atrás a fin de investigar evidencias que confirmen las hipótesis acerca de cómo los síntomas de los niños se vuelven necesarios. Estas hipótesis a menudo envuelven complicadas redes de alianzas y coaliciones entre los miembros de la

familia, incluyendo la familia extensa. Generalmente se concluye que el paciente ha tenido que usar sus síntomas como una forma de proteger a uno o más miembros de la familia o una forma de mantener la complicada red de alianzas en la familia.

La primera sesión resulta fundamental porque se investigan las creencias y mitos de la familia, el contexto del síntoma, su desarrollo e historia y se formula la primera hipótesis.

Las sesiones constan de cinco partes:

I. Presesión: El equipo se reúne a hacer una hipótesis inicial acerca del problema que trae la familia consigo. Esta se realiza a partir de la llamada telefónica de la familia.
II. Sesión: El equipo puede validar, modificar o cambiar las hipótesis. Se pone en movimiento el interrogatorio circular.
III. Intersesión: El equipo se reúne, aproximadamente cuarenta minutos después de iniciada la sesión, para discutir acerca de las hipótesis planteadas y la forma de intervención.
IV. Prescripción de la tarea: Los terapeutas pueden regresar a hablar con la familia acerca de los comentarios del equipo, pueden dar una connotación positiva del problema, realizar un ritual e introducir un cambio, etc.
V. Postsesión: El equipo se reúne a discutir después de la sesión para analizar las reacciones de la familia y plantear la próxima sesión, formulando nuevas hipótesis y preguntas al respecto.

Técnicas de Intervención

1 Reencuadre: Ofrecer a la familia otro punto de vista diferente acerca del problema. Un punto de vista circular.

2 Connotación positiva: La innovación más distintiva del Equipo de Milán original. Deriva del concepto de reencuadrar la función protectora del síntoma, de MRI. La connotación positiva es solo una forma de reencuadre. Implica que el problema se vea de manera diferente. Se da un significado positivo a algo que estaba como negativo. Siempre debe cambiarse de una explicación lineal a una circular. Se aplica a la intención de la conducta y no a la conducta en si. Las hipótesis se realizan en función del síntoma. En este sentido, a la conducta de cada uno de los miembros de la familia

se le da la connotación de que sirve a la homeostásis de la familia. “Es admirable lo que haces por mamá aunque el costo sea tan alto para ti”.

3 Prescripciones directas: Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas.

4 Prescripciones paradójicas: Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. No se debe recurrir a ellas cuando el terapeuta desconozca qué hacer, cuando prevea que la familia cumplirá literalmente lo sugerido y tampoco pueden utilizarse en respuesta a presuntas desobediencias de la familia a intervenciones anteriores.

Al calificar como positivos los comportamientos sintomáticos, se connota positivamente la tendencia homeostática de la familia y no las personas, ubicando a todos los miembros en un mismo plano. Así se provoca paradójicamente la capacidad de transformación del sistema familiar, ya que si están unidos por lazos afectivos tan fuertes ¿por qué necesitan que el síntoma siga vigente para mantenerlos unidos?.

1 Prescripciones Ritualizadas: Directiva específica que busca romper reglas muy rígidas o los mitos de la familia. Se busca interrumpir las secuencias rígidas y que los miembros de la familia hagan cosas diferentes a las que hasta ahora hacen. Consisten en la prescripción de una secuencia estructurada de conductas que introduce nuevas reglas sin recurrir a explicaciones, críticas o cualquier otra intervención verbal. Entre estas prescripciones se encuentran:

- | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a)Rituales: Los 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, definida con precisión, en la que se establece qué ha de hacer cada miembro de la familia, dónde y en qué momento. Se usan también para dramatizar o exagerar la connotación positiva. |
| b)Tarea ritualizada de los días pares días impares: La intervención consiste en prescribir, en días separados, dos conductas contradictorias o muy dispares, que coexisten habitualmente en el grupo familiar. |
| c)Prescripción invariable: Esta prescripción elimina la necesidad de establecer hipótesis al presuponer que en todas las familias de esquizofrénicos el problema |

es una falta de diferenciación entre el subsistema parental y el filial, con la consiguiente ausencia de emancipación mutua entre el hijo y los padres. La pretensión de la intervención es separar de forma gradual los dos subsistemas, introduciendo un mensaje organizador que clarifica los límites intergeneracionales, evitando coaliciones progenitor-hijo que mantienen el juego de las familias psicóticas. Al final de la tercera sesión, en la que generalmente deberá estar claro el juego de la familia, la prescripción invariante se inicia. Se solicita a los padres que digan a sus hijos y a los miembros de la familia extensa involucrados, que tienen un secreto. Ellos deben observar y registrar las reacciones de cada uno de los miembros de la familia, En las sesiones siguientes, el terapeuta y los padres establecen una discusión acerca de la reacción de la familia y los padres son instruidos acerca de que no sólo continúen con el secreto, sino que adopten conductas misteriosas, pasen juntos fuera de casa algunos momentos sin informar a los demás miembros de la familia. La terapia debe continuar en este sentido hasta que los síntomas de los pacientes aminoren o desaparezcan.

2 Preguntas circulares: Técnica de entrevista dirigida a obtener diferentes opiniones de los miembros de la familia respecto a distintos aspectos. Al hacer preguntas de esta manera, la naturaleza circular de los problemas se hace visible para los miembros de la familia y tienden a desaparecer sus perspectivas lineales y limitadas. Las preguntas circulares deben nacer de la curiosidad del terapeuta. Estas se pueden dividir en:

- a) Diferencias en la percepción de las relaciones: por ejemplo: ¿quién está más cercano al padre, su hijo o su hija?
- b) Diferencias de grado, por ejemplo: en una escala del uno al diez ¿qué tan mala crees que fue la pelea de esta semana?
- c) Diferencias ahora y entonces.
- d) Diferencias hipotéticas en el futuro, por ejemplo: Si ella no hubiera nacido ¿en que sería diferente tu futuro hoy?, etc.

2.2.6 Terapias Posmodernas

El científico construye defensas contra las emociones, los valores y las motivaciones caprichosas, se mantiene independiente de los objetos de observación, para evitar que sus conclusiones se distorsionen o contaminen, y se cree capaz de observar y conocer

con más objetividad y certeza los fenómenos. Es precisamente esta imagen del conocedor individual e independiente la que adoptaron la mayoría de los terapeutas del siglo XX (McNamee y Gergen, 1992), por lo que el terapeuta es el que observa y reflexiona desde una postura externa y posteriormente dicta sus aciertos y fallos a los pacientes, ya que es el experto del conocimiento.

Por lo tanto, las visiones tradicionales también llamadas “modernistas” fueron fuertemente cuestionadas desde diferentes puntos de vista por ejemplo:

- 1 Se cuestiona la objetividad del terapeuta, refiriendo que este no es ni política ni moralmente neutral y tampoco son neutrales sus evaluaciones.
- 2 Los terapeutas familiares cuestionan la idea de que los individuos son el centro de las disfunciones, ya que por el contrario, afirman que la” patología individual” es sólo una manifestación local del problema inherente al funcionamiento de la unidad familiar, además los psicólogos comunitarios incluyen la influencia de las instituciones y la comunidad en los trastornos individuales.
- 3 En cuanto a los feministas, estos estudiosos señalan las diversas maneras en que las prácticas psicoterapéuticas son opresoras y perjudiciales para las mujeres.
- 4 Los constructivistas cuestionan la tradicional separación entre el observador y lo observado, afirman que el científico nunca es independiente del mundo que observa.
- 5 Los hermeneuticistas sostienen que el terapeuta percibido como un analista objetivo de los estados mentales es errónea, ya que para ellos, la interpretación terapéutica está influida por los presupuestos del terapeuta.
- 6 Los ex pacientes psiquiátricos sostienen que el sector de salud mental es opresor, cosificador y peyorativo.

Considerando estas críticas, surgió la necesidad de la aparición de diferentes alternativas a la concepción tradicional del científico-terapeuta, por lo que fluyeron las terapias posmodernas , representadas principalmente por los modelos Narrativo, colaborativo y por los Equipos de Reflexión, de los que más adelante se abordarán.

Algunas características generales de los modelos posmodernos son las siguientes:

- 1 El experto desaparece, y se adopta una posición de curiosidad en donde existen múltiples mundos posibles, no saber, extrañeza, disposición a la sorpresa.
- 2 No hay verdades sociales sino relatos acerca del mundo
- 3 Toda comprensión es siempre una interpretación
- 4 El diálogo es determinante en la construcción de las narrativas
- 5 La sociedad está estructurada lingüísticamente, el lenguaje hace al mundo y al sujeto
- 6 Las personas dan sentido a su experiencia mediante formas discursivas “ estar en la narración”. Por lo que, la narrativa es vehículo para el significado.
- 7 La terapia es un hecho lingüístico, una conversación terapéutica a través del diálogo en intercambio de doble vía
- 8 Se generan preguntas conversacionales o terapéuticas
- 9 El ser se estructura a través del tiempo
- 10 Los problemas son propios del contexto narrativo del que derivan su significado.
- 11 El cambio se percibe como creación dialogal de la nueva narración, como apertura de oportunidad para acciones competentes (mediaciones), como re-relatar obteniendo un nuevo significado.
- 12 El ser humano es un generador de significado y no una máquina de procesamiento de información.
- 13 Travesía de roles individuales a espacios sociales
- 14 Se define a la relación terapéutica como “encuentro conversacional”
- 15 La psicoterapia aborda la complejidad, multiplicidad e interconexión
- 16 Camino del hecho a la perspectiva
- 17 El observador co-construye realidades compartidas
- 18 El sistema terapéutico es un sistema de organización del problema y disolución del problema (nueva narrativa).

2.2.6.1 Terapia Narrativa

Los principales representantes de la corriente narrativa son los terapeutas familiares: Michael White y David Epston.

Michael White fue influenciado por los estudios de Bateson quien lo motivó para abordar la semántica de la comunicación y la construcción de significados, específicamente la comprensión que tenemos de un hecho. O el significado que le atribuimos, está determinado y restringido por su contexto receptor, es decir por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. Otra influencia significativa fue de Michael Foucault, de quien toma el concepto de metáfora narrativa, lo que le permitió conceptualizar a los problemas como historias relatadas por la misma gente que precisamente reflejan las prácticas culturales opresivas. Él no cree que el problema cumpla una función en la familia, por el contrario cree que la familia se encuentra oprimida y dominada por sus problemas, así que se enfoca en la exploración del efecto recíproco que hay entre la familia y el problema a la vez que trata de encontrar, explorar y ampliar aquellos momentos en que la familia no es dominada por los problemas a lo que él llama “respuestas únicas”. También se apoya en el interrogatorio circular de Karl Tomm, y pregunta sin predisposición, buscando enfocar a la familia a nivel relacional. Derrida influyó al ser considerada la idea de “los mecanismos de deconstrucción”. Por último, se interesó por estudiar el construccionismo social, por ejemplo los trabajos de Gergen y Davis, además de la psicología narrativa de Bruner.

David Epston, obtuvo su formación académica en las ramas de sociología de la medicina y antropología, por lo que influyeron significativamente en su modo de hacer terapia en colaboración con White. Utiliza el poder de la palabra escrita en la terapia. Este enfoque lo denomina “medios narrativos” y consiste en el uso de cartas y otras intervenciones escritas para producir fines terapéuticos, ya que para Epston, la terapia consiste en contar y volver a contar historias, no hay nada que impida que esta

narratividad se exprese mediante la palabra escrita, por el contrario, tiene la ventaja de que le de materialidad.

Principios Básicos

Narración es el proceso de definir quienes somos en interacción con los significados que otros perciben acerca de nosotros. Se trata de un proceso recursivo. Moldeamos el mundo en el que vivimos y por ende creamos nuestra propia realidad dentro del contexto de una comunidad de otros individuos. Esta narración, o sentido del yo, no solo surge por medio del discurso con otros, sino que es nuestro discurso con otros.

En cuanto a la narración dominante, White y Epston, (1993) afirman que una narración no abarca toda la gama de experiencias de una persona, darle coherencia requiere de un proceso de selección, que omita aspectos no congruentes con un relato dominante. Estos relatos suelen estar en consonancia con un contexto más amplio, inserto en prácticas de poder. El poder tiene un efecto primario en la vida de las personas, especificando una forma de individualidad a la que someterse. De tal forma, que los discursos del poder se convierten en el panorama a través de los cuales vamos conformando nuestras narraciones.

Proceso Terapéutico

El trabajo del terapeuta consiste en trabajar junto con el paciente, en la reconstrucción de la narrativa dominante. Al hacerlo, el paciente experimenta cambios a nivel cognitivo, conductual, afectivo y social, hace uso de diversos recursos terapéuticos, orales o escritos, para buscar historias alternativas o eventos extraordinarios que reten la historia dominante. Por consiguiente, este tipo de terapia requiere una relación con el paciente más directa, igualitaria y respetuosa (White, 2002)

El proceso de intervención es un proceso de co-construcción que sigue el ritmo y necesidades de cada paciente. Se utilizan las siguientes técnicas e intervenciones:

<p>➤📁 Objetivización del problema: Mostrar al problema como un elemento opresivo y nocivo para la integridad de la familia, nunca útil para su funcionamiento. Con el objetivo de hacer sentir agredida a la familia por un problema que viene de afuera, con tal de unir fuerzas para derrotar al problema.</p>
<p>➤📁 Externalización del problema: Consiste en separar al paciente del problema, de manera que no se culpabilice, y la persona no se vea como el problema. Se elaboran preguntas de influencia relativa del problema en la vida del paciente y la forma en que el paciente actúa para que el problema este presente (preguntas de influencia relativa de las personas).</p>
<p>➤📁 Generación de relatos alternativos vs dominantes: Se refieren a historias no saturadas del problema o en las que está ausente.</p>
<p>➤📁 Acontecimientos Extraordinarios: Consiste en identificar sucesos exitosos que resaltan implicaciones favorables sobre la vida del paciente y sobre la creación de nuevas narraciones, enfatizándose en el presente y visualizarlos a futuro.</p>
<p>➤📁 Utilización de preguntas que impliquen una nueva identidad del paciente, sin la narración dominante o con el dominio del problema sobre el paciente y continuar con preguntas relativas a las relaciones realizando así un movimiento desde el interior hacia el exterior. La utilización de preguntas se clasifican en: Preguntas sobre logros aislados Preguntas de influencia relativa Preguntas relativas a la explicación única Preguntas relativas a la redescipción única en relación con sí mismo Preguntas relativas a la redescipción única en relación con los demás Preguntas sobre posibilidades únicas en relación con sí mismo Preguntas sobre posibilidades únicas en relación con los demás (White, 2004)</p>
<p>➤📁 Utilización de experiencias de otras familias: Se basan en narraciones de cómo otras familias han superado o manejado el problema de forma exitosa.</p>
<p>➤📁 Utilización de cartas y certificados, entregadas en los momentos en que el terapeuta necesite dar más foco e intensidad a alguna situación particular y son las siguientes: De invitación, sirven para traer miembros de la familia a la terapia De despido, para pedirle a alguien que ya no haga algo más Carta de predicción, que pronostican el futuro de una persona Carta de contradervivación, que refutan un diagnóstico o una etiqueta Carta de recomendación, ayuda a una persona a sostener un punto de vista enfrente a otra. Carta de ocasiones especiales. Se utilizan otro tipo de cartas más breves: reflexiones post sesión, cartas para pedir ayuda para el terapeuta, cartas de no asistencia, cartas para convocar a un público más amplio, cartas para investigar influencias, cartas para historiar, cartas para desafiar las técnicas de poder Cartas para encuentros fortuitos.</p>

2.2.6.2 Terapia Colaborativa

Introducción

Los principales exponentes del enfoque colaborativo son Harold Goolishian y Harlene Anderson. Ambos trabajaron en la Universidad de Texas en 1970, con el modelo de Terapia de Impacto Múltiple, creada en 1950 por Goolishian y sus colegas; la cual consistía en abordar sistemas familiares con hijos adolescentes. Estas familias eran atendidas por un grupo de profesionistas multidisciplinario durante 2 o 3 días consecutivos, con duración de 8 horas continuas por sesión. Motivados por la innovación de hospitalizar a las familias ideada por Bowen, por la práctica clínica de Sullivan y por las investigaciones realizadas por Bateson y el grupo de Palo Alto sobre comunicación. Como resultado de esta experiencia clínica y evolución del conocimiento empezaron a interesarse más por los sistemas relacionales, los recursos de la familia y la multiplicidad de voces.

Algunas ideas que alimentaron el enfoque colaborativo surgieron en parte de la lingüística, de personalidades como Ferdinand de Saussure, de la crítica literaria y filosófica de Foucault, Ilya Prigogine y Humberto Maturana (Sánchez y Gutiérrez, 2000), otras concepciones que influyeron fue el trabajo de Bateson con respecto al “contexto relacional y comunicativo como fundamento para el significado que se le da a las palabras y acciones”, la cibernética de segundo orden con referencia a la noción de que un sistema esta determinado por el observador y por ende el terapeuta esta situado en el proceso reflexivo de la observación.

A finales de los ochentas, desecharon las teorías cibernéticas, tras ir adoptando las teorías provenientes del construccionismo social, donde las ideas, los conceptos y recuerdos surgen del intercambio social y son mediatizados por el lenguaje; y de la hermenéutica (estudio o interpretación de los textos). Con esto surgió el “giro interpretativo”, que implicaba una forma diferente de la practica terapéutica, basada en el paradigma narrativo (Beltrán, 2004)

Principios Básicos

De acuerdo a Anderson (1997) una de las premisas básicas de este enfoque se refiere a que “estar en el mundo equivale a estar en el lenguaje y en la conversación”. Enfatiza la importancia ética y clínica de realizar conversaciones abiertas con los clientes desde una posición no jerárquica. Así mismo, pone el acento en la construcción relacional y lingüística del proceso terapéutico, en el que cada interacción conversacional se convierte en un espacio de múltiples discursos, en el que se crean, se configuran y se mantienen identidades e instituciones sociales.

Goolishian y Anderson desarrollaron los conceptos “definición” u “organización del problema” y “disolución del problema”, afirmando que el problema no es una identidad por sí misma, sino una realidad psicológica en la familia que se reconstruye a través del lenguaje (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En cuanto al concepto de cambio, lo perciben como la construcción, mediante el diálogo, de una narración distinta que abre la posibilidad a una nueva mediación. A través de la conversación o el diálogo y una colaboración terapéutica se re-latan las historias y las acciones, entrelazando un nuevo significado y por ende un nuevo sentir.

Proceso Terapéutico

El proceso terapéutico es un sistema lingüístico generador de significados alternativos, un sistema de organización y disolución del problema donde el terapeuta es un observador-participante y un facilitador-participante que formula preguntas desde una posición de “ignorancia” o “no saber” (Anderson, 1997).

Entrevista

No existen esquemas o formatos preestablecidos para desarrollar la psicoterapia conversacional.

Al inicio de las sesiones se procura que los clientes aclaren al terapeuta lo que consideren necesario que éste sepa, se invita a la exposición de los puntos de vista de los participantes, otorgándole a cada uno un espacio a sus relatos y a las experiencias que le son familiares. Anderson sugiere iniciar la conversación con las siguientes preguntas: ¿cómo les gustaría a ustedes utilizar esta reunión?, ¿cómo deberíamos usar este encuentro?, ¿para qué deberíamos usarlo?, ¿cuál es la historia de la idea de venir hoy aquí?, ¿cuál es la historia que está detrás de esta reunión?, etc.

Intervención

El enfoque colaborativo, más que una técnica o modelo terapéutico, es una postura filosófica que se basa en la ignorancia respecto del otro, la voluntad de dudar de los propios prejuicios, misma que se traduce en incertidumbre y la actitud humilde del terapeuta, quien confía y cree en el relato del cliente, al tiempo que valida y honra la historia de éste(Anderson, 1997).

Las preguntas conversacionales son la principal herramienta del terapeuta, ya que ayudan a aumentar las posibilidades de narrar las historias aún no contadas para que se produzca un nuevo significado y por consiguiente un cambio.

Es necesario que el terapeuta mantenga una postura de “curiosidad”, de cooperación y rompa con la idea de las jerarquías, promoviendo un ambiente de búsqueda mutua de comprensión y exploración, dentro de la narración que se este dando en el proceso terapéutico.

2.2.6.3 Equipo Reflexivo

Antecedentes

En el año 1978, le ofrecen el cargo de profesor de psiquiatría social en la Universidad de Tromsø Noruega a Tom Andersen, el cual acepta y considera que fue un hecho importante, ya que abrió el camino para otros dos: la organización de un grupo formal de siete profesionales (Siri Blesvik, Birgit Eliassen, Anne Hertzberg, Aina Skorpen, Vidje Hansen, Odd Nilssen y Tom Andersen) que tenían como objetivo impedir la internación de pacientes psiquiátricos, a través del proyecto de organizar servicios psiquiátricos externos en estrecha cooperación con los trabajadores sociales, médicos clínicos y enfermeras (servicios de “primera línea”), por lo que tuvieron éxito, ya que la tasa de internación bajo un 40% comparada con el periodo anterior al proyecto. De acuerdo a Andersen (1994) a la “primera línea” de servicios les gustó muchísimo la forma de organizar la relación entre ellos y el equipo de psiquiatras (equipo de especialistas: “segunda línea”). Como resultado de este proyecto aprendieron que un pensamiento sistémico tiene que incluirlos a ellos y también a las relaciones con los otros profesionistas de las cuales forman parte, y que la concepción de una psiquiatría basada en la comunidad podía ser una buena solución.

El otro camino fue la participación del mismo grupo en un programa educacional de dos años en terapia familiar de orientación sistémica, el cual los puso en contacto con Lynn Hoffman, Luigi Bóscolo, Gianfranco Cecchin, Phillipa Seligman y Brian Cade de Cardiff. Lo que les resultó más atractivo fue el modelo de Milán y por lo tanto abandonaron los estilos más estructurales y estratégicos, ya que se guiaban por la cibernética de primer orden y por el constructivismo, siendo su trabajo predominantemente directivo. Sin embargo, en 1984 cada uno de los integrantes del grupo decide continuar su trabajo clínico por separado para buscar nuevas posibilidades de establecer sistemas de trabajo.

Andersen se integra a un equipo de trabajo conformado por médicos jóvenes, un

trabajador social, un psicólogo y psiquiatras. Por lo que deciden trabajar con el modelo de Milán. Durante su función de supervisor de una terapia junto con dos de sus colegas en la cámara de Gessell surge o se consolida la idea de equipos de reflexión:

“Un joven médico habló con una familia que había pasado un largo período de sufrimiento, que no se hablaba de otra cosa. Lo llamamos y le sugerimos algunas preguntas optimistas al terapeuta, pero la familia con toda facilidad lo volvió a arrastrar a su sufrimiento. Dos veces más les ofrecimos nuevas preguntas optimistas, pero resultó en vano. Entonces es cuando la idea vio la luz. Había un micrófono en nuestra oficina que estaba conectado con altoparlantes en la habitación donde se entrevistaba a la familia. Nos tomó menos de un minuto decidirnos a golpear la puerta de la sala de entrevista y preguntarles si querían escucharnos un minuto. El equipamiento permite oscurecer la habitación y encender la luz en la oficina. “Ustedes podrán vernos y oírnos y nosotros a ustedes no”. La última oportunidad de salir de esto era que la familia o el terapeuta no quisieran aceptar, pero sí quisieron” (Andersen, 1994). Como resultado de esta forma de trabajo, la familia comenzó a hablarse entre sí con sonrisas y optimismo y el equipo de trabajo logró dar un giro a su trabajo, permitiendo que los clientes vieran y oyeran el trabajo del equipo; y con esto descubrieron que las personas podían encontrar sus propias respuestas, lo que cambió radicalmente su comprensión respecto a los procesos terapéuticos.

Por lo tanto, esta modalidad de trabajo propuesto por Tom Anderson y la influencia de la hermenéutica, del socioconstruccionismo, el enfoque de Goolishian, las ideas del “multiverso” y de la biología del conocimiento de Maturana y Varela, así como los trabajos de Shotter y Gergen sobre el papel del lenguaje en los sistemas humanos, constituyeron los ingredientes que le inspiraron la idea de los grupos reflexivos (Beltrán, 2004). Otra influencia importante es la aportación de Gregory Bateson (1998), en la cual enfatiza que compartir diferentes puntos de vista del mundo influye en la percepción que se tenía anteriormente de uno mismo; “información es diferencia” o “ es la diferencia lo que hace la diferencia”. Andersen también tomó algunas pautas para los grupos de reflexión de los trabajos realizados en el Instituto Ackerman de Nueva York y

del Instituto de la Familia de Galvestón, Texas, en especial los referidos al cuidado, respeto e integridad que tienen para con las familias (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Principios Básicos

Andersen postula que los sistemas vivientes tienen demasiada “repetición de semejanzas” y “muy pocas diferencias nuevas”; basado en estos principios, sus equipos de reflexión deberán encontrar la manera de comunicarse con el sistema familiar a modo de semejanza y a la vez de no semejanza, con una nueva diferencia pero al mismo tiempo una diferencia no muy nueva ya que para él es de suma importancia “respetar” la estructura y la autorregulación del sistema familiar, así como la sensibilidad a la respuesta del sistema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Los conceptos básicos definidos por Andersen (1994) de la forma de trabajo de los equipos de reflexión son: a) Idea, es la percepción de algo, podría ser una descripción, una explicación o un significado, o cualquier otra cosa, b) descripción, se refiere a una concepción más amplia y firme, que contiene todas las cualidades correspondientes a los sentidos de la vista, el oído, el olfato, el gusto, el tacto y también a las sensaciones de “adentro” del cuerpo, c) explicación, es el cómo entender la descripción, d) significado, es la base de cómo la persona se relaciona con la “cosa” que se describe y explica en términos de actuación y e) comprensión, es la reflexión del acto o tema a tratar.

Por lo tanto, Andersen indica que el concepto de reflexión implica oír, aprehender y pensar en la información recibida, antes de dar una respuesta, en un vaivén de diálogos internos y externos, y que, al exponer esta reflexión a los clientes, tanto éstos como los terapeutas participan en un proceso social de generación de significados y acciones alternativas, mismas que multiplican las posibilidades tanto del cliente como del equipo propio.

En la percepción de los problemas existen tres tipos de diferencias: 1. La diferencia es

tan pequeña que no se percibe, 2. Es tan grande que no es perceptible y 3. Es una percepción tan significativa que puede causar desorganización en el sistema

Otro concepto es el de multiverso que quiere decir que un fenómeno, por ejemplo un problema, puede describirse y comprenderse de diferentes maneras (Andersen, 1994) a través de la conversación y colaboración, logrando emerger nuevos significados y por ende cultivar una mayor capacidad personal y libertad en el cliente.

Proceso terapéutico

Al igual que en la terapia colaborativa, el equipo reflexivo no es un modelo terapéutico, más bien es una manera de poner ideas sistémicas en acción o una forma de hacer y de concebir a la terapia.

Existen diferentes maneras de hacer “equipo reflexivo”, sí no se tiene un grupo de colaboradores, el terapeuta en cierto momento puede pensar en voz alta sin dirigirse directamente a la familia, puede trabajarse con una persona que observa la interacción del sistema fijo, pueden ser tres, o cuatro observadores.

A la familia o paciente junto con el terapeuta se les llama “sistema fijo”, el “sistema de ayuda” es el equipo reflexivo.

La familia es atendida por un terapeuta quién tendrá la libertad de exponer su planteamiento en forma individual, la cual será respetada por el grupo de reflexión. El entrevistador debe poner atención para ir identificando material significativo que sirva de “apertura” (una idea, palabra, un tema), a partir de la que se formulen nuevas preguntas. La apertura que se sigue, corresponde a la curiosidad del terapeuta.

Las preguntas poco usuales son las que crean mayor cantidad de aperturas. Las preguntas pueden ser de descripciones de actividades alrededor de temas presentados, luego vienen las preguntas para explicación y preguntas para cambios posibles en

actividades.

La primera entrevista se centra en:

2 La primer entrevista se ve como un encuentro dialógico, se pregunta inicialmente acerca del tema que al paciente o a la familia le gustaría abordar, se puede comenzar a preguntar a la persona que hizo el contacto.

3 Diseño de entrevista antes que cualquier hipótesis clínica, dirigida al contexto de la reunión más que discutir el contenido del problema, mediante la elaboración de preguntas circulares que estimulen la posición reflexiva.

4 No hay historias o hipótesis prefijadas

5 Intentar comprender cuadro de significados

6 Conversación y reflexiones pueden conducir a la generación de una nueva imagen que no sea demasiado diferente, pero sí lo suficiente como para hacer una diferencia.

Los pasos a seguir durante el trabajo terapéutico son:

1. Cada uno de los miembros del equipo escucha en silencio la sesión, de manera que pueda captar mayor información y evitar discutir tras el espejo mientras se observa al sistema fijo.

2. Una vez que es solicitado por el terapeuta, se reúne en el mismo espacio que la familia, o se pasa el sonido y la vista del espejo hacia el equipo, para que los clientes puedan escuchar las reflexiones del equipo.

3. El trabajo del equipo reflexivo consiste en:

a) El equipo reflexivo establece una conversación, se mira cara a cara mientras dialoga, y no mira al sistema fijo.

b) Realizar las reflexiones sólo con los temas o situaciones referidos por la familia y el terapeuta.

c) No hacer apreciaciones con connotaciones de valor y mucho menos dar consejos.

4. Al concluir el equipo con el diálogo y se ha retirado, se propician los comentarios de los miembros del sistema fijo con referencia a las reflexiones del equipo.

2.3. ANÁLISIS DE LA APLICACIÓN DE LOS DIFERENTES MODELOS DE INTERVENCIÓN ANTE EL BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR

En México, la educación escolar enfrenta serios problemas, ya que de acuerdo al Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2006) de cada 100 mujeres de 15 años y más, 46 no han logrado concluir la educación básica, y de cada 100 hombres 43 están en rezago educativo; otro dato importante indica que el porcentaje de reprobación aumenta conforme el nivel educativo se va incrementando; es decir, en el año 2004 en el nivel de primaria, 3.6 % de mujeres y 5.7% de hombres reprobaron; en secundaria las proporciones son prácticamente cuatro veces más; porque el porcentaje en mujeres es de 12.4% y en hombres de 24.5 por ciento; y de cada 100 mujeres inscritas en profesional técnico 21 reprueban al menos una materia de determinado grado del nivel y de cada 100 hombres 29 se encuentran en la misma situación; por su parte, en bachillerato el porcentaje de reprobación es de 31.9 para las mujeres y de 41.5 para los hombres (SEP, 2006). De tal forma que el bajo rendimiento escolar implica costos económicos y sociales muy enormes como el disponer de una fuerza de trabajo menos competente, la baja productividad del trabajo, menor crecimiento de la economía interna impidiendo generar nuestros propios recursos necesarios para la supervivencia y por ende el mantenimiento de la pobreza en nuestro país.

Por lo tanto, el bajo rendimiento académico es un problema a nivel nacional considerando que en él influyen diversos factores complejos que se interrelacionan entre sí siendo las estructuras cognitivas individuales, las políticas y planes del plantel educativo, métodos docentes, las relaciones con los profesores y compañeros de clase, la comunidad y la familia.

La familia vista desde una perspectiva sistémica es un sistema compuesto por subsistemas que a su vez esta integrada a un sistema escolar y social; por tanto, las influencias dentro de la familia no son unidireccionales sino que son una red compleja donde todos los miembros que componen a la familia repercuten sobre los demás y en

donde la modificación de uno de los elementos cambia a todo el sistema en si, por lo que la familia ejerce una gran influencia sobre el rendimiento escolar del estudiante, convirtiéndose en facilitadora u obstaculizadora de dicho desempeño.

El bajo rendimiento escolar es uno de los problemas que más preocupan a padres y maestros, sin embargo en la mayoría de las veces cada uno deposita en el otro las faltas o inconvenientes que dificultan el aprovechamiento escolar sin asumir la corresponsabilidad que a cada uno les conlleva; por un lado sin conocer las etapas de desarrollo de sus hijos, la necesidad de apoyo y supervisión de tareas y trabajos, las necesidades afectivas, el conocimiento del ambiente o dinámica familiar por la que están atravesando, las diversas creencias y significados propios de la familia, y por otro tienden a etiquetar a sus alumnos como perezosos e incompetentes, a excluirlos y minimizarlos.

Por lo tanto, el rendimiento escolar de los estudiantes mexicanos puede aumentar satisfactoriamente cuando exista un trabajo conjunto entre los alumnos, padres de familia, maestros y autoridades educativas. De tal forma, que desde la perspectiva del enfoque sistémico en terapia familiar, el bajo rendimiento escolar es un proceso circular, que involucra no sólo al alumno sino también al sistema familiar, escolar y social los cuales se retroalimentan mutuamente, generando con el tiempo diversos efectos sobre el desempeño escolar.

Ante esta problemática surge la necesidad e interés de evaluar y analizar la viabilidad de la intervención terapéutica desde el enfoque sistémico y postmoderno, que posibilite incidir satisfactoriamente y visualizar las ventajas de cada uno de los modelos terapéuticos.

Desde el modelo Estructural, Minuchin (1999) afirma que “la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia no depende de la ausencia de problemas dentro de ésta sino, por el contrario, de la respuesta que muestra frente a los problemas; de la manera como se adapta a las circunstancias cambiantes de modo que mantiene una

continuidad y fomenta el crecimiento de cada miembro”. Otra característica que define a este modelo es la eficacia para trabajar con familias que incluyen por lo menos a dos generaciones y en casos de síntomas o problemas con niños, adolescentes o adultos jóvenes que aún viven con su familia de origen. La posición del terapeuta es directiva y objetiva en la relación con la familia, se dirige con libertad estableciendo alianzas y coaliciones determinadas para promover el cambio esclareciendo las pautas de interacción recurrentes que dificultan el desarrollo psicosocial de sus miembros, su adaptación y la resolución de conflictos.

Por lo tanto, una alternativa viable para afrontar la problemática sobre rendimiento escolar en familias es promover un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros considerando el sinnúmero de configuraciones familiares que existen en la actualidad, para lo cual es imprescindible evaluar e intervenir desde la estructura familiar para fomentar jerarquías y límites claros, roles claros y definidos, comunicación abierta y explícita, necesidades específicas para el desarrollo y capacidad de adaptación al cambio, que posibiliten un subsistema con diferente orden jerárquico y con fortalezas para guiar la disciplina necesaria que requieren los niños y adolescentes para su desempeño escolar y así generar hábitos de estudio, supervisión, reglas de comportamiento adecuados tanto en casa como en la escuela que les permita lograr y cumplir expectativas de desempeño académico. Es importante enfatizar que la conducta problemática de bajo rendimiento escolar por parte de un niño o adolescente requiere de un subsistema (madre-padre, padre, madre, abuela-madre, hijo parental-madre, tía- padre, etc.) que asuma la posición de jerarca para guiar, establecer, dirigir la disciplina necesaria obteniendo una educación escolar satisfactoria de los estudiantes.

Otro modelo de intervención que nos puede ayudar a afrontar el problema de bajo rendimiento escolar es el estratégico con sus concepciones de la jerarquía y el poder en los sistemas, la perspectiva de producir cambios rápidos y efectivos, la propuesta de una entrevista inicial concisa, definición de objetivos claros y concretos, la libertad del terapeuta para planear y diseñar tareas y estrategias específicas para cada problema y familia.

Por lo tanto, las cuestiones de modificar la estructura familiar también son importantes desde esta perspectiva con el fin de que la conducta sintomática ya no resulte adaptativa para el sistema, en este caso cuando la institución escolar o familia puede identificar el problema específico de bajo rendimiento escolar y las metas claras por lograr, facilita el cambio; con la responsabilidad del terapeuta de ejercer una influencia y motivar conductas diferentes entre los miembros de la familia tomando en cuenta las implicaciones éticas; y así utilizar un amplio arsenal técnico diseñado exclusivamente para cada caso, basadas en las estrategias de intervención de paradojas, ordalías, hipnosis, metáforas, reestructuración, técnicas de persuasión, lenguaje metafórico, tareas directas e indirectas, etc. logrando impedir la repetición de secuencias de comportamientos e introducir mayor complejidad y alternativas en la interacción de las personas involucradas para mantener el bajo rendimiento escolar del niño o adolescente.

En cuanto al Modelo de Terapia Breve, Weakland, Fisch, Watzlawick, y Bodin (1974), realizaron una investigación incluyendo la fase de seguimiento durante un lapso 6 años a 97 casos atendidos en el Centro de Terapia Breve, dentro de los principales problemas que atendieron, se encontraron problemas escolares, ansiedad, crisis de identidad, depresión, entre otros, logrando en el 40 % de los casos éxito, el 32% mejora significativa y el 28% no se obtuvieron resultados favorables. Las propuestas de este modelo es enfocarse hacia el conocimiento y comprensión detallada de las pautas de interacción del problema con las soluciones intentadas por parte de individuo, díadas, tríadas, familia, comunidad o institución, tener presente la postura y lenguaje del paciente, precisar la definición de objetivos o metas por lograr, etc. con el fin de diseñar un plan de tratamiento. Considerando la problemática del rendimiento escolar sería importante investigar la secuencia de conductas en cuanto a los hábitos de estudio, las relaciones del estudiante con los profesores y compañeros de clase, las interacciones con los integrantes de la familia sin perder de vista la causalidad circular, además de precisar los intentos de solución fallidos y repetitivos que mantienen el bajo rendimiento escolar, ya que la elección de un cambio mínimo seguido de una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación promoverá también un

cambio en otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones.

En el caso del Modelo de Soluciones, se tiene la posibilidad de abordar y utilizar los recursos, capacidades, conocimientos y habilidades del estudiante, y familiares que tienen y que funcionan para afrontar las dificultades del rendimiento escolar, así como también ampliar los logros y cambios que se van dando a través de elogios y técnicas que motiven a encontrar significados nuevos y alternativos a la situación percibida como problemática, además de responsabilizarlos y empoderarlos de sus propios cambios.

La aplicación del Modelo de Milán resulta de especial utilidad al adentrarnos al mundo de las creencias y mitos que el estudiante y familiares poseen del pasado y del presente sobre la percepción de la educación escolar, las explicaciones y atribuciones de significado a las conductas que representan el bajo rendimiento escolar tanto en la escuela como en casa. En este sentido, es imprescindible que en el caso de los padres se pueda rescatar las creencias que tienen sobre los estilos de crianza y educación que brindan hacia sus hijos y que limitan el desarrollo educativo de sus hijos, así como también abordar las ideas y explicaciones que tienen los hijos de su comportamiento escolar, las conductas de sus padres y de los profesores, a través del interrogatorio circular que permite recabar información en forma sistémica, obteniendo multiplicidad de opiniones y emociones que ayudan a la resonancia en el sistema familiar y a identificar la interdependencia de sus conductas con la finalidad de redefinir la conducta problemática de bajo rendimiento escolar y así facilitar las soluciones.

Otra alternativa para tratar dicha problemática son los Modelos Postmodernos que enfatizan que las relaciones e interacciones sociales generan y mantienen los síntomas, de tal forma que el bajo rendimiento escolar esta acompañado de etiquetas y atribuciones que entretejen una representación que clasifican generalmente al estudiante como indiferente, flojo, perezoso, negativo, poco cooperativo y distraído; conductas que se miran como permanentes e imposibles de modificar. Por lo tanto, la labor terapéutica podría consistir en poner atención a los aspectos sociales y en los

discursos y significados para mirar y escuchar aquellas narraciones opresoras que impiden encontrar alternativas de solución para el mejoramiento del desempeño escolar. Una vez comprendiendo los significados que le dan vida al bajo rendimiento escolar es importante deconstruir y co-construir significados, soluciones y posibilidades para que los padres favorezcan el apoyo emocional y conductual de sus hijos y los estudiantes se sientan seguros, interesados, hábiles y capaces para vencer el bajo rendimiento escolar.

Por último, con mi experiencia en la práctica profesional puedo decir y reflexionar que es difícil pensar que uno de los tantos modelos existentes pueda ser aplicable de manera íntegra a una sociedad como la mexicana que posee una cultura sincrética, ya que dada su complejidad es importante integrar dichos modelos e incorporar técnicas y procedimientos y porque no crear nuevas estrategias de prevención e intervención de acuerdo a las necesidades y a la problemática de bajo rendimiento escolar que puedan estar viviendo las familias mexicanas.

CAPITULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas

De acuerdo al programa de maestría en terapia familiar sistémica uno de sus objetivos estuvo enfocado al desarrollo de habilidades clínicas en la atención con familias, parejas o individuos, con la retroalimentación de la supervisión en vivo y narrada por parte del personal docente asignado y con el apoyo del equipo terapéutico. Por lo tanto, nuestro entrenamiento estuvo dirigido en la aplicación de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de terapia familiar: modelo estructural, estratégico, terapias breves orientadas a problemas y centradas en soluciones, modelo de Milán y los enfoques derivados del posmodernismo, por lo que considero que a través de nuestra formación logramos poner en práctica ciertos elementos esenciales en el proceso de la psicoterapia como el consolidar un vínculo de relación de trabajo entre la familia, pareja o persona y el terapeuta, es decir proporcionar aceptación, seguridad, establecer una alianza terapéutica, realizar encuadre y enganche terapéutico, mostrar interés, empatía, habilidad de escucha; manejo de entrevista y evaluación; y habilidades para la conducción de la evolución del proceso terapéutico, terminación y seguimiento del caso atendido.

3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia

Durante mi estancia en la residencia tuve la oportunidad de atender y dar servicio psicológico a 11 casos, con diferente tipo de tratamiento, ya sea en terapia individual, de pareja o familiar; con diversos motivos de consulta, aplicación de distintos modelos de intervención, con la peculiar experiencia clínica de cada uno de los supervisores de caso, distinta duración en cuanto al número de sesiones y los resultados obtenidos específicos de cada caso (Ver tabla 1).

Caso	Tipo de Tratamiento	Motivo de Consulta	Modelo(s) y Supervisor(es)	No. de sesiones	Resultados
García	Individual	Bajo rendimiento escolar	Breve y soluciones. Dra. Moctezuma Yano	11	Alta
Sánchez	Familiar	Bajo rendimiento escolar	Estructural y Milán. Mtra. Carolina Díaz Walls	12	Alta
Ramírez	Pareja	Violencia Infidelidad	Soluciones. Mtra. Nora Rentaría	4	Baja, dejaron de asistir a las sesiones
Cortes	Pareja	Problemas en el área de comunicación y distribución del dinero	Breve (orientada a problemas) Mtra Patricia Moreno	15	Alta
Rodríguez	Familiar	Problemas de comunicación familiar	Breve y soluciones. Dra. Jacqueline Fortes	12	Alta
Torres	Familiar	Bajo rendimiento escolar	Estructural. Equipo terapéutico	16	Alta
Juárez	Individual	Consumo de sustancias adictivas	Milán y posmoderno Mtra. Patricia Moreno	3	Baja por cuestiones de horario y económicos
Cañedo	Pareja	Desacuerdos en la crianza de los hijos	Breve y Estructural Dra. Jacqueline Fortes	10	Alta
Mondragón	Familiar	Problemas de conducta en los niños	Estratégico y breve. Mtra. Patricia Moreno	8	Se lograron cambios, dejaron de asistir por no contar con horarios disponibles.
González	Familiar	Violencia Alcoholismo	Breve (orientada a problemas) Equipo terapéutico	5	Baja por cambio de residencia
Duran	familiar	Bajo rendimiento escolar	Estructural. Equipo terapéutico	18	Alta

Tabla 1. Relación de los 11 casos atendidos durante la Residencia en Terapia Familiar.

Siguiendo los lineamientos propuestos en el programa de la residencia, presentaré en este apartado 2 casos. **Para mantener la confidencialidad del trabajo clínico se modificaron los nombres de identidad de los consultantes.**

CASO 1: FAMILIA SANCHEZ

Supervisora: Carolina Díaz-Walls Robledo

No de sesiones: 12 sesiones asistidas

Período: Del 10 de marzo al 14 de noviembre de 2003

Supervisión directa de los modelos: Estructural y Milán

Datos de Identificación de la familia Sánchez

María: 39 años, Hogar y asistente en la preparación de alimentos, grado escolar, primaria

Noe: 38 años, mesero y vendedor, grado académico, secundaria inconclusa

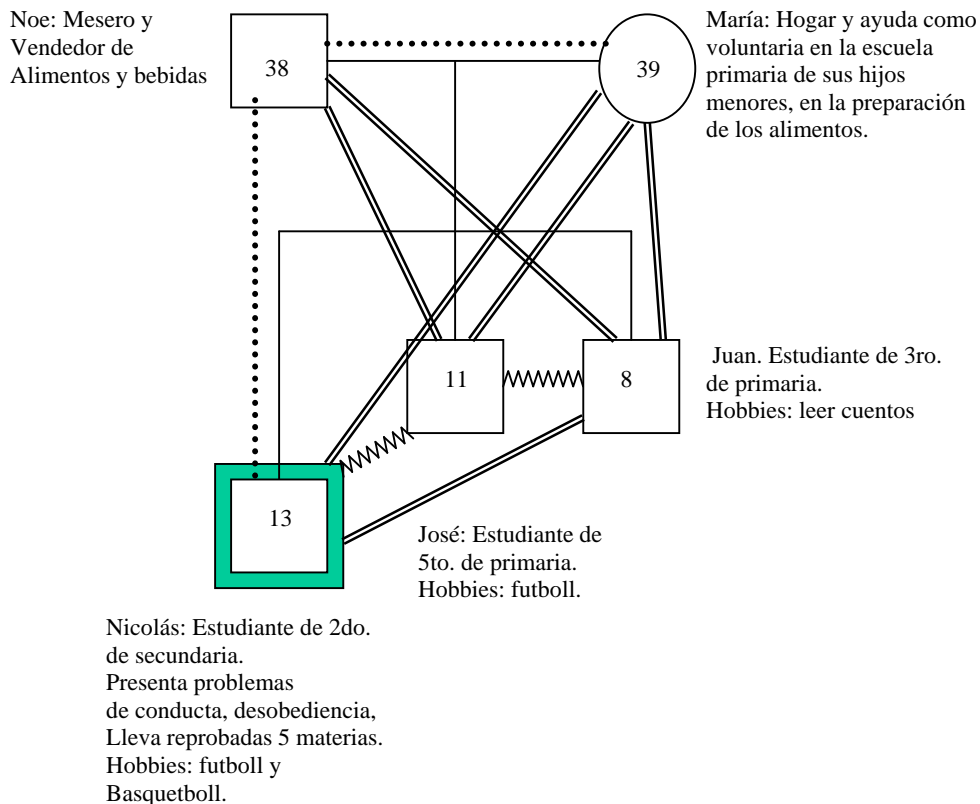
Nicolás: 13 años, 2do de secundaria.

José: 11 años, 5to. de primaria.

Juan: 8 años, 3ro. de primaria.

Lugar de residencia; Sur, D. F.

Familiograma



Encuadre

Desde el inicio se aborda la modalidad de trabajo terapéutico, la frecuencia de las sesiones, el horario, la puntualidad, el costo, la confidencialidad, etc. Se informa sobre la video grabación de las sesiones y el apoyo del equipo terapéutico trás el espejo unidireccional.

Motivo de Consulta

La familia asiste al Centro de Servicios a solicitar apoyo psicológico a petición de la psicóloga escolar de la secundaria de Nicolás, debido a que presenta problemas de conducta ya que actúa de manera grosera, desobediente y no pone atención en las clases, generando bajo rendimiento escolar y conflicto con algunos profesores.

Intentos de Solución:

Los intentos de solución por parte de los padres se han centrado en hablar con los hijos, en especial con Nicolás acerca de la disciplina en casa y en la escuela; la madre ha ido a hablar con los profesores de su hijo para indagar su situación escolar y como corregirla; el padre al no ver respuestas favorables de su hijo expresa su enojo a través de conductas como alejarse e ignorar a su hijo y a su esposa. En cuanto al subsistema parental, el padre le indica a la madre que castigos debe ponerles a sus hijos, sin embargo la madre no los lleva a cabo. Por otro lado, la escuela trata de disciplinarlo con reportes y sugieren que asista a terapia. El último intento por parte de la escuela fue plantearle a la madre la posibilidad de que Nicolás sólo asista a presentar sus exámenes y entregar trabajos en las materias que tiene más conflictos para evitar confrontaciones con los maestros y que por su mala conducta lo suspendan de la escuela.

Objetivos mínimos que demanda la familia.

El padre y la madre coinciden con la demanda, solicitando que su hijo se porte bien en las escuela y no repruebe materias, ya que ellos no tuvieron la oportunidad de estudiar y sus padres no los apoyaron, los hermanos menores piden que su hermano se porte bien en la casa y cuando se le pregunta a Nicolás dice que él quiere portarse bien y ya no reprobado materias.

Hipótesis que guió la terapia

Los estilos de educación que recibieron los padres en sus familias de origen han contribuido a las pautas de relación establecidas en el área parental, de tal forma que existen ciertas creencias como, el temor a no ser buenos padres, el dar a sus hijos lo que ellos no recibieron, el que sus hijos autorregulen su comportamiento y el constante temor a sufrir rechazo por parte de sus hijos al intentar disciplinarlos a través del establecimiento de límites y jerarquías por lo que se ha imposibilitado el asignar y cumplir las reglas en la educación de sus hijos, generando en Nicolás conductas inadecuadas y bajo rendimiento en el área escolar.

Objetivos terapéuticos

- 1 Operar sobre el sistema de creencias que se generan en el sistema familiar, con la finalidad de que los padres sean más eficaces en cuanto a la disciplina familiar.
- 2 Incidir en la modificación de la estructura familiar introduciendo nuevos patrones conductuales en cuanto a los siguientes aspectos:
- 3 Promover una jerarquía con un subsistema parental fuerte
- 4 Que los padres adquieran habilidades para el establecimiento de límites claramente marcados y con firmeza.
- 5 Que el padre se involucre más con el subsistema fraterno.
- 6 Generar acuerdos y cercanía entre el subsistema parental en cuanto a la crianza y educación de sus hijos.

- 7 Fomentar una jerarquía sólida y definida en la madre que posibilite implementar reglas, normas y disciplina cuando se encuentre ausente el padre en el subsistema fraterno.
- 8 Concientizar la conducta de agresión por parte de Nicolás y como es alimentada por el subsistema parental.
- 9 Incidir en el mejoramiento del comportamiento y rendimiento escolar de los hijos.

Descripción de las sesiones

Sesión 1

Asisten a la sesión el Sr. Noe y su esposa María y los hijos; Nicolás, José y Juan. En términos generales, la sesión se encaminó a explorar el motivo de consulta. El cual se refiere al comportamiento del hijo mayor, de quien se dijo actúa de manera grosera, desobediente, no pone atención y tiene calificaciones reprobatorias. Así como también, parte del interrogatorio se centró en preguntar a los miembros de la familia, sobre los intentos de solución al problema; tanto en la casa como en la escuela. Cabe mencionar que la familia asiste por sugerencia de la psicóloga escolar. Por otro lado, se estableció el encuadre terapéutico y se generó el rapport. Al finalizar la sesión se le invita nuevamente a la familia a que asistan a la siguiente sesión, haciendo hincapié en la asistencia del padre, ya que desde el primer contacto con el padre que fue por vía telefónica, expreso preocupación hacia su hijo mayor, sin embargo informó que existía cierta dificultad para presentarse en las sesiones.

Sesión 2

Nuevamente a esta sesión asisten todos los integrantes de la familia; en la primera parte de la sesión se aborda la situación problemática en el área escolar de Nicolás el cual comentó que ha mejorado en cuanto a su comportamiento y que incluso uno de sus maestros lo ha propuesto como jefe de su grupo escolar, sin embargo los padres se mostraron escépticos ante dicha declaración. Más adelante se les comenta a los padres en cuanto a su reacción emocional observada la sesión anterior, en el caso del padre

explica que para él es muy importante que su hijo aproveche la oportunidad que tiene al estudiar ya que él no contó con ella; en tanto que la madre señaló que no tiene clara alguna explicación ya que siempre ha sido así (Ilorona). Por otro lado, se realizaron una serie de preguntas orientadas a conocer las expectativas de los padres en cuanto al futuro de los hijos, sin embargo las respuestas fueron cortas, pocas aunque con mucha carga emocional en el caso específico de la madre. En la segunda parte de la sesión se trabajó exclusivamente con los padres abordando principalmente sus dificultades con su hijo mayor en cuanto al establecimiento de reglas y límites claros, además las posibles áreas de desacuerdo entre ellos. Como resultado, se puso de manifiesto la angustia y la preocupación por parte de ambos ante el hecho de no poder poner remedio a dicha situación.

Sesión 3

Al igual que en las sesiones anteriores, también la familia se presenta con todos sus miembros. Previamente, se acordó que en el inicio de la sesión se trabajaría con el subsistema parental en cuanto a la forma en como los padres establecen límites hacia con los hijos; en esta primera parte resaltó la información en cuanto a la forma de sentir de los padres relacionada con la imposibilidad de poner límites así como la dificultad para hacer cumplir las reglas dentro de su familia. En la segunda parte se trabajó con el sistema familiar completo en donde se abordó el establecimiento de acuerdos con relación a la educación de los hijos. Se les indicó que la familia debe reunirse en casa con la finalidad de acordar ciertas reglas así como la forma en que deberán cumplirse y hacerse cumplir; por otro lado, en cuanto al subsistema parental se les informó que debían llegar a acuerdos aplicando ciertas habilidades en torno a la forma en como se debe aplicar la disciplina hacia el comportamiento de los hijos tanto en la escuela como en casa. Después de una pausa en la sesión para ir a platicar con el equipo, se les entregó un mensaje en cuanto a la dificultad que tienen para ejercer disciplina en los hijos.

Sesión 4

A esta sesión se presenta la familia Sánchez a excepción del padre quien a decir de la madre se ausentó debido a cuestiones relacionadas con su trabajo. Al inicio de la

sesión se hizo una revisión de la tarea, la cual se relacionó con los acuerdos que los padres debían tomar con respecto a las reglas a seguir por parte de los hijos en casa. Acto seguido se indagó que a pesar de que los acuerdos se tomaron, éstos hasta ese momento no habían entrado en vigor ya que sólo se les dieron a conocer a sus hijos. En lo que respecta a la parte restante de la sesión se utilizó para hablar con María sin la presencia de los hijos, abordando principalmente su familia de origen donde se exploró la relación de ella con sus tíos en primera instancia y con su familia en general (padres y hermanos). Se obtuvo información importante en cuanto a la forma y estilos de impartir disciplina por parte de las personas con las cuales vivió la madre y la forma en como ella respondía a dicha disciplina. Finalmente se abordó la influencia de su familia y familiares en la actual educación de sus hijos, en donde se destaca el uso de la violencia como única forma de impartir límites y disciplina hacia los hijos, lo que explica el actual temor por parte de María a ejercer control de la forma en como lo hacían con ella.

Sesión 5

A esta sesión asisten todos los miembros de la familia Sánchez; nuevamente en esta ocasión se trabajó con distintos subsistemas en momentos diferentes de la sesión, en la primera parte de la sesión se trabajó con el sistema familiar completo haciendo una revisión de la lista de actividades elaborada por los padres hacia los hijos, explorando quién las cumplió y quién no, así como la labor de los padres en cuanto a su cumplimiento además de las diferencias en el ambiente familiar que se han dado a partir de la implementación de dichas reglas y normas. Posteriormente con el subsistema parental se exploró el trabajo realizado por cada uno de los padres con relación a la supervisión de las actividades que sus hijos realizaron durante dos semanas; específicamente los padres reportaron que se dividieron los días de la semana para supervisar las tareas asignadas a sus hijos, aunque a María le gustaría que a su esposo le tocaran más días de supervisión, ya que sólo puede un día a la semana porque los horarios de sus dos trabajos son de 7 a.m. a 11 p.m. durante seis días a la semana, por otro lado, se trabajó sobre la percepción que como padres tenían a partir de los cambios que se han dado con las reglas y actividades asignadas a los

hijos. Finalmente se les pide a los padres que piensen en la forma en que Nicolás se puede adaptar en el área escolar para que tenga un mejor funcionamiento como alumno.

Sesión: 6

En esta sesión se trabajó con el sistema familiar completo donde se revisó la reflexión que había quedado pendiente de la sesión anterior, atribuyendo ambos padres que para que sean buenos alumnos sus hijos, específicamente Nicolás tienen que portarse adecuadamente en la escuela como poner atención en el salón de clases y hacer sus tareas. Se retomó la interacción de agresión entre Nicolás y sus profesores y cómo la familia percibía esta situación, principalmente el subsistema parental. También se evaluaron nuevamente los cambios en la familia en función de la intervención de enlistar responsabilidades de tareas para los hijos en casa y castigos en caso de no cumplirse y se presentó una divergencia entre los padres en la percepción de los cambios de Nicolás y los demás hermanos, el padre argumentaba que los cambios sólo podrían darse en tanto que los hijos fuesen capaces de autorregular su comportamiento, mientras la madre reportó que Nicolás había cumplido con sus tareas y las actividades en casa. Al final de la sesión, María comenta que la escuela decidió que Nicolás no asistiera a clases con 2 profesores con los que tiene conflictos muy fuertes, ya que faltaba muy poco para que terminara el ciclo escolar y corría peligro que lo expulsarán por faltarles el respeto, por lo que la madre acepta esta situación y al comunicárselo a su esposo reacciona con enojo y les retira la palabra a María y principalmente a Nicolás.

Sesión: 7

Asisten todos los miembros de la familia a esta sesión, en la cual reportan que la orientadora de la escuela les entregó una carta del comportamiento actual de Nicolás, por lo que María pidió que la leyera en voz alta, en la que se argumenta: “El muchacho ha mostrado un gran cambio de conducta: de no poder estar quieto a estar atento y quieto, de no terminar trabajos a ser constante, y desarrollar habilidades en la búsqueda de información por internet”, etc. La madre y los hermanos expresaron

confianza en que Nicolás esta logrando cambios, sin embargo el padre se mostró escéptico e incrédulo, por lo que se genera un ambiente de tristeza en los hermanos y la madre expresa llanto. El padre demuestra enojo y atribuye que no esta convencido del cambio porque reprobó 5 materias en el año escolar y como requisito para poder inscribirse al siguiente grado escolar tiene que aprobar 3 materias como mínimo. Se trabajó con el subsistema parental sobre las pautas de relación en la pareja en cuanto al comportamiento de Nicolás, detectándose que cada vez que se recibía un citatorio o una queja por el comportamiento del Nicolás, la madre le comentaba a su esposo y este respondía con enojo e inmediatamente ignoraba y se alejaba de su hijo y de su esposa, al grado de no dirigirles la palabra. Por último, se propició a que generaran métodos de estudio con el fin de lograr aprobar los 5 exámenes extraordinarios como hábitos de estudio, horarios, supervisión etc.

Sesión 8

Asiste toda la familia a la sesión y específicamente se inicia preguntándoles al subsistema fraterno sí han percibido cambios en su familia. Los hijos reportan que se sienten mejor cuando sus papás les ponen atención, que se sienten más seguros y contentos, específicamente Nicolás dice que ahora sí lo quieren porque antes le pegaban y le hacían “caras”, etc. la madre asume que se lleva mejor con sus hijos y el padre atribuye que sí hubo cambios pero se notarían más con números, es decir calificaciones en la boleta. Por último, se aborda al subsistema parental, y en esta ocasión se habló sobre la familia de origen de Noé donde se exploró la relación de él con sus padres y hermanos, por lo que relata que tuvo una relación muy conflictiva con su padre, principalmente expresa que no contó con su apoyo en ningún sentido y que él tuvo que ser autosuficiente desde muy joven. Se enfatizó la influencia de su familia de origen en la actual educación de sus hijos, en donde se destaca la creencia de que sí él pudo salir adelante sin el apoyo de sus padres, sus hijos que tienen el apoyo económico y a su madre, no tienen pretexto para echarle ganas a la escuela, etc. Por último, el equipo les envía un mensaje diciéndoles, que ellos perciben un cambio en la forma de organizarse, ya que se percibe la diferencia entre el equipo de padres y el equipo de hermanos con respecto a la forma de cómo decidieron sentarse y la postura

que han asumido durante la sesión.

Sesión 9

En esta sesión solo asiste María y su hijo Nicolás, comentando que su esposo no pudo llegar por cambios de horario en su trabajo y sus otros dos hijos menores salieron de vacaciones durante 15 días. María tomó la decisión de que Nicolás no se fuera de vacaciones a consecuencia que tenía que estudiar para presentar sus exámenes extraordinarios, reconociendo que en el pasado sí le hubiera permitido ir con tal de que no se sintiera mal su hijo. Por otra parte, se les cuestiona sobre el camino que eligieron para que llegaran a la situación de reprobar materias, argumentando Nicolás que no ponía atención a los maestros porque le caían mal y le faltaban el respeto, y la madre comentó que los maestros influyeron mucho para que su hijo tuviera malas calificaciones. Por lo que se propicia la reflexión sobre en quién recae la responsabilidad del comportamiento y rendimiento escolar. Por último, María explica que Nicolás asiste a clases de regularización y que todos los días están llevando registros de los horarios de estudio y que tienen como meta aprobar todos los exámenes.

Sesión 10

Asisten a la sesión terapéutica solamente María y Nicolás mostrándose muy contentos, por lo que la madre relata que su hijo Nicolás aprobó los 5 exámenes extraordinarios con calificaciones de 6 y 7, y que junto con su esposo tomaron la decisión de inscribirlo a otra secundaria. La madre reportó que no fue una experiencia agradable tanto para ella como para Nicolás en prepararse para que su hijo presentara los exámenes extraordinarios ya que la madre tuvo también conflictos con los mismos maestros que tuvo Nicolás, porque los profesores le decían que era muy difícil que su hijo aprobará, porque les pusieron muchas trabas, les cambiaron los días de horario para los exámenes, les pidieron trabajos extras para poder presentar los exámenes, etc. Posteriormente se realizó un análisis de las pautas de interacción de conflictos entre Nicolás y su madre con los profesores de la escuela, reconociendo que su estilo de comunicación es similar, principalmente su tono de voz es muy alto y “golpeado”,

constituyendo un elemento dominante en su comportamiento problemático. Por otro lado, se les hizo ver que el haber vivido este proceso de prepararse para presentar los exámenes generó un acercamiento emocional y además se visualizó el esfuerzo y constancia que implica el estudiar.

Sesión 11

Asiste la familia Sánchez completa, en un primer momento se aborda el funcionamiento de las reglas y límites en la educación de sus hijos, el padre refiere que “ahora María está más cerca y pendiente de sus hijos”, la madre comenta “mi esposo también ha cambiado, ya no se aleja de nosotros y es menos enojón conmigo” Nicolás dice “mi papá es más enojón pero está más tiempo conmigo” y José y Juan dicen “mi papá juega más con todos, hasta con mi mamá”. Por otra parte, María y Nicolás hacen un análisis detallado del rendimiento escolar del nuevo ciclo escolar que inicia Nicolás y además de cómo evaluaron cada uno de los profesores el bimestre, hablan sobre los trabajos entregados, libros y cuadernos calificados en clase, el cumplimiento del uniforme de educación física, tareas, etc., la madre reporta que ahora se da cuenta de muchas cosas, ya que antes le preguntaba a su hijo “¿qué te dejaron de tarea?” y él respondía “nada” y “yo le creía”, o cuando Nicolás le comentaba que los maestros lo agredían, María respondía “ellos no tienen que agredirte aunque estés de travieso” sin investigar lo que realmente pasaba y que Nicolás asumiera su responsabilidad. Por último, los padres reportaron que Nicolás era buen alumno en la primaria como sus hermanos, pero que desde que entró a la secundaria empezó a tener problemas, por lo que se les cuestionó cómo podrían prevenir el bajo rendimiento escolar y el comportamiento conflictivo en la etapa de la secundaria en sus hijos menores Juan y José.

Sesión 12 (cierre)

En esta sesión asistieron todos los miembros de la familia. Al inicio la madre comentó que ya tenían las calificaciones del primer bimestre de sus hijos y ella en particular estaba orgullosa porque “Nicolás no tuvo ningún reporte de que se portó mal y paso

todas sus materias”; “Juan tuvo mejores calificaciones porque copia todo lo que hace Nicolás y a José como siempre le va bien”. Con respecto al padre, comenta “ pues si ha tenido cambios, ya se porta mejor, trae libros y libretas calificados pero sus calificaciones del bimestre han sido bajas, la mayoría de 7, pero le va a echar más ganas ” En general, se evaluaron los cambios logrados por parte de cada uno y como impactan estos a los demás integrantes de la familia; las emociones que se han generado a partir de estos cambios. Se analizaron las diferencias de la dinámica familiar de antes y después del proceso terapéutico. Se visualizaron las pautas de interacción y las estrategias para mantener los cambios así como también las posibles recaídas de alguno de los miembros de la familia y sus posibles consecuencias y soluciones; por otro lado, se trabajó sobre los cambios que hacen falta en la familia, y por último se analizó la evaluación del proceso terapéutico.

Evaluación Diagnóstica

Esta familia se atendió bajo los lineamientos de los modelos terapéuticos de estructural y Milán; los cuales ayudaron a evaluar e intervenir en la problemática por la que esta familia llegó a solicitar el servicio, a continuación se presentan indicadores de evaluación diagnóstica de los modelos.

El modelo estructural está basado en el principio general de sistemas, por lo que considera a la familia como un sistema conformado por diferentes subsistemas que interactúan como un todo, de tal forma, esta familia esta compuesta de la siguiente manera:

Subsistema Parental: conformado por María y Noe, ambos mostraron una constante dificultad en sus principales funciones como la crianza y educación de los hijos, mostrando un subsistema débil y frágil, por un lado, todas las tareas relacionadas al desempeño escolar y actividades en casa eran encargadas a la madre sin resultados óptimos generando enojo y aislamiento del padre.

Subsistema conyugal. Es un subsistema distante en el que se presenta poca

convivencia cotidiana como pareja, sin embargo se visualiza una preocupación y cuidado mutuo, en general se mostraron muy herméticos principalmente en el área sexual.

Subsistema fraterno. Conformado por tres hermanos, Nicolás, José y Juan. La relación entre los hermanos es conflictiva a excepción entre el hermano mayor Nicolás y el hermano menor Juan. Están en constantes peleas y desacuerdos durante la presencia de la madre, a quién le cuesta trabajo imponer su autoridad. Juan se coloca en la posición de rescatar a su hermano Nicolás ante el constante enojo de sus padres y específicamente el aislamiento del padre comportándose desobediente, disminuyendo levemente su rendimiento escolar, y teniendo más problemas con José.

Jerarquía: el padre es quien asume la posición de jerarca y decide la mayoría de las veces cuando esta presente, sin embargo en su ausencia es la madre quien posee el derecho de tener el mando bajo la influencia de sus hijos, dificultando su efectividad en la crianza.

Límites: Los límites entre los subsistemas son difusos, la dificultad más significativa que se encontró fue que entre María y Noe no establecían límites claros y firmes hacia sus hijos respecto al desempeño escolar, conductas de desobediencia y agresión tanto en la escuela como en casa. Incluso cuando se determinaban reglas o normas por iniciativa del padre éstas no se llevaban a cabo, siendo la madre quien rompía las reglas, ya que ella era la responsable de supervisar que los hijos las cumplieran, sin embargo con el fin de no hacer sentir mal a sus hijos permitía que se rompieran. Al externo de la familia, también existen límites difusos por un lado el nulo contacto del padre hacia la institución escolar y por otro la agresión.

Alianzas. Hay alianzas entre la madre y el hijo Nicolás, ya que evitan dar a conocer el comportamiento inadecuado que presenta en el área escolar, por el constante enojo y aislamiento que manifiesta el padre hacia ellos.

Periferia, el padre se encuentra en la periferia, ya que físicamente esta ausente la mayor parte del tiempo, debido a sus dos empleos que tiene, y emocionalmente está muy distante en primer instancia con su hijo Nicolás y en menor grado con su esposa,

especialmente por el enojo que le causa el comportamiento inadecuado de su hijo mayor. Así como también esta distante en el área escolar, ya que nunca ha asistido a pesar de la insistencia de su esposa para resolver los problemas que presenta Nicolás debido al temor que tiene de comportarse agresivo con los profesores que agraden a su hijo.

Utilizando el modelo de Milán, se puede rescatar que las creencias de María y Noé definen ciertos estilos de crianza y educación que recibieron de sus familias de origen, los cuales contribuyeron a fomentar pautas de relación en la función del área parental como, el dar a sus hijos lo que ellos no recibieron, el que sus hijos autorregulen su comportamiento, el constante temor a sufrir rechazo por parte de sus hijos al intentar disciplinarlos, el sentimiento de culpabilidad ante la idea de lastimar a los hijos estableciendo reglas, al ser considerados malos padres al poner reglas y límites claros hacia el comportamiento de sus hijos, generando en sus hijos comportamientos inadecuados en casa y específicamente en Nicolás conductas problemáticas en el área escolar, por lo que la institución interviene al no percibir soluciones por parte de los padres y solicitan un servicio psicológico para la familia, causando preocupación en cada uno de los integrantes.

La influencia de la familia de origen de cada uno de los padres en la actual educación de sus hijos, es crucial para comprender sus relaciones familiares, por un lado, la madre destaca el uso de la violencia como única forma de impartir límites y disciplina hacia los hijos, lo que explica el constante temor a sufrir rechazo por parte de sus hijos al ejercer control y disciplina dada su experiencia pasada y el sentimiento constante de culpabilidad ante la idea de lastimarlos con el establecimiento de límites firmes, ya que sufrió violencia física de parte de sus tías y rechazo por parte de su padre y hermanos principalmente. Por otro lado, el padre enfatiza una relación muy conflictiva con su propio padre por no haber tenido su apoyo económico, por lo que aprendió a ser autosuficiente desde muy joven, además vive la ausencia de su madre debido a su fallecimiento, de tal forma se destaca la creencia de que sí él pudo salir adelante sin el apoyo de sus padres, sus hijos que tienen el apoyo económico y a su madre, no tienen

pretexto para que sus hijos presenten conductas inadecuadas.

Por otro lado, las creencias de los padres estaban definidas también por estereotipos de género, las cuales les hacían tener expectativas sobre las relaciones parentales esperando lo contrario de lo que habían vivido en sus familias de origen, por ejemplo Noe esperaba que María como mujer asumiera el rol de educadora de los hijos, ya que él asumía como varón la función de ser el proveedor de la familia y la necesidad de dar a sus hijos lo que él no recibió, asimismo, María esperaba que Noe se involucrara más en la crianza de los hijos, específicamente en la toma de decisiones en cuanto al establecimiento y cumplimiento de límites y así lograr más cercanía con ellos y además más expresión de afecto, ya que ella fungía como trabajadora en casa y algunos trabajos extra domésticos.

Siendo así, cada vez que la madre le comunicaba al padre de los reportes de la conducta inadecuada que presentaba Nicolás en la escuela, reaccionaba con enojo y distanciamiento y al percatarse de esto los hijos manifestaban conductas agresivas entre ellos en casa, y el hermano menor constantemente trataba de rescatar a su hermano mayor a través del aumento de conductas inadecuadas en casa y el descenso de su rendimiento escolar.

Por lo tanto, estas pautas de relación establecidas han repercutido en la dificultad de implementar y llevar a cabo la disciplina en sus hijos generando en Nicolás conductas inadecuadas en el área escolar.

Técnicas de intervención utilizadas

En términos generales se emplearon las siguientes técnicas de intervención a lo largo del proceso terapéutico:

- 1 Focalización: Se utilizó esta técnica para trabajar solamente con el holon parental y promover el cambio de la organización familiar desde este subsistema.

- 2 Intensificación: Principalmente se utilizó la técnica para destacar la frecuencia y secuencia con que se produce la interacción familiar disfuncional con respecto a la falta

de establecimiento e incumplimientos de las reglas y límites hacia los hijos.

Repetición de mensaje: La repetición del mensaje influyó sobre la estructura, cuando se les repitió que es esencial que se pongan de acuerdo los padres en cuanto a la disciplina de sus hijos, y sobre contenido, cuando se les alentó a que especificaran los días y horarios de supervisión del cumplimiento de las reglas acordadas.

1 Escenificación: técnica utilizada con la finalidad de observar cómo interactúa el holon parental en cuanto a los acuerdos de la disciplina de sus hijos.

2 Fijación de límites: se utilizó esta técnica de reestructuración para marcar las fronteras entre el holon parental y el holon de los hermanos.

3 Desequilibrio: Se recurrió para modificar la jerarquía indicándoles a los padres, que son ellos quienes deben de poner control y hacer que se cumplan las reglas en casa y en la escuela. Promoviendo un equipo o pareja de padres con la posibilidad de llegar a acuerdos y ponerlos en práctica.

4 El equipo les envía un mensaje diciéndoles, que ellos perciben un cambio en la forma de organizarse, en su estructura, ya que se percibe la diferencia entre el equipo de padres y el equipo de hermanos con respecto a la forma de cómo decidieron sentarse y la postura que han asumido durante la sesión.

Desde la perspectiva de Milán, existen varias formas de introducir información nueva al sistema familiar siendo el cuestionamiento circular una de ellas, en especial con esta familia se utilizó con frecuencia dicho estilo de hacer preguntas:

1 Cuestionamiento circular para la definición del problema. En general se formularon las mismas preguntas a cada uno de los integrantes de la familia, teniendo el cuidado de reestructurar dichas preguntas, de acuerdo a la edad de los hijos. Se cuestionó que pensaban u opinaban con respecto a la problemática que reportaron: comportamiento de desobediencia en casa por parte de los tres hijos, el decir groserías, el pelearse como hermanos y el bajo rendimiento escolar por parte del hijo mayor quién es Nicolás, por

otro lado, se preguntó desde cuándo se presentó dicha situación, cómo se explican que se de el problema, cómo contribuye cada uno para que se de el problema, cómo es la relación entre maestros y Nicolás cuando se da el problema, etc.

2 Cuestionamiento circular para la secuencia de conductas. Se abordó para evidenciar cómo es la interacción familiar y escolar, algunas de las preguntas fueron:

- A toda la familia: ¿ Que pasa cuando mamá / esposa habla así de golpeado en casa? -
A los padres: ¿ Que hacen cada vez que se presenta la angustia?, ¿Cómo afrontan la preocupación y la angustia?, ¿Qué fue lo que hicieron ustedes como padres para que Nicolás lo lograra?, ¿Qué tendrían que hacer para que lleguen a un 9 o 10 de la escala?

A los hijos: ¿Qué hace tu mamá cuando tus hermanos se pelean?, ¿Qué hace papá cuando Nicolás y José se pelean, y qué hace tu mamá?, ¿Siempre reacciona así tu mamá (llorando), cuando hay un problema en casa?, ¿Qué hace mamá y papá cuando no se cumplen algunos de las labores en casa?, ¿Qué van a seguir haciendo para que no tengan castigos?

A Nicolás: ¿Qué es lo que pasa, cuando les contestas a tus profesores de esa manera?, ¿Qué hace tu mamá cuando no cumples sus órdenes?

1 Cuestionamiento circular para clasificar y hacer patentes las diferencias:

- A toda la familia: ¿Quién más de la familia habla golpeado?, ¿A quién crees que le preocupa más esta situación?, ¿Quién se pelea más?.

- A los padres: ¿Qué pasa cuando un niño de 8 años no recibe la disciplina en casa?, ¿Qué pasa cuando tiene 13 y 14 años y está en la secundaria?, ¿ Quién se encarga más de ustedes dos sobre la disciplina de sus hijos?, ¿Quién de ustedes dos evaluó si se cumplían las tareas asignadas

- A los hijos: ¿A quién crees que le cueste más trabajo cumplir las órdenes de tu mamá? ¿A quién crees que le cueste más trabajo cumplir las órdenes de tu papá?, ¿Quién de sus padres superviso que las actividades se cumplieran?, ¿Quién imponía los castigos cuando no cumplían? , ¿ Ven algo diferente en sus padres en cuanto a la imposición de reglas en la casa?, ¿ A quién ven ahora más exigente a mamá o a papá?, ¿Quién cumplió más con sus labores esta semana?

- A la madre: ¿Quién fue el que participó más en la elaboración de la tarea?, de todos los hermanos ¿a quién le pegaban más?

- Al padre: ¿Cómo ve ahora a su esposa que cumple los castigos hacia sus hijos?, ¿A quién cree que se parezca más a Nicolás en cuanto a la dificultad de expresar sus sentimientos?

2 Cuestionamiento circular acerca de las explicaciones, atribuciones de significado (creencias y valores).

- A toda la familia: ¿A que creen que se deba tanta tristeza y preocupación cuando se habla de la situación de Nicolás en la escuela?, ¿Por qué creen que se le dificulte a Nicolás expresar sus sentimientos a mamá?

- A los padres:¿A que creen que se deba que no tienen la capacidad de poner límites a sus hijos?, ¿A que creen que se deba que no se lleven a cabo los límites?, ¿Ahora con los cambios se sienten más satisfechos o eficientes como padres?, ¿Que comportamientos creen que deba hacer Nicolás para que se adapte en el área escolar?

- A la madre: ¿al enojarse con los maestros, cree usted que los protege? ¿de qué cree que los esta protegiendo? ¿usted cree que la sobreprotección protege a sus hijos?, ¿Cómo ha influido esta experiencia dolorosa en la educación de sus hijos?

- Al padre: ¿Cómo podría explicarse que ahora le pasa lo mismo a su hijo Nicolás? (en cuanto a la expresión de sentimientos).

- A los hijos: ¿Por qué creen que obedecen más a papá que a mamá?, ¿Creen que para su mamá sea difícil que no la obedezcan?, ¿Qué crees que se le hacía más fácil / difícil a tu papá a tu edad?,

- A Nicolás: ¿A que crees que se deba que solamente a algunos maestros les contestes de una forma golpeada?, ¿Qué piensas cuando los maestros te ignoran?

3 Cuestionamiento circular para la secuencia de interacción a futuro

- Ambos padres: ¿Qué planes tienen como padres para el futuro de sus hijos?, ¿Cómo les gustaría que fuera el futuro de sus hijos?, ¿cómo les gustaría que funcionara el establecimiento de límites? ¿qué tendría que hacer cada uno?

- Al padre: ¿cómo le gustaría que su esposa pusiera los límites? ¿qué esperaría de ella

para que se cumplieran?

- A la madre: ¿Qué va a pasar con el futuro de sus hijos si no cumplen las reglas?

- A los hijos: ¿qué opinan sobre los planes a futuro que tienen sus padres?

4 Reencuadres. Técnica utilizada con frecuencia, específicamente los relacionados con los mensajes tendientes a redefinir la conducta problemática de Nicolás, la falta de acuerdos entre los padres y conectar significados y creencias de ambos padres, con la finalidad de establecer disciplina hacia los hijos, algunos ejemplos son:

- Se enfatizó que el hecho de poner límites y castigos, no implica que lastimen a sus hijos o sean malos padres al contrario les dan protección, estructura y contención.

- Al abordar ciertas creencias del padre con relación a la educación de sus hijos, la terapeuta introdujo la idea de que para lograr la autosuficiencia en sus propios hijos es necesario que los padres estén pendientes de los deberes y responsabilidades de sus hijos con la finalidad de que puedan cumplirlas adecuadamente.

- Un reencuadre por parte del equipo fue: “a veces los niños no asumen reglas al 100% porque no ven cosas a futuro. Los niños no piensan de esa forma, no planean a futuro, no hay niño que haga todo automático cien por ciento eficaz”. Por lo tanto los niños y adolescentes necesitan de adultos para guiar su camino.

- Otra intervención que introdujo a la familia en una perspectiva sistémica de sus interrelaciones, fue el hecho de que se le haya indicado a los padres que ...poner un castigo y ejercerlo les es difícil porque no quieren ponerles algo que lastime a los niños, podemos poner un castigo que no lastime a los niños... [] ... un castigo para que sea efectivo no tiene que ser duro para los hijos, la efectividad de un castigo no radica en quitarlo sino en ser firme... pone de manifiesto la importancia de la función de los padres en el comportamiento de los hijos.

1 Se introdujo cierta información que se estructuró en algunas partes del cuestionamiento durante la sesión, cuando se le hace saber a María que es evidente el

miedo en ella en cuanto diferenciar entre educar y golpear a sus hijos lo que a su vez le ha provocado cierta confusión. Sobre esa misma línea se planteó dos extremos que pueden tocarse; por un lado, el establecimiento de la disciplina a través de los golpes y por otro el no cumplimiento de las reglas y normas hacia sus hijos, a lo que la paciente concluyó que lo más óptimo era un justo medio.

Cambios identificados

Se observa una respuesta favorable de todos los miembros del sistema familiar ante el establecimiento de reglas y su puesta en marcha.

- 2 El mejoramiento del rendimiento escolar y el comportamiento de Nicolás.
- 3 La valoración favorable del subsistema parental y el de los hijos en tanto la utilidad de las reglas y su cumplimiento.
- 4 Los padres se sienten más competentes porque ahora sí han cumplido los castigos y se dan cuenta de que el afecto no está en juego en la imposición de castigos ante el no cumplimiento de dichas reglas.
- 5 Los hijos comentan que se sienten más seguros con los cambios de sus padres.
- 6 La respuesta favorable de todos los miembros del sistema familiar ante el establecimiento de reglas y su puesta en marcha.
- 7 Lograr acuerdos y cercanía entre el subsistema parental en cuanto a la crianza y educación de sus hijos.

Observaciones del trabajo terapéutico

En general, el trabajo del equipo terapéutico del sistema total estuvo caracterizado por compromiso, participación, motivación, cooperación, retroalimentación e interés, por lo tanto mencionare algunos aspectos relevantes de las observaciones realizadas por los diferentes subsistemas:

Familia: En forma global los padres comentan que ha sido de gran utilidad haber acudido a un servicio psicológico a pesar de que no fue por iniciativa propia, ya que han identificado logros y habilidades que adquirieron a través del apoyo de todo el equipo. Utilizando una escala de 0 a 10 lograron evaluar el proceso terapéutico, el señor Noe percibió que llegaron con un 0 y se van con un 8 porque identifica cambios principalmente en su esposa para poner y cumplir reglas y establecer la disciplina en sus hijos, en Nicolás que no reprobó ninguna materia y no tuvo ningún citatorio de mal comportamiento en la escuela y además siente que hay mas cercanía por parte de él hacia con su esposa e hijos y resuelve los problemas de diferente manera, se comunica más con su familia aunque se sienta enojado. La señora María asignó un 4 antes de recibir el apoyo y después de este un 8, reportando que hay más cariño en su familia y más responsabilidad en la escuela y casa por parte de sus hijos principalmente por Nicolás, más comunicación con su esposo, y además como mamá se siente con más autoridad sin demostrar debilidad al disciplinar a sus hijos.

En cuanto al subsistema fraterno, Nicolás percibe 1 antes y 8 después del tratamiento diciendo "mi mamá me pone más atención y mi papá es más enojón pero esta más tiempo conmigo.... y yo me siento mejor en la escuela; Juan menciona un 2 antes y un 8 después "mis papás me compran más cosas y juego más con José; y José atribuye un 9 antes y 10 después "todo esta mejor".

Por último, con lo que no estuvieron de acuerdo o no les gusto del proceso terapéutico fue que las sesiones fueran cada 15 días e incluso en dos ocasiones se les dio la cita después de un mes por período vacacional.

Terapeuta: Como terapeuta considero que mi actitud fue de compromiso, interés, empatía y cercanía con cada uno de los miembros de la familia, logrando un ambiente de colaboración, de enganche y alianza terapéutica, así como también manifesté una postura de recepción activa ante la retroalimentación de la supervisora y equipo terapéutico de mi desempeño terapéutico. Con esta experiencia clínica logre detectar y confirmar mi estilo propio como terapeuta familiar considerándome hábil en asumir una

posición directiva y creativa en el proceso terapéutico.

Supervisora: La aportación teórica y su experiencia clínica fue elemental para conducir el proceso terapéutico y el fortalecer mis habilidades y recursos como terapeuta. Como promotora del aprendizaje fue muy hábil en propiciar el interés por el conocimiento y la aplicación de los modelos terapéuticos, así como también la participación y reflexión por parte del equipo.

Equipo terapéutico: El equipo se mostró muy participativo e interesado en la problemática de la familia, sus diversos comentarios y mensajes fueron muy valiosos para lograr introducir a la familia en una perspectiva sistémica de sus interrelaciones retomando elementos del sistema de creencias y significados que permitieron asumir ciertas responsabilidades sobre todo en el subsistema parental. Por otro lado, estuvieron muy atentos del plano afectivo que se desarrollaba durante el proceso.

Institución escolar: Es importante señalar que los profesores, la psicóloga y la orientadora de la escuela detectaron dificultades en el comportamiento de Nicolás por tal motivo solicitaron a la familia la atención de servicio psicológico como requisito para que Nicolás siguiera asistiendo a la institución. Los reportes escritos enviados por la psicóloga escolar estuvieron presentes durante el proceso terapéutico, funcionando como una perspectiva o mirada más sobre la conducta inadecuada del menor, así como también los cambios percibidos.

Discusión teórica-metodológica de la intervención

Minuchin (1999) sostiene que la familia es el núcleo principal de nuestra sociedad, que realiza funciones como: reproducción de la especie, la crianza, la socialización de los hijos, la satisfacción de las necesidades básicas; y en la medida de que exista un buen funcionamiento en la pareja parental, esto repercutirá en cada uno de sus miembros favoreciendo así su integración a las diferentes instituciones de la sociedad; como la escuela y el trabajo. Considerando esta idea, parte de las intervenciones se centraron

en propiciar una jerarquía con un subsistema parental fuerte, la existencia de marcar límites claros y firmes hacia sus hijos, y reacciones adaptativas a los requerimientos de cambio de desarrollo como el ciclo vital y factores ambientales con la finalidad de transformar las pautas transaccionales disfuncionales del sistema.

El holon parental tenía dificultades para llegar a acuerdos en cuanto a la educación de los hijos y además eran incapaces de ejercer su autoridad para el establecimiento y seguimiento de normas y reglas del comportamiento de los menores, de tal forma que los padres reportaban que ya habían perdido el control y se sentían preocupados y desesperados, específicamente Noe consideraba que sus hijos estaban por encima de ellos. Por lo tanto, la asignación de tareas orientadas fue un elemento importante para que los padres asumieran una jerarquía y modificaran conductas cotidianas, por ejemplo el que la madre y padre se mantuviera como equipo a través del apoyo y comunicación mutua, el que Noe afrontará las situaciones problemáticas aunque con enojo pero sin alejamiento y aislamiento y María mostrar una postura de autoridad a través de su lenguaje analógico y digital, incidiendo en la organización familiar con una jerarquía en la que los padres estén en una posición superior, sin olvidarse lo importante que es el involucramiento afectivo.

Minuchin sostiene que el funcionamiento familiar es adecuado cuando los límites de los subsistemas son claros y están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera; así como también deben especificarse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones logrando proteger la diferenciación del sistema. Uno de los cambios que se logró con esta familia fue precisamente señalar nuevas posibilidades de reestructuración en cuanto al establecimiento y cumplimiento de límites a través de tareas asignadas para los padres e hijos con la ayuda de registros escritos.

Otra perspectiva desde el modelo de Minuchin es que la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian, la familia debe responder a cambios internos y externos, y por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo

tal que le permita encarar nuevas circunstancias. Considerando esta aportación, la familia Sánchez estaba pasando por cambios, por un lado el inicio de la adolescencia y una nueva etapa escolar de Nicolás, por otra parte la ausencia constante del padre en casa por cuestiones laborales y el estrés de la madre por asumir el mando.

En este sentido, los padres reportaron que Nicolás era buen alumno en la primaria como sus hermanos, pero que desde que entró a la secundaria empezó a tener problemas, por lo que las intervenciones se enfocaron a promover reacciones adaptativas tanto del subsistema parental como fraterno y visualizar las pautas transaccionales funcionales que tendrán que adoptar con Juan y José cuando ingresen a la etapa del grado escolar de secundaria. Por lo tanto, corroborando con la ideología de Minuchin se afirma que el subsistema parental debe modificarse constantemente en la medida que crecen los hijos, introduciendo nuevos patrones conductuales por la adaptación a las nuevas exigencias del ciclo evolutivo.

Considerando el modelo de Milán, en general nuestro trabajo terapéutico durante las sesiones constaron de 5 fases: Presesión, sesión, intersesión, prescripción de la tarea y postsesión, las cuales posibilitaron evaluar el desarrollo del proceso, discutir acerca de las intervenciones empleadas, analizar las reacciones de la familia y terapeuta, asignar tareas o mensajes y plantear para la próxima sesión intervenciones y aspectos que faltaban por investigar.

De acuerdo a Selvini Palazzoli, et al., (1998), el juego familiar es el mecanismo conformado a lo largo de la historia de la familia y las familias de origen, mediante el cual regula su funcionamiento, constituido por las creencias, reglas, valores y rutinas que definen las relaciones de sus miembros. Retomando esta ideología pudimos contar con un panorama general del sistema de creencias, rutinas y reglas en que se inscribían las dificultades que presentaba la familia Sánchez, a través de la exploración de la familia de origen de Noe y María y así encontrar significados que atribuían a la forma en que se relacionaban con sus hijos y la educación que les proporcionaban. En este sentido, se identificaron pautas de interacción en los momentos que los padres

aseguraban que el ser buenos padres es dar a sus hijos lo que ellos no recibieron como hijos, por lo que sí sus hijos no aprovechaban lo que les daban fracasaban como padres, el establecer límites y reglas por parte de María significaba hacer daño a sus hijos, lo cual puede estar relacionado con la educación que recibió de sus tíos, el que Noe esperaba que sus hijos autorregularan su comportamiento, ya que él aprendió a ser autosuficiente desde su infancia sin el apoyo de sus padres. Por otro lado, María y Noe tenían creencias definidas por estereotipos de género conllevando a mantener expectativas sobre las relaciones parentales esperando uno del otro lo contrario de lo que habían vivido en sus familias de origen.

Por lo tanto, retomando un principio teórico de Milán, el cual dice que para que haya cambios de conductas, las familias deben ver sus problemas de una manera diferente, se corrobora al haber trabajado con intervenciones de reencuadres y connotación positiva tendientes a redefinir la conducta problemática de Nicolás, la falta de acuerdos entre los padres, las creencias adoptadas, con la finalidad de establecer disciplina hacia sus hijos.

Así como también, este modelo fue de gran utilidad para comprender y completar el conocimiento del ciclo o patrón de las interacciones de la familia Sánchez a través del cuestionamiento circular, logrando con las preguntas evidenciar la naturaleza circular de sus problemas y así hacer visible para los miembros de la familia la interdependencia de sus conductas desapareciendo sus perspectivas lineales y limitadas. por ejemplo: cuando se determinan que la forma de dirigirse hacia los demás por parte de Nicolás (hablar golpeado) constituye un elemento dominante en su comportamiento problemático, y cuando se realiza la pregunta ¿Quién más de la familia habla golpeado?, donde inmediatamente la madre se reconoce con un estilo similar y en sesiones posteriores también el padre se asume con una comunicación parecida, por lo que se brinda la oportunidad a la familia de percibir que no sólo Nicolás utiliza un estilo singular para dirigirse a los demás.

CASO 2: Raúl García

Paciente: Raúl García.

Supervisora: Dra. María Blanca Moctezuma

No de sesiones: 11 sesiones asistidas

Periodo: Del 18 de abril del 2002 al 27 de marzo de 2003

Supervisión directa de los modelos: Terapias Breves orientada a problemas y a soluciones.

Datos de Identificación

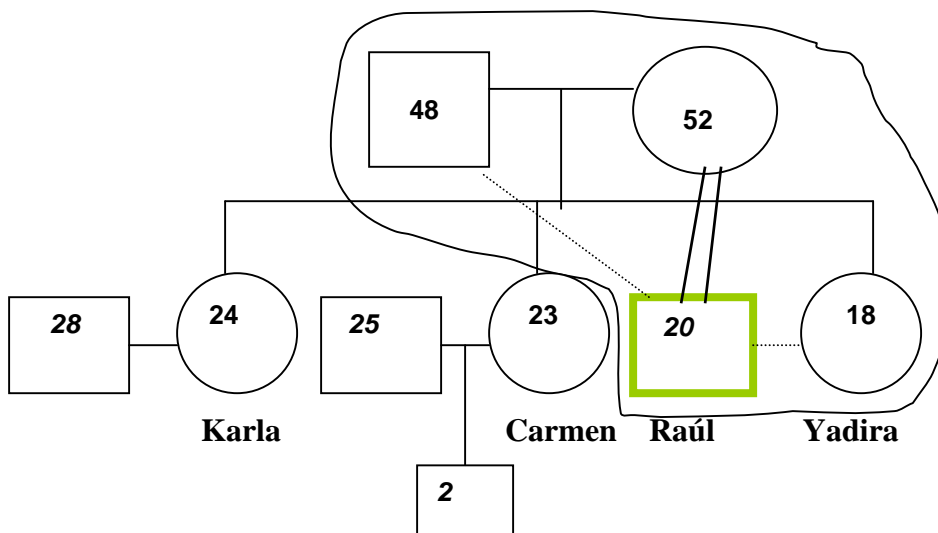
Nombre: Raúl: 20 años

Ocupación: Estudiante de arquitectura

Lugar de residencia; Sur, D. F.

*Por razones de confidencialidad se modificaron los nombres de identidad de la familia**

Familiograma



Encuadre

Se estableció el encuadre al comentarle a Raúl sobre la confidencialidad, la videograbación de las sesiones, la pausa sobre el trabajo del equipo terapéutico tras el espejo unidireccional y sus funciones, así como también la frecuencia, duración, costo de las sesiones y la importancia de la asistencia y puntualidad.

Motivo de Consulta

El paciente refiere que tiene “problemas de inseguridad en cuanto a la toma de decisiones”, las cuales repercuten principalmente en su desempeño académico, por lo cual ya reprobó el tercer semestre.

Intentos de Solución

Los intentos de solución por parte Raúl se han enfocado en lo siguiente:

- Revisar literatura para obtener ideas de cómo realizar sus proyectos.
- Dedicarle mucho más tiempo a los trabajos que se le dificultan, pero al ver que no avanza se desespera, ya que sus compañeros no tienen este problema porque ellos hacen lo que se les ocurra aunque no esté bien.
- Dejar de ayudar en los quehaceres de su casa, dejar de salir con su novia, con sus amigos y con sus padres, con la finalidad de tener más tiempo para hacer sus trabajos escolares.
- Pensar en hacer un excelente proyecto, deteniéndose en cada detalle con la intención de sacar una buena calificación, sin embargo no termina ni entrega los trabajos.
- Auto presionarse y auto exigirse, buscando ideas perfectas para realizar el trabajo, además trata de distraerse (viendo televisión, escuchando música, etc.) cuando siente que no encuentra lo que quiere con el objetivo de despejarse, por lo que le queda poco tiempo para poner en práctica dicha idea, repitiendo el mismo patrón de auto presionarse.

Objetivos Mínimos que Demanda el Paciente

Durante la entrevista, se abordó la etapa de la definición de los cambios deseados por el paciente, con la finalidad de que quedaran claros los objetivos y organizar el camino de la terapia y así conocer si ha tenido éxito o no el proceso, por lo que Raúl refiere: “espero tener mejor rendimiento en el área escolar, principalmente en la materia de diseño y así evitar reprobado nuevamente el semestre”.

Hipótesis que Guió la Terapia

Rubén se siente muy presionado cada vez que enfrenta dificultades para tomar decisiones en cuanto a sus actividades escolares (anteproyectos) de tal forma que pospone o posterga todos aquellos eventos que le presionan y esto hace que se sienta aún más presionado al grado que los intentos de solución mantienen la pauta de interacción.

Objetivos Terapéuticos

- Cambiar los patrones repetitivos de intentos de solución fallidos que le impiden a Raúl desempeñarse adecuadamente en el área escolar.
- Incidir satisfactoriamente en el rendimiento escolar, con la finalidad de que apruebe el tercer semestre de su carrera de arquitectura.
- Generar habilidades de estudio como la planeación, la organización, y distribución del tiempo que posibiliten la terminación y entregas de trabajo para la materia de diseño.
- Propiciar la toma de decisiones
- Concientizar la importancia de fortalecer las diferentes áreas de su vida
- Afrontar las emociones de desesperación, miedo, angustia, etc.

Descripciones de las sesiones

Sesión 1

Llegó a la sesión Raúl de 20 años, soltero, estudiante de tercer semestre de arquitectura. Fue puntual al llegar a la cita. El motivo de consulta fue el siguiente: “Problemas de inseguridad en cuanto a la toma de decisiones y que han repercutido en el área escolar al grado de reprobado el tercer semestre”. El paciente reporta que desde la secundaria empezó a darse cuenta de su dificultad para tomar decisiones, por ejemplo, al comprar discos, ropa, etc. En esta etapa de su vida, tuvo novia y su noviazgo duro 6 años. Se empezó a aislar de sus amigos y continua así hasta la

actualidad. Con respecto al área familiar, el paciente reporta que no tiene confianza en sus padres y hermanas y además que no hay comunicación entre ellos. Raúl señaló que sus padres siempre han estado distantes y en ese sentido él cree que nunca ha habido una buena comunicación en casa, aunque reconoció que con quien habla más es con su mamá. Al final de la sesión se le dejó que analizara que ha pasado con las materias en las que ha reprobado, es decir, en las que ha tenido dificultad para tomar decisiones de los trabajos que no entregaba a tiempo, para esclarecer como se organiza y cuales son sus hábitos, ya que al parecer la solución que instrumenta es la que esta manteniendo el problema ya que al postergar los eventos importantes solo lo lleva a experimentar dificultades.

Sesión 2

Al inicio de la sesión se aborda la tarea pendiente (reflexionar sobre su toma de decisiones y sobre sus hábitos de organización). Raúl expone que siempre piensa en realizar un buen trabajo pero que le da miedo no poder hacerlo porque en un inicio va bien pero al final no lo logra; también se ha dado cuenta que cuando tiene que hacer algo lo evade distrayéndose con cualquier cosa (saliéndose, prendiendo el televisor, comiendo algo, arreglando su cuarto, etc.) y esto lo desespera. Se explora respecto a cómo ha tratado de solucionarlo y él comenta que revisando libros para darse una idea para sus proyectos, lo cual no le ha servido; también ha intentado dedicarle mucho más tiempo pero al ver que no avanza se desespera, ya que sus compañeros no tienen este problema porque ellos hacen lo que se les ocurra aunque no esté bien. A pesar de que en ocasiones logra entregar sus avances, éstos son incompletos o están mal, lo que lo lleva a sentir remordimientos; cuando ha trabajado en equipo le pasa lo mismo. Por lo que considera que es su forma de trabajo la que lo está afectando, ha dejado de hacer otras cosas para dedicarle todo su tiempo a la escuela, ya no ayuda con los quehaceres de su casa y dejó de salir con su novia, con sus amigos y con sus padres; así que considera que esta situación constituye un problema que lo afecta sólo a él, ya que se siente deprimido y triste al ver que no hace ni una cosa ni la otra. También, se ha preguntado sobre lo que va a ser de él en el futuro y se siente desmotivado al ver que deja de hacer muchas cosas y no logra nada, a diferencia de cuando le iba bien y

sentía que valía la pena. Raúl considera que su forma de trabajo (a veces siente que trabaja lento) y el hecho de distraerse es lo que está manteniendo esta situación, siente que se presiona mucho al pensar siempre en hacer un buen proyecto (comenta que en una ocasión una maestra le dijo que tenía ideas perfeccionistas y que tuviera en cuenta que los grandes genios no siempre partían de una idea brillante sino de lo que se les venía a la mente); por lo tanto, piensa que tendría que dejar de presionarse no dándole tanta importancia. Después de una pausa para consultar con el equipo terapéutico, se concluye que sería necesario explorar a qué se refiere Raúl con hacer su trabajo lento, en comparación con lo que sucede con sus compañeros.

Sesión 3

Al inicio de la sesión se revisó la tarea, la cual consistió en estudiar solamente 3 horas diarias y ocupar el resto del tiempo en sus demás actividades. La primera semana no llevó acabo la tarea al pie de la letra porque no tenía mucha tarea y la poca que tenía la realizó. En la segunda semana usó más de 3 horas, ya que, algunos días por la mañana tenía que visitar algunos terrenos para realizar la tarea, por ejemplo un sábado estuvo de 8 a.m. a 2 p.m.. En las semanas posteriores tampoco utilizó 3 horas diarias, sin embargo un trabajo que tenía pendiente sí lo acabo y lo entregó a tiempo. Por otro lado, Raúl menciona que el problema sigue enfocado en la materia de diseño, ya que, no se siente capaz para hacer diseños y no se puede concentrar, se presiona y le cuesta trabajo tomar decisiones, y en las demás materias como geometría y construcción se puede concentrar hasta 3 horas y no hay problema. Por lo tanto, se realizó una lista de las habilidades que se necesitan para cada materia: por lo que se concluyó que en las materias de geometría y construcción, entre otras se requieren habilidades de trazo, cortar y medir figuras, capacidad de abstracción, planeación etc. y específicamente en la materia de diseño se requieren dos etapas, la primera es la investigación teórica y la segunda es la capacidad de decidir donde va cada figura y principalmente la capacidad de coordinar y administrar el tiempo, ya que es un trabajo de varios meses en comparación con las demás materias.

Sesión 4

En esta sesión Raúl reportó que realizó tres maquetas para la materia de diseño y que tuvo dificultades para decidir cual de ellas era la mejor para entregar, ya que, se detenía en los mínimos detalles para corregirlos, lo cual ocupó mucho tiempo y se le dificultaba aún más terminar una maqueta; sin embargo a pesar de esta situación entregó el trabajo oportunamente y obtuvo una calificación aprobatoria, aunque él esperaba una mejor calificación. Posteriormente se hizo la revisión de la tarea de la sesión pasada, Raúl comentó que de los 4 días que tenía que dedicarle tiempo a los trabajos de la materia de diseño, sólo lo hizo el martes y el jueves utilizando las 5 horas correspondientes. Por otro lado, se revisaron los cambios que Raúl observaba antes y después de la terapia: uno de ellos es que se dio cuenta de que sí sólo le dedicaba un solo día a la materia de diseño era muy difícil terminar el trabajo además de que es muy cansado e imposible trabajar 12 horas continuas, por lo que reporta que es muy importante organizar el tiempo y darle prioridad a los trabajos que más se le dificultan, otro es que ha aprendido a no detenerse en los errores o detalles en las demás materias y que va muy bien en estas. Por último se amplificaron los cambios que había logrado hasta el momento, como el entregar las pre-entregas y los trabajos finales enfatizando que es el inicio para continuar con los cambios, además de que el equipo de terapeutas lo felicitó por haber entregado sus trabajos de la materia de diseño. La tarea que se le dejó fue auto-observar sus habilidades que tiene para realizar los trabajos de la materia de diseño y así como también sobre los cambios que ha hecho.

Sesión 5

Al inicio de la sesión Raúl reportó que sigue teniendo problemas en la materia de diseño, sin embargo en las demás materias ha mejorado mucho al administrar mejor su tiempo y al no detenerse en los errores o detalles que pueden surgir al realizar las tareas. Se hizo la revisión de la tarea de la sesión pasada, lo cual reportó que tiene habilidades para realizar maquetas y además le gusta hacerlas. Por otro lado comentó que para él es bonita la carrera de arquitectura pero siente que no está motivado porque algunas cosas del área no le gustan y le cuesta trabajo por ejemplo: cuando le

avisan de una tarea de la materia de diseño al principio tiene la idea y siente que va a poder hacerla pero después le cuesta trabajo decidir y se desespera, y siente flojera cansancio, sueño, desánimo, y miedo. Por lo que se le dice que en todas las carreras hay dificultades en algunas materias y además hay algunas materias que te gustan y otras no. Y quizás específicamente en la materia de diseño ha tenido experiencias malas y se ha retroalimentado la idea de que no le gusta diseño o que es muy difícil para él por lo que es muy importante que continúe entregando tus tareas.

Sesión 6

La terapeuta inicio con la revisión de la reflexión que se le dejo la sesión pasada, por lo que Raúl comento que sí tiene la capacidad para seguir con la carrera de arquitectura aunque le cueste más trabajo que a otros compañeros. Además refirió que actualmente no tiene problemas económicos para continuar con su carrera, ya que, sus padres lo apoyan, sin embargo mencionó que le cuesta mucho trabajo seguir adelante y no se siente motivado con la materia de diseño porque quizás no tiene la disciplina de estudio y no es constante en dicha materia a diferencia de las demás asignaturas. También mencionó que en el futuro no se imagina ejercer la profesión pero tampoco se imagina a que se dedicará y que quizás le gustaría estudiar música, porque en su estancia en el bachillerato tuvo la oportunidad de tocar algunos instrumentos musicales y le agrado mucho, aunque no esta totalmente convencido de ejercer esta carrera; otra situación que le agrada es estudiar sobre animales pero tampoco esta convencido. Raúl reporta que no esta a gusto con la carera que esta estudiando pero al preguntarle la terapeuta que sí estuviera estudiando alguna de las otras carreras piensa que estaría totalmente satisfecho con lo cual contesto que tampoco estaría satisfecho con otra carrera. Por otro lado, se abordaron las habilidades que tiene para trabajar en equipo y además la experiencia de haber trabajado con sus compañeros. Y por ultimo al reflexionar sobre las cosas que tendría que hacer para vencer las dificultades que se le presentan en la materia de diseño Raúl comentó: seguir con las 5 horas de estudio, continuar avanzando con las tareas en la escuela, empezar y terminar la tarea sin enfocarse en los detalles o errores mínimos, cumplir con las pre-entregas y enfocarse más en sus habilidades.

Sesión 7

Raúl reportó que ha estado trabajando con sus compañeros sobre la entrega final de su proyecto de la materia de diseño y que se han quedado desde el viernes en la escuela y no han ido para nada a su casa, por lo cual no ha dormido y se observa a Raúl muy cansado y agotado. Raúl expresó que se siente libre de presión por haber entregado el trabajo final del semestre. Posteriormente se revisó la tarea sobre las cosas que tiene que hacer para vencer la problemática como dedicarle tiempo a las tareas, avanzar con las tareas en la escuela, terminar con los trabajos sin detenerse en los errores mínimos, realizar las pre-entregas, etc. En esta sesión se enfatizó que Raúl tiene la capacidad de iniciar y terminar trabajos escolares, sin embargo sólo se le ha dificultado en la materia de diseño, por lo que la terapeuta le preguntó que tendría que pasar para que termine y entregue los trabajos de la materia de diseño?, y Raúl concluyó poner un límite de tiempo para terminar el trabajo ya que al trabajar con equipo se dio cuenta de que no se detenían en los errores. Así mismo se analizaron las diferencias de trabajar en equipo o individualmente. Al trabajar Raúl en equipo se dio cuenta que sus compañeros no se detenían en los errores que tenían al estar realizando el trabajo y que una vez terminado trataban de corregirlos, lo cual implicaba entregar todos los trabajos, además se dio cuenta que administraron mejor el tiempo, ya que cuando él trabaja individualmente quiere dedicarle 8 o 10 horas seguidas durante la madrugada dedicándole más tiempo a los errores lo cual es muy cansado y se desespera fácilmente y abandona el trabajo de tal forma que no lo entrega. Otra diferencia que notó es que se siente más presionado y obligado a trabajar con el equipo porque sino termina las consecuencias serían no sólo para él sino también para sus compañeros.

Sesión 8

En esta sesión Raúl reportó que ya terminó el semestre y que le fue bien porque aprobó todas las materias, principalmente la de diseño, por lo tanto la terapeuta le preguntó ¿Qué tendría que pasar para que continúe aprobando los próximos semestres de su carrera? Raúl contestó que tenía que llevar a cabo todas las pre-entregas para que haya una retroalimentación de su trabajo por parte de los maestros, no darle importancia a los errores o detalles mínimos, darle prioridad a las materias que lo

necesitan, trabajar en equipo, dedicarle el tiempo necesario a una materia y no descuidar las otras; así mismo se realizó un análisis de la dificultad en la materia de diseño antes y durante la terapia, por lo que Raúl mencionó que se dio cuenta que antes iba de lo particular a lo general, ya que trataba de ajustar los errores o detalles y esto le imposibilitaba terminar y entregar la tarea, pero ahora va de lo general a lo particular y al final trata de reparar los errores o detalles pero de alguna forma ya está terminado el trabajo. Ahora se da cuenta de la importancia de administrar el tiempo para las materias y propone realizar una lista de las tareas pendientes y cuánto tiempo les va a dedicar. Por otro lado Raúl comentó que en las materias donde sintió más presión obtuvo mejor calificación y en las materias en donde los maestros no iban regularmente a clases o al final dejaron un trabajo sencillo, se confió y dejó hasta el final esos trabajos y no le fue bien, por lo que se dio cuenta que bajo presión trabaja mejor. Al final de la sesión se le dijo que el equipo lo felicita por su esfuerzo por aprobar el semestre y por las habilidades y herramientas que utilizó, ya que estos cambios que ha logrado le van a servir para el futuro. También se le preguntó que tendría que hacer si existiera una dificultad en los próximos semestres, por ejemplo no entregar una pre-entrega, por lo que él contestó que prepararía la siguiente preentrega y continuaría con los trabajos y se le dijo que tenía que estar preparado para las dificultades que podrían ocurrir y no dejarse caer y pensar en metas pequeñas y cumplirlas. Se le dio cita dentro de dos meses. Al final Raúl comentó que había solicitado apoyo para trabajar el área escolar, personal y familiar, por lo que se le comentó que todas las áreas están relacionadas y que estos cambios que había logrado iban a repercutir en las demás áreas de su vida, y que dentro de dos meses se iban a evaluar estos cambios.

Sesión 9

En esta sesión se retoma el impacto que han tenido los cambios en el área escolar en las otras áreas de la vida de Raúl como la familiar y personal, por lo que atribuye que se siente más tranquilo porque disfruta la compañía de otras personas y las salidas con sus familiares sin estar pensando en tareas, pendientes escolares o temores con respecto a que no va a acabar o que le vayan a salir mal las maquetas o trabajos, y

además esta pensando en inscribirse a un gimnasio. Se le pide a Raúl que realice un esquema de pastel y que distribuya el tiempo en porcentajes que le dedica a las diferentes áreas de su vida y concluye: 12.5 % familiar, 12.5% personal, 12.5 amigos, 12.5 recreativa y 50% área escolar. Más adelante, Raúl menciona que no se siente motivado para continuar con la carrera, por lo que ha pensado en estudiar odontología como alternativa, porque en Arquitectura le dicen que no va a encontrar trabajo, lo que no sucede con odontología pues cuenta con el apoyo de sus tíos que tienen un consultorio, lo pueden ayudar y orientar como lo hacen con sus hijos, afirma “va hacer más fácil conseguir trabajo”. Al preguntarle por las ventajas y desventajas no tiene muy claro cuales serían, Por lo que se le pide que piense cuales serían las ventajas y desventajas en el futuro de dejar la carrera de Arquitectura y por otra parte analizar las ventajas y desventajas de permanecer y terminar la profesión que actualmente esta cursando.

Sesión 10

Raúl llega puntual a la cita e inicialmente se aborda la tarea pendiente, concluyendo que ya tomó una decisión: continuar con su profesión actual, aunque le cueste trabajo, ya que solamente le falta la mitad y cuando acabe va a cursar la carrera de odontología, porque siente que el tener familiares odontólogos (tíos) le van a facilitar las cosas y le van a conseguir trabajo, además observa que sus primos han aprendido del trabajo de sus padres porque les enseñan y los apoyan. Otra situación que le ayudó a tomar la decisión es el pensar que no estaba seguro que realmente le gustara la profesión de odontología. Otra aspecto que comentó es que no entregó su trabajo como el quisiera (trabajo final de diseño), sin embargo no hubo problemas con las preentregas. Relata que en este semestre tuvo la oportunidad de trabajar en dos equipos de trabajo uno de amigos y otro de compañeros, donde la experiencia fue diferente, en un grupo se comprometen, se organizan para trabajar y obtener una calificación, el otro grupo solo realiza el trabajo para tener una calificación. Una situación que le incomoda y molesta con esta experiencia es el hecho de que al trabajar en equipo sus compañeros o amigos no llegan temprano o no asisten a las reuniones de trabajo, no son responsables. Después de una pausa con el equipo terapéutico, se le comenta a Raúl

que cuando se trabaja en equipo es importante respetar los tiempos de los demás y los acuerdos y al mismo tiempo se le pregunta ¿qué es lo que vas hacer?, ¿qué es ahora diferente de antes al trabajar en equipo?, ¿qué es diferente ahora en el área académica?, ¿qué has hecho para avanzar?. A lo que responde que el trabajo lo hace por hacerlo, que le falta motivación, sin embargo entrega el trabajo. Reafirma que no se siente motivado para hacer las tareas de diseño. Por lo tanto, se le hace ver que es curioso que ahora que él considera que no está motivado entrega los trabajos y aprueba el semestre y cuando él consideraba que estaba motivado no entregaba los trabajos a tiempo y debía materias, incluso reprobó un semestre.

Sesión 11: Cierre

En esta sesión se realizó una evaluación de los cambios logrados y los objetivos alcanzados y cómo estos impactan en las diferentes áreas de su vida, se abordaron las emociones que se han generado a partir de estos cambios. Se analizaron las diferencias de la dinámica escolar, familiar e interpersonal de antes y después del proceso terapéutico. Se visualizaron las estrategias y habilidades que adquirió y lograr mantener los cambios así como también las posibles recaídas y sus consecuencias y soluciones, y por último se analizó la evaluación del proceso terapéutico.

Evaluación Diagnóstica

Algunos indicadores de evaluación diagnóstica que ayudaron a comprender y atender el caso de Raúl, fue principalmente recurriendo al modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas, ya que una premisa importante que sostiene, es que un problema se construye a partir de ciertas dificultades prolongadas en el tiempo, el cual se mantiene debido a los intentos de solución fallidos y repetitivos, por lo que Raúl mostró una forma peculiar de intentar afrontar sus dificultades en el desempeño académico llevándolo a reprobar por segunda ocasión el tercer semestre de su carrera profesional.

Esencialmente el intento básico de solución de Raúl era dominar un acontecimiento temido aplazándolo, es decir se introducía en un problema inacabable a la constante preparación de lecturas, obtención de información acerca del tema, creación de bocetos, etc. durante días y así postergar la realización de las tareas-prácticas (maquetas) que solo lo llevaba a experimentar dificultades para concluir y entregar tareas; de tal forma que el tiempo excesivo dedicado al estudio le imposibilitaba desarrollarse en las otras áreas de su vida.

En cuanto al área familiar, se acentuó por parte de Raúl la falta de involucramiento afectivo e interés hacia los miembros de su familia, principalmente un distanciamiento con su madre, ausencia de convivencia y salidas a lugares recreativos con sus hermanas y padre, nula colaboración en los quehaceres de la casa; por otro lado, el intercambio de información dentro de la familia se basaba primordialmente sobre aspectos de comunicación instrumental en cuanto a las necesidades mecánicas de dinero, comida, ropa y casa. El padre y la madre cumplen el rol de proveedores, Raúl siendo el único hijo varón asumió el rol de estudiante ejemplar y responsable pero al ver que estaba fallando, se alejó cada vez más de su familia y se dedicó aún más al área escolar sin resultados satisfactorios.

Con respecto al área de pareja, Raúl finalizó su relación argumentando que su ex novia le exigía más tiempo para estar juntos por lo que empezaron a tener problemas; al mismo tiempo empezaron a extinguirse sus relaciones interpersonales tanto en la escuela como en la comunidad, el descuido del área recreativa y deportiva y la ausencia de redes sociales y de apoyo.

Los autores Fisch, Weakland y Segal (1994) mencionan que la postura del paciente representa una inclinación interna de los pacientes, que puede utilizarse para estimular la aceptación y puesta en práctica de las directrices del terapeuta y el hecho de saber cuál es la posición del cliente nos permite determinar las directrices necesarias para encuadrar una sugerencia, de modo que sea probable que el cliente acepte. Por lo tanto, para evaluar la postura de Raúl, se observó y se escuchó con atención sus

movimientos, gestos, muecas, las palabras concretas que empleó, su tono de voz, énfasis con que se expresó, sus creencias, sus prioridades, etc., de tal forma que parte de la postura de Raúl ayudo a determinar la pauta de interacción para delimitar el problema, ya que tiende a ser perfeccionista lo que contribuye a que postergue los eventos que le causan temor al no estar sus trabajos como él desea; otra cuestión importante de mencionar es que se detectó que es una persona que tiende a ser cooperativo, seguir instrucciones y se deja guiar, esencial para influir sobre Raúl con la finalidad de que afrontara de un modo distinto su dificultad.

También se logró identificar preocupación y tensión al relatar su problemática, sin embargo depositó confianza y demostró apertura a las reflexiones y tareas terapéuticas que se necesitaron para lograr romper la pautas de interacción recurrentes que le dificultaban aprobar el tercer semestre de su carrera.

Por otro lado, se recurrió al modelo de soluciones al evaluar la diferencia entre los trabajos o tareas en que Raúl tiene un buen desempeño y en las que no la tiene, de tal forma que Raúl detecta que cuando no tiene los pensamientos de hacer un excelente trabajo y obtener una calificación de 10; y simplemente realiza la tarea sin presentar conductas de perfección logra sentirse tranquilo y se da cuenta que entrega a tiempo sus trabajos escolares obteniendo calificaciones satisfactorias.

Otro punto importante, es que el modelo de terapia breve orientada a soluciones recae en la cibernética de segundo orden, ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir en la terapia, de tal forma que se enfocaron las intervenciones en las metas que quería lograr Raúl durante el proceso terapéutico.

Estrategias de Intervención

A continuación se describen brevemente las técnicas de intervención utilizadas durante el proceso psicoterapéutico:

- Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Esta intervención estuvo enfocada con una prescripción directa, la cual consistió en establecer un tiempo límite para hacer sus labores escolares con la finalidad de imponerse un límite de tiempo puesto que Raúl tiende a ser muy distraído y disperso, por lo que se le dio la indicación que después de cumplido el tiempo, podía dedicarse a hacer cualquier otra actividad siempre y cuando no estuviera relacionada con la escuela. Se le menciona que dedique solamente 3 horas diarias de las tareas escolares y el demás tiempo dedicarse a actividades recreativas ó lo que él quiera evitando pensar en las tareas escolares y llevar un registro de los horarios de estudio y las actividades realizadas durante 15 días previos a la siguiente sesión
- Connotación positiva. Esta estrategia se utilizó para enfatizar las habilidades y herramientas que posee Raúl para el desempeño de su trabajo escolar.
- Reencuadre. Durante el proceso se utilizó con frecuencia esta técnica, por ejemplo: con respecto a la asignación de prescripciones en cuanto a la realización de las entregas de sus trabajos de diseño, ya que, hay la posibilidad de que el maestro proporcione retroalimentación del esfuerzo y anticipe errores que pudieran mantenerse sin la supervisión, el establecimiento de un límite de tiempo para realizar sus tareas. El integrarse en equipos de trabajo y poner atención en los diferentes estilos de trabajo de sus compañeros. Al comentar a Raúl que hay materias durante la carrera que se dificultan más que otras y que además existen algunas materias que no son de nuestro agrado y que esto no implica que uno no vaya a ser exitoso al ejercer su profesión. Hacerle ver a Raúl que al no gustarle la materia de diseño y al dificultársele no implica que no sea “bueno en esta profesión”, además él comenta que no estaría totalmente satisfecho con alguna otra profesión.
- Intervención sobre el patrón de queja. Con la finalidad de alterar el patrón de queja se le deja la reflexión a Raúl de que tiene dos opciones para resolver su situación por la que esta pasando, ya que él tiene la capacidad de resolver el problema o a lo mejor no esta en sus manos resolverlo, una opción es que tiene que afrontar el problema y la otra si no puede y no esta en sus manos de resolverlo qué otras opciones tienes.
- Normalizar y Despatologizar: Se utiliza cuando Raúl expresa que no le agrada mucho la materia de diseño y que tiene dificultades para continuar con esta, por lo que

se partió de la idea de considerar estas dificultades no cómo manifestaciones patológicas, sino como dificultades ordinarias de la vida cotidiana, comentándole que en todas las profesiones van a ver materias más difíciles que otras y algunas van a ser más de nuestro agrado que otras.

➤ Forma indirecta para normalizar lo que los clientes consideran patológico o inhabitual. Con esta estrategia se logró comentar mi propia experiencia escolar al decirle a Raúl que al estudiar la Licenciatura en Psicología también se me dificultaban algunas materias como la de estadística inferencial y había algunas materias que me gustaban más que otras; con el objetivo de dar a entender la frase “sí yo también”.

➤ Prevención de recaídas. Con el fin de lograr que Raúl identificara las cosas que podría hacer, sí algún día se le dificultara la materia de diseño, con lo cual tiene que estar preparado para las dificultades que se le pueden presentar y no dejarse caer.

➤ Elogios. Constantemente se usaron después de la pausa con el equipo terapéutico:

- Cuando Raúl trabajó en equipo, con lo cual fue una experiencia y oportunidad para localizar y destacar sus tendencias positivas hacia la realización del trabajo con sus compañeros.

- Cuando Raúl logró entregar trabajos de diseño, por lo que fue una oportunidad para localizar y destacar sus tendencias positivas hacia la realización y entrega de sus trabajos de diseño. El equipo lo mando a felicitar por haber entregado su tarea de diseño comentándole que ha dado un paso muy grande y que los cambios van a continuar.

- Se le reconoce el que se de la oportunidad de ampliar sus redes de amigos y compañeros de clase a través del trabajo en equipo y que cuando se trabaja en equipo es importante respetar los tiempos de los demás, al mismo tiempo se le reconoce el que asuma su responsabilidad, en cuanto a la entrega de trabajos.

- El equipo terapéutico felicitó a Rubén por el esfuerzo y las habilidades que aplicó durante el semestre y enfatizando que estas habilidades le van a servir para el futuro y que es importante mantenerlas.

➤ Tarea genérica. Se le pidió a Rubén que auto-observara sus habilidades con lo cual logra iniciar y terminar sus tareas de diseño.

➤ Recursos, se utilizaron con frecuencia durante las sesiones:

- Se le hizo ver que tiene la capacidad de aprobar los semestre, así como también tiene la habilidad de identificar los obstáculos que podrían impedir aprobar los siguientes semestres.

- El mensaje por parte del equipo fue decirle a Raúl que tiene la capacidad de iniciar y terminar los trabajos escolares de las materias que le agradan y que específicamente en la de diseño se le dificulta un poco y sin embargo hasta el momento ha entregado sus trabajos.

➤ Excepciones: Se destacó que en las otras materias Rubén tiene la capacidad y habilidad de decidir y administrar su tiempo, logrando un mejor desempeño académico.

➤ Amplificación de los cambios que logro Raúl, como el entregar las pre-entregas y los trabajos finales enfatizando que es el inicio para continuar con los cambios, además de que el equipo de terapeutas lo felicito por haber entregado sus trabajos de la materia de diseño.

➤ Efecto Mariposa: Se utilizó esta intervención, logrando que un cambio en el área escolar puede tener repercusiones en sistemas más amplios de su vida cotidiana.

➤ Ubicación en una escala. Se utilizó para hacer una diferencia entre cómo llegó y cómo se va, y si considera que los cambios que logró fueron suficientes y cuales le hacen falta

➤ Se centró en lo que ha hecho para continuar con los cambios, rescatando recursos, soluciones que hasta el momento le habían funcionado a Raúl en su situación académica, sin embargo este se mostró renuente y rechazaba dicha intervención en las últimas sesiones por lo que se decidió cambiar el foco hacia la situación problemática que refiere el cliente, como se sugiere en el modelo de soluciones cuando los clientes no son capaces de describir los logros, cambiar de línea y atender y recabar información en qué sentido lo ve como un problema.

➤ Tareas directas y mensajes:

- En la primera sesión se le sugirió que reflexionara sobre la organización de tiempo o hábito de su estudio.

- Trabajar con respecto a la materia de diseños 5 horas, los días martes, jueves, sábado y domingo.

- Entregar todas las preentregas de la materia de diseño aunque no se haya terminado el trabajo.
- Se le pide que piense cuales serían las ventajas y desventajas en el futuro de dejar la carrera de Arquitectura.
- se le pide que se enfoque en los cambios que ha logrado, así como también auto-observar sus habilidades al realizar las tareas de la materia de diseño.
- se le comenta que tiene la capacidad para seguir adelante y si existen dificultades es necesario vencerlas por lo que es importante que reflexione sobre las cosas que tendría que hacer para vencer tales dificultades.

Cambios Identificados

- Mejoró el desempeño académico, logrando aprobar el tercer y cuarto semestre.
- Adquirió habilidades para administrar el tiempo y organizar las actividades escolares, dándole prioridad a los trabajos que más se le dificultaban.
- Detectó una nueva forma de trabajar individualmente y en equipo, identificando a partir de los otros, habilidades y fallas propias.
- Logró empezar y terminar las tareas sin enfocarse en los detalles o errores mínimos, es decir, trabajar de lo general a lo particular, cumpliendo con las pre-entregas y trabajos finales.
- Relató sentirse más tranquilo, seguro y tiene confianza en sí mismo por los logros adquiridos y por consiguiente disfruta la compañía de otras personas y las salidas con sus familiares sin estar pensando en tareas, pendientes escolares o temores con respecto a que no va a acabar o que le vayan a salir mal las maquetas o trabajos.
- Abordó las diferentes áreas de su vida, ocupándose más de ellas, como el inscribirse a un gimnasio, salir con sus amigos y compañeros de la escuela, convivir con sus hermanas, tener un acercamiento afectivo con su madre, colaborar en los quehaceres de la casa y hacer nuevamente contacto con sus antiguas amigas.

Observaciones del Trabajo Terapéutico

El trabajo del equipo terapéutico del sistema total actuó con compromiso, participación, reflexión, cooperación, retroalimentación e interés, por lo que referiré algunos aspectos de las observaciones realizadas por los diferentes subsistemas:

Raúl: Atribuye que gracias a la orientación psicológica que recibió de la terapeuta y de los psicólogos que estuvieron detrás del espejo pudo superar el obstáculo o dificultad que tenía para aprobar el tercer semestre de la licenciatura, y además obtener 9 de calificación en la materia de diseño. Utilizando una escala de 0 a 10 logró evaluar el proceso terapéutico, afirmando que llegó con un 1 y se va con un 7 porque refiere que encontró otra forma de planear, distribuir y organizar sus trabajos escolares que le han permitido tener logros y sentirse más seguro y tranquilo. Aunque siente que no llegó al 10 porque considera que no es la profesión que le satisfaga al 100%, y todavía no sabe cual profesión realmente le apasionaría. Lo que le incomoda o le desagradó del proceso psicológico fue que las citas fueran cada 15 días o cada mes.

Terapeuta: Mi postura como terapeuta fue de compromiso, interés, empatía y reflexión ante la problemática manifestada por Raúl, logrando enganche y alianza terapéutica. Cabe mencionar que al inicio de este trabajo terapéutico me sentí nerviosa por ser el primer caso que atendía directamente como terapeuta y el ser observada, sin embargo con el apoyo constante del equipo desapareció dicho sentir.

Supervisora: Considero que fue un apoyo muy importante para mi desempeño terapéutico, por lo que adquirí habilidades y reflexiones de elementos indispensables para ejercer en el trabajo profesional, ya que no es muy fácil encontrarlos en la literatura especializada, porque sólo se encuentra con la misma experiencia clínica.

Equipo terapéutico: Las aportaciones del equipo estuvieron dirigidas principalmente a mi desempeño terapéutico, retroalimentando mis habilidades y mis aptitudes pero

también evidenciando mi estilo terapéutico. Sus diversos comentarios y mensajes fueron muy valiosos también para Raúl para fortalecer y reconocer los cambios que iba adquiriendo durante el proceso.

Discusión Teórica- Metodológica de la Intervención

El mostrar una actitud empática y el mantener una postura de escucha y aceptación con Raúl me permitieron establecer técnicas de enganche y alianza terapéutica, indispensable para iniciar el arte de la psicoterapia.

De acuerdo, al Modelo de Terapia Breve Orientada a Problemas uno de los objetivos primordiales del terapeuta es recoger una adecuada información, ya que constituye un requisito imprescindible para llevar a cabo un tratamiento breve pero efectivo, puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. Retomando lo anterior, considero que durante el proceso de entrevista se logró obtener información clara, explícita y en términos de conducta, por ejemplo, el motivo de consulta, el cómo Raúl afrontaba el problema, qué pasaba antes, durante y después de presentarse la situación, dónde ocurría, para quién más era un problema, las emociones que surgían, las pautas de interacción entre Raúl y su familia, profesores, compañeros y amigos, los objetivos terapéuticos que deseaba, la actitud y lenguaje que mostraba Raúl durante el proceso.

En términos generales la línea de trabajo fue directiva, es decir, se marcó el ritmo del proceso terapéutico con la finalidad de delimitar el encuadre y focalizar situaciones o patrones de conducta clave para implementar estrategias de intervención en función de los objetivos a los que Raúl quería llegar con el tratamiento, siendo uno de ellos, el aprobar el tercer semestre de su carrera por lo que fue muy oportuno utilizar la estrategia de la elección de un cambio mínimo siguiendo una planificación que facilitara el inicio de un efecto de irradiación, ya que dicho efecto supone una generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones

promovidas por la intervención terapéutica. De tal forma, que al fomentar un cambio y lograr que Raúl aprobara el tercer semestre este repercutió positivamente en las otras áreas de su vida, como tomar decisiones firmes, sentirse seguro y tranquilo; el iniciar una relación de pareja, acudir a actividades recreativas y deportivas, reestablecer relaciones de convivencia y de apego con su familia, rescatar amistades e iniciar relaciones interpersonales tanto en la escuela como con la comunidad. Y por ende logró aprobar el cuarto semestre de la carrera de arquitectura.

Otro de los objetivos de la terapia breve es impedir que el cliente lleve a cabo conductas que permitan la perpetuación del problema, por lo tanto, una vez identificado los intentos de solución fallidos y repetitivos de Raúl, que consistían en evitar los trabajos escolares temidos y al mismo tiempo se obligaba a sí mismo a dominarlos o entregarlos a la perfección, se utilizó la intervención principal denominada **“el intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo”**, con la finalidad de dar a Raúl una serie de directrices y explicaciones para exponerlo a las tareas escolares que se le dificultaban pero al mismo tiempo se le impedía que acabara con éxito, logrando romper la pauta que mantenía la problemática.

Otra estrategia utilizada para incidir en el cambio fue el reencuadre que de acuerdo a los autores Watzlawick, Weakland y Fisch (1995) significa modificar el propio marco conceptual o emocional de una situación, o el punto de vista según el cual es vivida, situándola en otro marco, que corresponde muy bien o aún mejor a los “hechos” de esta situación concreta, cuyo sentido, en consecuencia, cambia completamente. En este sentido, se trabajó con prescripciones en cuanto a hábitos de estudio con límites de tiempo, con experiencias de trabajo en equipo con sus compañeros y organización y planificación de tareas escolares, logrando generar un cambio en Raúl en la forma de percibir, actuar y sentir la situación vivida como problemática.

El mantener la capacidad de maniobra fue importante para actuar con libertad y promover conciencia de la pauta de interacción en la que Raúl estaba inmerso, la cual mantenía el problema, así como también implementar acciones adecuadas con el fin de lograr objetivos terapéuticos; por lo que se decidió tomar el tiempo necesario para comprender y aclarar datos, emociones y conductas suficientes para planificar estrategias eficientes para generar el cambio. Para continuar aumentando la capacidad de maniobra se obtuvo información precisa y concreta por parte de Raúl en cuanto a la manera en que puso en práctica las sugerencias formuladas, de tal forma que ayudó a evidenciar las conductas que le fueron eficientes para aprobar las materias que se le dificultaban.

Otra cuestión muy importante fue el identificar en Raúl una actitud de cooperación, disposición y motivación para recibir ayuda profesional, por lo tanto, tendí a mostrar una actitud igualitaria, promoviendo confianza y aliento de tal forma que se logró conceder una mayor capacidad de maniobra. Confirmando lo que dicen Fisch, Weakland y Segal (1994), una actitud igualitaria sirve al menos para no obstaculizar a los pacientes que se hallan dispuestos a cooperar, además de recordarnos que con todas las actitudes e intervenciones terapéuticas existentes, éstas deben adaptarse a cada cliente y a cada situación a lo largo del tratamiento.

Otro medio para aumentar la capacidad de maniobra consistió en dirigir tareas o sugerencias que estuvieron fundamentadas en base del uso de un lenguaje condicional, es decir que se le dio a entender a Raúl que las sugerencias que se le brindaban eran adecuadas y oportunas para mejorar su desempeño escolar, pero que su éxito dependía de los esfuerzos, creatividad y disposición del mismo Raúl más que de la bondad de la tarea en sí misma.

También se trabajó con las premisas de O'Hanlon y Weiner Davis (1990), las cuales argumentan que el cliente tiene recursos con los que se puede trabajar y hay que enfatizar para empoderarlo respecto de su proceso terapéutico y de crecimiento; en este sentido se evidenciaron las habilidades, capacidades y recursos que había demostrado Raúl durante el proceso terapéutico para mejorar su desempeño académico, específicamente: trabajar en equipo, iniciar y terminar los trabajos escolares, cumplir horarios de estudio, evitar distractores y cumplir con las pre-entregas, entre otros.

Otra estrategia importante y funcional que argumenta el Modelo Orientado a Soluciones es cuando el terapeuta establece y subraya aquellas estrategias eficaces de solución que los clientes han considerado como casualidades y les ayuda a determinar, mediante una planificación conjunta, qué necesitan hacer para mantener y ampliar los cambios inherentes en las mismas. Retomando este punto, una vez que Raúl logró aprobar el tercer semestre, se promovió el planificar y el reconocer las estrategias y hábitos de estudios que había implementado en su desempeño escolar y así logró aprobar el cuarto semestre.

3.1.2 Análisis del Sistema Terapéutico Total Basado en las Observaciones Clínicas

Durante la residencia en terapia familiar sistémica el proceso de enseñanza y aprendizaje estuvo enfocado con la participación en seminarios y clases teóricas a través de la revisión de los modelos de intervención y de forma inmediata se constituyó el sistema terapéutico total conformado por los supervisores, equipo de residentes, terapeuta y coterapeuta, familia, pareja o individuo; dichos subsistemas se fueron modificando gradualmente a través de la formación clínica y teórica en la forma de relacionarnos académicamente y emocionalmente, en el estilo de intervenir, supervisar, asumir roles y posturas, etc. Durante todo el proceso, el sistema terapéutico estuvo inmerso bajo una compleja y nutritiva retroalimentación, comunicación e involucramiento intelectual y afectivo, ya que existió una pluralidad de voces, perspectivas y miradas que ayudaron a enriquecer el trabajo psicoterapéutico y la experiencia profesional y personal. De tal forma que Construyendo y reconstruyendo realidades desde la posición en que nos encontrábamos aprendimos a escucharnos a nosotros mismos, a partir de los demás.

Al inicio nuestra participación consistió en un primer momento fungir como parte del equipo de observadores a través del espejo unidireccional en las sesiones de terapia en vivo llevadas a cabo por supervisores con el objetivo de instruirnos en técnicas de entrevista, en la aplicación de principios básicos de la epistemología de la terapia familiar, elementos del proceso terapéutico y lo más importante transmitirnos su conocimiento de experiencia profesional de la población mexicana y además siempre estuvieron atentos en la persona del terapeuta considerando varios aspectos como sus emociones, su familia de origen, roles familiares y su influencia en el proceso terapéutico, a reforzar las habilidades clínicas brindando apoyo, conducción del terapeuta y equipo. Posteriormente empezamos a trabajar como terapeutas y coterapeutas siendo guiados directamente por supervisores, todos ellos con estilos propios de acuerdo a su personalidad, experiencia, roles, modelos de intervención por enseñar; logrando retroalimentar ideas de los diferentes subsistemas impactando en el

equilibrio homeostático de las familias o bien transformarse y propiciar el cambio hacia nuevas formas de interacción y la vez repercutió hacia nosotros evaluando y reflexionando sobre nuestro trabajo, nuestra persona, sensaciones y emociones integrando convirtiéndonos en observadores y observantes. En la última recta de nuestra formación la supervisión fue narrada y contamos con el apoyo del equipo de trabajo en vivo; sintiéndonos con mayores habilidades teóricas y clínicas, reconociendo en que forma las historias de vida de las familias, parejas o individuos hacían resonancia en nuestra propia historia personal e identificando nuestros recursos y limitaciones.

Considero que desde el inicio fuimos un equipo terapéutico muy activo y unido a pesar de que todavía no teníamos los fundamentos teóricos suficientes de terapia familiar y el desarrollo de habilidades clínicas específicas, sin embargo cada uno de nosotros tenía una valiosa experiencia recorrida en la práctica clínica, por lo tanto fue un equipo complementario con diversidad de posturas en relación a un problema, temática o cuestión determinada. También participamos como equipo reflexivo y como coro griego

Por último, quiero compartir una tantas de mis experiencias significativas al fungir como parte del equipo terapéutico, fue cuando en una sesión hubo problemas de audio y se presentaron dificultades para estar al tanto de lo que pasaba en las sesiones, sin embargo, fue oportuno porque reafirme lo importante que es observar las emociones que muestran los pacientes a través del lenguaje analógico, es decir su expresión facial, su postura del cuerpo, el llanto, su ritmo biológico, etc., por lo tanto considero que en esta ocasión me conecte más y comprendí las emociones de los pacientes al grado de ponerme en su lugar y también me contagiaron de su sentir, quizás porque no estaba pendiente de anotar su lenguaje digital y copiar las frases que consideraba importantes como en las sesiones anteriores. Por ejemplo, cuando el paciente Enrique expresó sus emociones al inicio de la sesión se mostró triste, agotado, preocupado cuando sus hombros estaban caídos, su cabeza agachada, miraba hacia abajo, sus brazos cruzados, sus puños cerrados, etc. y después siente enojo, desesperación y lo expresa a través de un llanto intenso, se lleva las manos a la cara, respira más rápido,

se lleva las manos hacia la cabeza tocándose el cabello; y posteriormente cuando intervenimos como equipo reflexivo el paciente sintió que nos conectamos con él emocionalmente y que habíamos comprendido su sentir, por lo que cambió de postura, levantó su cabeza, levantó sus hombros, asintió con la cabeza de lo que decían el equipo reflexivo, sonrió, sus manos las recargo en las piernas, estiró los pies, respiró más despacio, y expreso su agradecimiento.

3.2 Habilidades de Investigación Cualitativa y cuantitativa

En este apartado, se muestra un resumen de los dos trabajos de investigación cualitativa y cuantitativa realizados durante la estancia en la maestría.

ABORDAJE DEL MODELO ESTRUCTURAL EN PROBLEMAS DE BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR.

Introducción

En México la educación básica a nivel primaria y secundaria presenta altos índices de bajo rendimiento escolar y deserción, por ejemplo la Secretaría de Educación Pública (2001) ha reportado que de cada 100 alumnos que ingresan a la primaria, sólo 40 alumnos continúan sus estudios en Educación Media o Bachillerato.

Siendo así, existen estudios en México que afirman que una de las causas que repercuten o mantienen el bajo rendimiento escolar es la dinámica familiar disfuncional (Esparza, 1990; y Estrada, 1996).

Desde la perspectiva del enfoque sistémico en terapia familiar, el bajo rendimiento escolar es un proceso circular, que involucra no sólo al alumno sino también al sistema

familiar y escolar, los cuales se retroalimentan mutuamente, generando con el tiempo diversos efectos sobre el rendimiento escolar

Minuchin (1999) sostiene que la familia es el núcleo principal de nuestra sociedad, que realiza funciones como: Reproducción de la especie, La crianza, La socialización de los hijos, la satisfacción de las necesidades básicas; y en la medida de que exista un buen funcionamiento en la pareja parental , esto repercutirá en cada uno de sus miembros favoreciendo así su integración a las diferentes instituciones de la sociedad; como la escuela, el trabajo, etc.

Familia Funcional:

- a) Límites claros y firmes
- b) Jerarquía con un subsistema parental fuerte
- c) Flexibilidad del sistema para: Autonomía e interdependencia, Reestructuración adaptativa

Familia Disfuncional:

- a) Límites disfuncionales
- b) Inestabilidad jerárquica
- c) Reacciones inadaptadas a los requerimientos de cambio (del desarrollo: ciclo vital, y ambientales)

Metodología

Objetivo General

- Evaluar el impacto del modelo estructural en problemas de bajo rendimiento escolar.

Objetivos Específicos

- Identificar cambios en la estructura familiar a partir de la evaluación de las siguientes categorías: Límites, Jerarquía, Independencia, Conflicto y Expresión.
- Identificar cambios en el rendimiento escolar

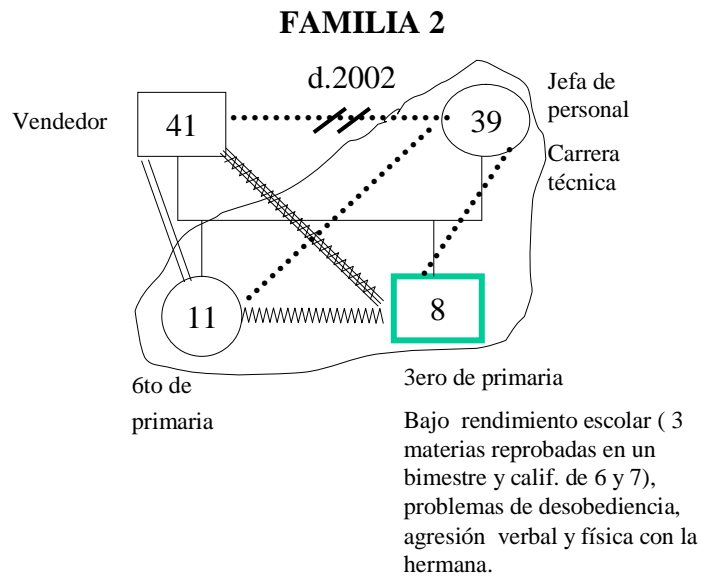
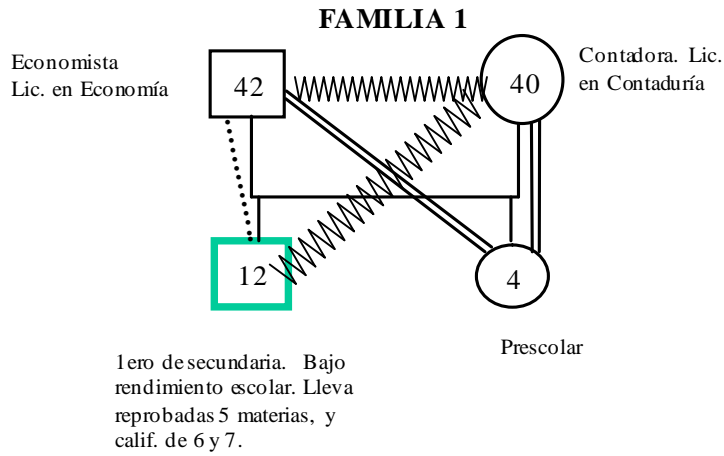
Categorías a Evaluar

- Bajo rendimiento escolar: Se considera bajo rendimiento escolar a aquellos alumnos que reprobren materias al finalizar el curso y obtener calificaciones de 6 en la mayoría de las materias.
- Jerarquía: Es el nivel de autoridad que define quienes poseen el derecho de tener el mando.
- Límites: Son las reglas o normas determinadas por la familia.
- Cohesión: Mide el grado de confianza, ayuda y apoyo que los miembros de la familia se dan unos a otros.
- Expresión: Mide el grado en el que cada miembro de la familia comunica directamente los sentimientos.
- Conflicto: Mide la cantidad de angustia, agresión y conflicto expresada entre los miembros de la familia.
- Independencia: Mide la cantidad en que cada miembro de la familia es afirmativo, autosuficientes y toman sus propias decisiones con responsabilidad. El grado de autonomía saludable está determinado por la edad.
- Organización: Mide el grado de organización y estructura clara en planeación de actividades y tareas familiares con toma de responsabilidades.
- Control: Mide el grado en el que se usan las reglas y límites en la vida familiar.

Sujetos o Familias:

Se aplicó el Modelo Estructural de Terapia Familiar a 2 familias que reportaron tener dificultades con el bajo rendimiento escolar de sus hijos.

GENOGRAMAS



Muestra

Se trató de una muestra accidental (Hernández, Fernández y Baptista, 1991) porque las familias acudieron a solicitar el servicio psicológico al Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”.

Tipo de Diseño

En la presente investigación se utilizó un estudio de caso- único, pre-post (Kazdin, 1992).

Instrumentos

Escala de ambiente Familiar (Moss, 1974).

Registro General de entrega de tareas

Registro del cumplimiento de horarios de estudio

Registro del comportamiento dentro de las aulas escolares

Escenario

La investigación se llevó a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos “ Dr. Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología, en un cubículo de 7x 8 metros aproximadamente con cámara de Gessell y equipado con material de videograbación.

Procedimiento

- La evaluación, intervención y seguimiento del proceso terapéutico tuvo una duración de 13 a 15 sesiones de 1 hora aprox. cada sesión.
- Contacto telefónico con la persona que llenó la solicitud
- Asistencia de toda la familia
- Establecimiento del Contrato terapéutico (horario, confidencialidad, aviso del trabajo con equipo terapéutico, etc.)
- Establecimiento de alianza terapéutica (coparticipación)
- Presentación del terapeuta y de la familia
- Motivo de consulta

- Acuerdo de los objetivos que la familia desea alcanzar a través del proceso terapéutico
- Aplicación de la escala de ambiente familiar
- Variables a evaluar a nivel cualitativo
- Evaluar, Observar y entender cómo se organiza el sistema familiar:
- Límites, jerarquías
- Elaboración de hipótesis sobre la interacción familiar
- El momento de ciclo vital que esta atravesando la familia
- Las interacciones que se dan durante el proceso terapéutico
- Las alianzas y coaliciones
- Distribución de la jerarquía
- El tipo de límites intra y extrafamiliares

Estrategias de intervención:

Objetivo terapéutico: cambiar la organización familiar, los límites entre subsistemas y las jerarquías, introduciendo nuevos patrones conductuales para la adaptación a las nuevas exigencias del ciclo evolutivo.

Técnicas de desafío:

Escenificación: Se utilizó esta técnica con la finalidad de observar cómo interactúa el holón parental en cuanto a los acuerdos de la disciplina de sus hijos.

Focalización: Se utilizó esa técnica para trabajar solamente con el holón parental y promover el cambio de la organización familiar desde este subsistema.

Intensificación: Principalmente se utilizó para destacar la frecuencia y secuencia con que se produce la interacción familiar disfuncional con respecto a la falta de establecimiento e incumplimientos de las reglas y límites hacia los hijos.

Técnicas de Reestructuración:

Fijación de límites: se utilizó esta técnica para marcar las fronteras entre el holón parental y el holón de los hermanos.

Desequilibrio: Se utilizó para modificar la jerarquía indicándoles a los padres, que son ellos quienes deben de poner control y hacer que se cumplan las reglas en casa y en la escuela.

Técnicas de cambio de visión:

Modificación de constructos cognitivos: Se utilizó esta técnica con el fin de modificar la perspectiva en relación a límites, reglas y castigos, enfatizando el hecho de que establecer límites claros, no implica que lastimen a sus hijos al contrario les dan protección, estructura y contención.

Tareas directas.

Resultados

Análisis Cuantitativo: se refiere a los datos obtenidos antes y después de la intervención en cuanto a la escala de funcionamiento familiar: cohesión expresión conflicto, independencia, organización y control.

registros diarios de hábitos de estudio

Registro General de entrega de tareas

Registro del cumplimiento de horarios de estudio

Registro del comportamiento dentro de las aulas escolares

Análisis Cualitativo: se refiere a los datos cualitativos que se derivaron de la observación directa durante el proceso terapéutico, las categorías se establecen de acuerdo al modelo estructural: jerarquía, límites, autonomía.

Análisis Cuantitativo

FAMILIA 1

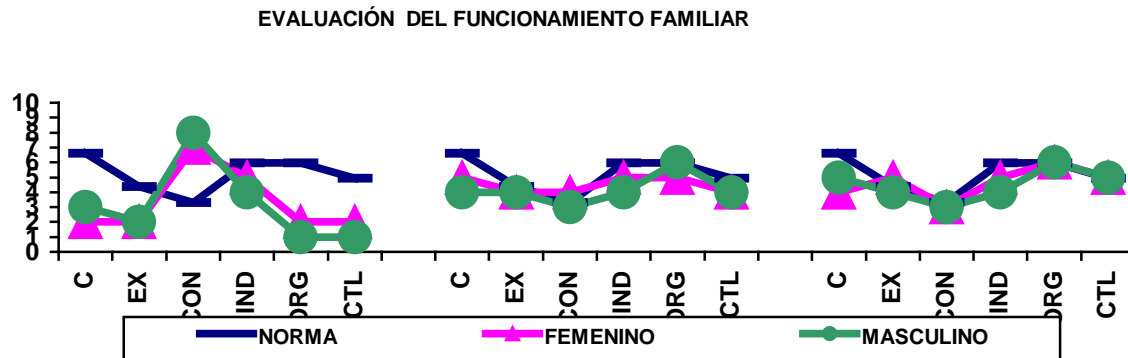


Figura 1a. Muestra los puntajes de cada uno de los miembros del holon parental de su funcionamiento familia pre-post y seguimiento

FAMILIA 2

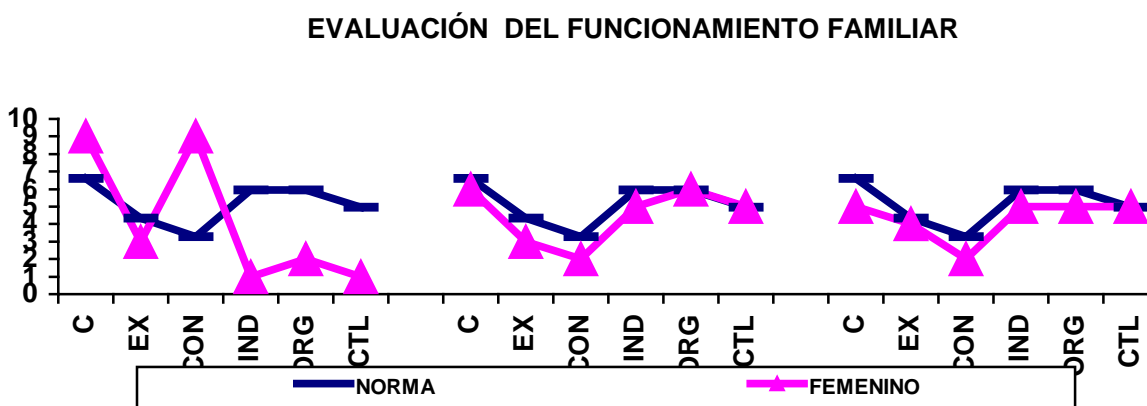


Figura 1b. Muestra los puntajes de la Sra. que reportó respecto a su funcionamiento familia pre-post y seguimiento

Rendimiento Escolar

FAMILIA 1

Antes: 5 Materias reprobadas y calificaciones de 6 y 7

Después: Aprobó las 5 materias en exámenes extraordinarios y trabajos extras con calificaciones de 7 y 8

Seguimiento: Primer bimestre del segundo año escolar– No reprobó ninguna materia y obtuvo calificaciones de 7, 8, y 9

FAMILIA 2

Antes: Reprobó 2 materias en un bimestre y obtuvo calificaciones de 6 y 7.

Después: No reprobó ninguna materia y obtuvo la mayoría de calificaciones de 7 y 8

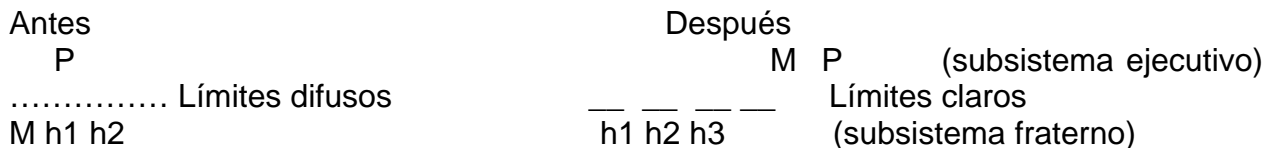
Seguimiento: En el primer bimestre no reprobó ninguna materia y se mantuvo con calificaciones 7 y 8, predominando los últimos.

Análisis Cualitativo

En ambas familias la estructura familiar era disfuncional:

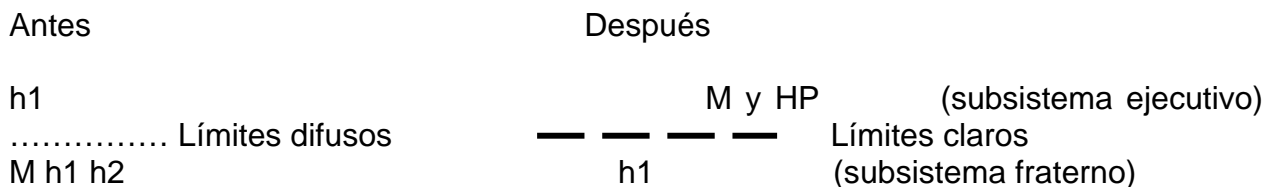
Familia 1

MAPA FAMILIAR



Familia 2

MAPA FAMILIAR



Hipótesis: La falta de reglas y límites, la ausencia constante en casa de una figura que provea las necesidades de crianza han contribuido a las pautas transaccionales establecidas en el holón parental, de tal forma de que existen constructos cognitivos como, el temor a no ser buenos padres, el que sí un hijo puede afrontar satisfactoriamente su desempeño académico, automáticamente el otro también lo hará,

el estar en deuda con sus hijos por no estar presente la figura paterna y el constante temor a sufrir rechazo por parte de sus hijos al retomar la jerarquía por lo que se ha imposibilitado el asignar y cumplir límites y reglas en la educación de sus hijos, generando en los hijos problemas de bajo rendimiento escolar.

Conclusiones

- La intervención del modelo estructural permitió a las 2 familias modificar su funcionalidad de la dinámica familiar influyendo en la mejoría del desempeño escolar de sus hijos
- La influencia de la dinámica familiar es determinante en el aprovechamiento escolar.
- Esta intervención demuestra que la existencia de marcar límites claros y flexibles, tener una jerarquía con un subsistema parental fuerte y el control y supervisión de la conducta de los hijos en forma consistente y flexible repercutió en el mejoramiento del desempeño escolar.

Referencias

- Esparza, L. Conflictos familiares como factor que influye en el aprovechamiento escolar. Facultad de Psicología. Tesis presentada para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. México, 1990.
- Estrada, G. Descripción de algunos factores familiares que influyen en el bajo aprovechamiento escolar. Facultad de Psicología. Tesis presentada para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. México, 1996.
- Hernández S., Fernández C., y Baptista, L. (1991). Metodología de la Investigación, México, McGraw Hill.
- Kazdin, E. (1992) Research design in clinical psychology, 2nda edition, New York allyn and Bacon Research.
- Minuchin, S. (1999). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.
- Moss, R. (1974). Family Enviroment Scale Form R. Consulting psychologist Press. 1-41.
- Secretaria de Educación Pública (2001). Subsecretaria de Planeación y Coordinación. Dirección General de Planeación Programación y Presupuesto.

PROPUESTA: ELABORACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE COMUNICACIÓN AFECTIVA EN LA RELACIÓN CONYUGAL

Trabajo realizado en coautoría con Virginia Morales Noguez.

Introducción

La vida marital es la interacción en la que se originan una serie de situaciones que al implicar la resolución conjunta de ambos cónyuges, conlleva en ocasiones a un sentimiento de insatisfacción, mismo que afecta las diversas áreas de su vida cotidiana (Aguilar, 1990). Lo cual indica que en la interacción de estas parejas existe un déficit de habilidades en la comunicación, por ejemplo, cuando el intercambio de conductas verbales y no verbales son inadecuadas, ya sea, por el uso de conductas como gritar, interrumpir, hacer gestos desagradables, insultar, etc., o por la falta de conductas como contacto visual, tono de voz adecuado, peticiones, acercamiento afectivo, etc., durante la interacción de pareja (Costa y Serrat, 1990).

Por su parte Beck (1995), menciona que en toda relación de pareja, existe la necesidad de tomar docenas de grandes y pequeñas decisiones cotidianas, por ejemplo, reparto de tareas domésticas, asuntos de presupuesto económico, actividades sociales y recreativas, dónde vivir, cómo criar a los hijos, etc., por lo que se necesita una comunicación clara y precisa que facilite la toma de decisiones. Sin embargo, a través de su experiencia profesional ha observado que las parejas con problemas en su relación, comunican sus pensamientos, deseos y sentimientos con estilos de comunicación deficiente, esto es, interrumpen, expresan opiniones o sugerencias de un modo indirecto o ambiguo, usan gestos desagradables, existen actitudes defensivas, malinterpretan o exageran el significado del comportamiento del otro, tienen dificultad en comprender el mensaje de su pareja, existen diferencias en el ritmo de las respuestas y en la velocidad del habla, etc. Por lo tanto, propone algunas habilidades de comunicación como por ejemplo, poner atención, escuchar, utilizar mensajes directos y claros, utilizar un tono de voz adecuado, nivelar la cantidad de interacción

entre ambos cónyuges, no interrumpir, hacer entender las ideas de uno y captar lo que dice el otro tomando en cuenta las diferencias entre sexos, etc.

Asimismo, la comunicación se considera como uno de los elementos más importantes para contribuir a la satisfacción marital (Gilberts, 1956), ya que, la cantidad e intimidad de información que intercambia la pareja puede ser un indicador de que existe una relación positiva. Leñero (1972) analizó la relación entre la comunicación y la satisfacción marital con parejas mexicanas, demostrando que el 68% de las parejas que se sentían satisfechas con su relación conyugal tenían un alto grado de comunicación positiva entre ellos. En cambio, en otro estudio que realizó este mismo autor (1976), se encontró que el 50% de los matrimonios mexicanos se comunica con grandes deficiencias y de manera negativa, propiciando bajo nivel de interacción entre ellos, y como consecuencia insatisfacción marital. Por lo que, se considera a la comunicación como una de las áreas que puede contribuir a la satisfacción en el matrimonio o vida en pareja.

En la medida en que las dificultades maritales no son solucionadas adecuadamente debido a una comunicación deficiente, provocan un descenso en la satisfacción general de la pareja, y ésta entra en un proceso gradual de deterioro que da como resultado un constante incremento de divorcios, a tal grado que en la actualidad una de cada tres parejas termina en divorcio (Barrios y Martínez 1991). Con referencia a esta situación en México los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999) señalan que ha incrementado la tasa de divorcios entre los años 1996 y 1999 siendo de 5.7% y 6.7% respectivamente.

Por lo que, las consecuencias de la falta de habilidades de comunicación, se puede considerar una problemática social severa en la que es necesario que el (la) psicólogo (a) intervenga para trabajar con esta población para proporcionarles diferentes técnicas, herramientas o habilidades a través de las cuales logren una mejor calidad de vida para la familia mexicana; sin embargo, existen muy pocos estudios que analicen la comunicación que se da en las parejas heterosexuales mexicanas.

Por lo tanto, para poder identificar los estilos de comunicación que se da en las parejas heterosexuales mexicanas se construyó un instrumento de comunicación afectiva. A continuación se hace referencia a los objetivos, la descripción del instrumento y la muestra:

Objetivo General

Construir un instrumento que evalúe los estilos de comunicación afectiva positiva y negativa en parejas heterosexuales casadas o en unión libre con hijos (los hijos son un elemento de gran peso para modelar la relación en la pareja).

Muestreo

300 parejas (hombre-mujer), que vivan en las diferentes delegaciones del Distrito Federal, estas se seleccionarán mediante un muestreo no probabilístico. Los criterios de inclusión que se tomarán en cuenta en este estudio es que las parejas tengan hijos y que vivan juntos, sin importar su estado civil ya sean casados o en unión libre, con una edad de 20 a 45 años de edad, por lo que se excluirán las parejas que no cubran los requisitos antes mencionados.

Descripción del instrumento

El instrumento consta de cuarenta reactivos contruidos en una escala de tipo likert, distribuidos en ocho áreas diferentes, que evalúan la frecuencia de las pautas de comunicación afectiva, verbal y no verbal (positiva y negativa), en una percepción de sí mismo (a) y de la pareja en diferentes situaciones de su relación. Ver anexo 1

Enseguida, se describen dichas áreas y la cantidad de reactivos que integran a cada una:

- 1) Responsabilidades del hogar (6 reactivos).
- 2) Crianza de los hijos (5 reactivos).

- 3) Actividades sociales (5 reactivos)
- 4) Financiera (4 reactivos).
- 5) Sexual (5 reactivos).
- 6) Ocupacional, escuela-trabajo (5 reactivos).
- 7) Independencia, personal y de pareja (5 reactivos).
- 8) Relación con la familia de origen (5 reactivos).

Definición de las categorías positivas de comunicación

- Contacto visual: Voltear la cabeza hacia el cónyuge y enfocarlo visualmente, pudiendo mantener la mirada fija a los ojos de su pareja o en su defecto a la cara, no importando que el otro sujeto no lo esté viendo.
- Contacto físico positivo: Cualquier movimiento corporal de contacto que permita expresar afecto positivo, como sonreír, acariciar, darse la mano, rozarse la pierna, etc.
- Atender: Responder verbalmente a lo que el otro expresa “sí a mí también me preocupa”, o responder con señales afirmativas con la cabeza, emitir importantes sonidos de oyente como “mm hum”, “sí, sí”, etc.
- Peticiones verbales: Son exclamaciones verbales que expresan una sugerencia que incrementa la probabilidad de respuesta de su pareja; por ejemplo, “¿podrías ayudarme, a supervisar la tarea de Juanito?” .
- Tono de voz adecuado: Mantener un tono de voz que no lastime el oído del otro y que posibilite el diálogo.
- Disminución en el tono de voz: Bajar en intensidad el tono de voz más de lo que se estaba usando, cuando el cónyuge empieza a subirlo.
- Expresión de agradecimiento: Agradecer a su pareja cualquier cosa agradable que haga o que diga; por ejemplo “te agradezco que me hayas ayudado a preparar la comida”.
- Oraciones en primera persona: Expresarse haciendo referencia a su propia persona, exponer sus propios sentimientos, intenciones, molestias, etcétera; por ejemplo, “me sentí molesta cuando...”, en lugar de “me molestas cada vez que...”

➤ Solicitud de opinión: Son exclamaciones verbales que sugieren la opinión de alguna situación en particular; por ejemplo, “¿qué te parece si una vez al mes visito a mis amigas?”; expresar directamente el mensaje importante que se desea comunicar, “¿podrías ayudarme, llevando a los niños a la escuela?” en lugar de “¿entonces vas a salir más temprano de trabajar, vas a tener más tiempo libre?”, etc.

Definición de las categorías negativas de comunicación

➤ Contacto físico negativo: Movimientos corporales y de contactos negativos, como golpecitos, pellizcos, aventarse cosas, pegarse, etc.

➤ Gestos: Movimientos faciales negativos como fruncir el ceño, hacer muecas, etc.

➤ Oraciones en segunda persona: Expresar lo que ocurre con su propia persona a través del cónyuge, “me humillaste, me heriste, te burlaste”.

➤ Interrumpir: Hablar cuando la otra persona lo está haciendo, imposibilitando el diálogo.

➤ Palabras hirientes: Utilizar etiquetas negativas para referirse al cónyuge; por ejemplo, “eres un terco”, “eres un tonto”, “eres desesperante”, etc.

➤ Ignorar: Es el no presentar atención visual, auditiva o de algún otro tipo cuando la pareja esté hablando.

➤ Tono de voz elevado: Incrementar la intensidad de la voz y no permitir el diálogo.

➤ Desaprobar: Son emisiones verbales o no verbales desagradables que impliquen desacuerdo.

➤ Conductas distractoras: Intentar dialogar cuando hay distracciones, como tener encendido el televisor, la radio, la interrupción de los niños, la realización de alguna otra actividad, etc.

En esta investigación se realizaron búsquedas de registro de categorías para medir la comunicación a través de diferentes artículos como los de Gottman (1979) y Margolin y Wampold (1981); así como también de videograbaciones de la interacción de una pareja, en este ejercicio se rescató la importancia de observar en una interacción de pareja o de familia la comunicación no verbal y verbal es decir, la comunicación

analógica y digital, realizar taxonomías de comportamiento, el control de calidad de la observación: criterios y el análisis secuencial de los datos entre otros que nos apoyó para la elaboración de los reactivos del instrumento de comunicación presente.

Cabe mencionar que la primer etapa de la investigación quedó cubierta con la metodología para la elaboración de los reactivos durante el segundo semestre de la residencia en la materia medición y evaluación II asignada por el profesor Dr. Javier Villalobos, sin embargo es importante continuar con el análisis estadístico de los reactivos una vez aplicado a las 300 parejas.

Referencias

- Aguilar, M. (1990). Satisfacción Marital. Tesis de Licenciatura. Facultad de psicología UNAM. México, D. F.
- Barrios, R. y Martínez, L. (1991) Elaboración de un manual de repertorios funcionales básicos en parejas jóvenes: una alternativa cognitivo conductual. Inédita. Escuela Nacional de Estudios Profesionales, Iztacala. Tesis presentada para obtener el título de Licenciado en Psicología. UNAM. México, 1991.
- Beck, A. (1995). Con el amor no basta. México: Paidós.
- Costa, M. y Serrat, C. (1990). Terapia de parejas. Madrid: Alianza.
- Gilberts (1956). Self disclosure, intimacy and communication en families. The Family Coordinator, July; pp. 221-231.
- Gottman, J. (1979). Marital interaction: Experimental investigations. New York: Academic Press.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999). Estadística de matrimonios y divorcios. México.
- Leñero, L. (1972). Investigación de la familia. México: ANUIES.
- Leñero, L. (1976). La familia. México: ANUIES.

- Margolin, G. y Wampold, B. (1981). Sequential análisis of conflict and accord in distressed and nondistressed marital partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. No. 49, pp. 554-567.

3.3 HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO: ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA

A continuación se señalan dos productos tecnológicos que se llevaron a cabo durante la residencia.

3.3.1 Productos tecnológicos:

a) MODELO DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR DE MC MASTER

Realice la elaboración de material didáctico acerca de un modelo de funcionamiento familiar de Mc Master desde una perspectiva sistémica, desarrollado por Epstein, Bishop, Baldwin y su equipo de investigadores. Se elaboró durante un período de más de 25 años en la MC Master University y la Brown University.

La finalidad de elaborar este material fue promover el aprendizaje y la enseñanza en el proceso de la formación de terapeutas de la primera generación y subsecuentes de la Residencia en Terapia Familiar Sistémica, ya que es una herramienta de evaluación muy útil para comprender la estructura, la organización y las pautas interaccionales que se desarrollan en las familias.

En cuanto al sistema de evaluación, este modelo evalúa 6 áreas, las cuales se consideran que tienen mayor impacto en los problemas de los miembros de la familia y que repercuten en la salud emocional y física. Las áreas son las siguientes: 1. solución de conflictos, 2. comunicación, 3. roles, 4. respuesta afectiva, 5. involucramiento afectivo y 6. control de conducta. Cada una de las áreas mencionadas tiene un rango que va de mayor efectividad a menor efectividad. La mayor efectividad en todas las dimensiones conlleva a un bienestar emocional y físico, pero el funcionamiento más inefectivo en alguna de las áreas puede poner en peligro el sistema familiar, siendo estas familias las que presentan algún problema en su funcionamiento familiar. (Ver anexo 2)

b) Monografía de la obra de Milton Erickson

Trabajo realizado en coautoría con Virginia Morales Noguez, Guadalupe Mendoza Rodríguez y Miguel A. Ruiz González.

Realizamos una recopilación del trabajo de la obra de Milton Erickson con la finalidad de fomentar el aprendizaje en la formación de terapeutas de la Residencia de Terapia Familiar Sistémica, en la cual se aborda una breve biografía del autor y un marco bajo el cual el lector pueda comprender su obra y sus principales aportaciones tanto en el área clínica como en los contextos terapéuticos, además de cómo se inserta en el campo de la terapia familiar.

Durante mucho tiempo Erickson desarrolló un peculiar enfoque terapéutico. En 1953 establece un vínculo con quienes habían de ser los principales introductores de su obra en el ámbito de la terapia familiar sistémica. Jay Haley, colaborador de Gregory Bateson en el programa de investigación sobre la comunicación paradójica, asiste a un seminario que dictó Erickson sobre la hipnosis. A partir de ese momento Haley y otros estudian varios aspectos de la terapia e hipnosis Ericksoniana, interesado en su aplicación a la Terapia Familiar.

Por ejemplo, en el trabajo de la Terapia Breve MRI se hace uso de la “utilización”, por medio de la postura del paciente (su lenguaje, su sistema de valores, su actitud ante el problema, la terapia y el terapeuta) para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo. La Terapia Centrada en Soluciones, perfecciona la “utilización” empleando en el proceso terapéutico la postura de la familia para evitar posibles resistencias y postula que si el terapeuta conoce la forma en que ésta colabora, el trabajo terapéutico se optimiza. Jay Haley y Cloé Madanes han desarrollado un enfoque de Terapia Familiar Estratégica muy influida por la terapia de Milton Erickson, sosteniendo que el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica –basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad- que permita resolver los problemas del cliente, siendo uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital. También sus aportaciones en el ámbito de la comunicación fueron importantes al

aplicar ciertos aspectos de sus técnicas de hipnosis a otras formas de comunicación. De hecho se sabe del trance hipnótico que es un tipo especial de comunicación entre dos personas. El contenido del trabajo se encuentra sistematizado de la siguiente manera:

c o n t e n i d o d e l a m o d o l o g r a f i a	}	Antecedentes	
		Biografía	
		Generalidades de su obra	
		Supuestos a evitar	
		Características del terapeuta	
		Método naturalista	{
			Definición
			Premisas básicas
			Aportaciones clínicas
			Aportaciones terapéuticas
Hipnosis ericksoniana	{		
	Definiciones de hipnosis		
	Premisas básicas		
	Fases de la terapia ericksoniana		
	Elementos de las inducciones de trance		
	Técnicas para la inducción de trance		
	Aportaciones clínicas		
	Aportaciones terapéuticas		
Método de utilización	{		
	definición		
	principios basicos		
	aportaciones terapeuticas		
	Intervención en la pauta dentro de la terapia		
	Aportaciones de Erickson a algunos de los modelos terapéuticos de terapia familiar		
	Bibliografía		

3.3.2 Actividades de intervención comunitaria

“Taller de Interpretación de Genogramas”

Este taller fue dirigido a los alumnos de séptimo y noveno semestre de la carrera de Psicología, llevado a cabo los días 5 de noviembre y 11 de diciembre del 2003 en la facultad de psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, con una duración de 6 horas; solicitado por la profesora Mtra. Luz María Rocha Jiménez.

El objetivo principal de este taller fue interpretar y comprender las interacciones familiares durante por lo menos tres generaciones que se dan en las propias familias de cada uno de los estudiantes de séptimo y noveno semestre con el fin de sensibilizarlos y concientizarlos acerca de dónde vienen?, dónde están? y a dónde van?, con respecto a sus relaciones familiares, etc.

Las categorías fundamentales que se utilizaron para la interpretación de los genogramas fueron las siguientes:

Categoría 1: Estructura familiar. Esta es la primera zona de exploración, la cual nos ayuda a formular hipótesis sobre cuestiones, roles y relaciones familiares probables basadas en a) La composición de la familia, b) Las constelaciones fraternas y c) Las configuraciones familiares inusuales.

Categoría 2: Adaptación al ciclo vital. Implica la comprensión de las transiciones del ciclo vital a las cuales se esta adaptando una familia.

Categoría 3: Repetición de pautas a través de las generaciones. Las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación.

Categoría 4: Sucesos de la vida y funcionamiento familiar. Se refiere al entendimiento de cómo los sucesos de la vida están interconectados con los cambios en el funcionamiento familiar.

Categoría 5: Pautas vinculares y triángulos. Las pautas vinculares en las familias han sido caracterizadas como “íntimas”, “fusionadas”, “hostiles”, “conflictivas”, “distantes”.

Categoría 6: equilibrio y desequilibrio familiar. El equilibrio y el desequilibrio hablan del todo funcional de un sistema familiar. Considerando las categorías anteriores, se puede observar un equilibrio y un desequilibrio en las pautas de la estructura.

En general, los 15 participantes demostraron confianza, interés, entusiasmo y reflexión durante el proceso de la interpretación de su genograma previamente realizado por cada uno de ellos.

Reportaron que fue de gran ayuda visualizar de una forma gráfica la estructura de su familia, ya que lograron conocer y comprender las relaciones familiares, como los roles, la estructura, las repeticiones de pautas a través de las generaciones, pautas vinculares y triángulos, etc. que se dan en su familia y que es única; lograron identificar pautas “funcionales” y “disfuncionales”, comprometiéndose hacer cambios, por ejemplo en no consumir alcohol, expresar sus emociones y acercarse afectivamente con algunos de sus familiares, además de evitar transmitir las pautas que ellos identificaron como “disfuncionales” .

Jornada “los viernes y los jóvenes en el COE”

Actividades de la Jornada: “**Los viernes y los jóvenes en el COE**” , organizada por la Dirección General de Atención a la Comunidad Universitaria de la Universidad Nacional Autónoma de México , celebrada el día 26 de marzo del 2004, con una duración de 8 horas. En esta jornada participaron diferentes escuelas, facultades e institutos de UNAM. Se llevo a cabo en espacio al aire libre afuera de la Biblioteca Central de C. U. La actividad en la cual colabore, se titulo “**Los Jóvenes el uso y abuso de alcohol y drogas**”

Mi participación consistió en informar y sensibilizar a los estudiantes que acudieron al evento sobre el tipo, efectos y consecuencias del consumo de sustancias adictivas

como el alcohol, marihuana, cocaína, crack, anfetaminas e inhalables, etc. El material didáctico empleado para esta jornada fue una ruleta en la cual el estudiante debía de girar y explicar acerca de la sustancia adictiva que le había tocado. Se les proporcionó retroalimentación, información, dramatizaciones y folletos. Los participantes mostraron interés y curiosidad por conocer más acerca de sus efectos y además solicitaron direcciones de algunos lugares para que recibieran apoyo profesional familiares y amigos que consumían alcohol y drogas.

“La plática-taller ¿Cómo encontrar empleo?”

Este taller se llevo a cabo en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social pertenecientes a la Facultad de Psicología – UNAM, el día 25 de junio del 2004 con duración de 3 horas. El número total de participantes fue de 10 personas: 6 mujeres y 4 hombres entre 20 a 46 años de edad.

El objetivo general de este taller fue que los participantes adquirieran habilidades para conseguir o mantener un empleo satisfactorio , ya que uno de los aspectos más importantes para la vida de un individuo es la satisfacción laboral y la autosuficiencia económica. Un empleo provee la oportunidad de elevar la autoestima, retos estimulantes, reconocimiento social, redes de apoyo, interacciones placenteras con compañeros y una mejor situación económica.

En cuanto al procedimiento, en primer instancia se les dio la bienvenida realizando report y explicándoles los objetivos del taller. Se analizó la importancia de la búsqueda y mantenimiento de empleo, se motivo a que los participantes identificaran sus intereses, metas y habilidades laborales y así buscar el tipo de empleo satisfactorio hacia el cual orientar la búsqueda. Posteriormente se procedió a explicar los puntos clave para la elaboración de un currículum vital y el llenado de una solicitud de empleo, así como también las habilidades que se requieren para realizar una llamada telefónica para concertar una cita de empleo y asistir a una entrevista laboral. Las estrategias que

se utilizaron fueron dramatizaciones, retroalimentación, instrucciones verbales, trabajo en equipo, etc.

Durante el desarrollo del taller los interesados se mostraron muy participativos y cooperativos, argumentando que se llevaron información valiosa para ponerla en práctica, sin embargo, algunos participantes consideraron que la duración del taller se debería de llevar en más sesiones.

Taller ¿Mejorando la comunicación en mis relaciones interpersonales?

El taller se llevo a cabo en el Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social pertenecientes a la Facultad de Psicología – UNAM, el día 21 de mayo del 2004 con duración de 3 horas. El número total de participantes fue de 12 personas: 8 mujeres y 4 hombres entre 20 a 42 años de edad.

El objetivo general del presente taller fue que los participantes adquirieran habilidades para comunicarse con las personas que los rodean. Las técnicas y el material didáctico empleados consistieron en dramatizaciones, trabajo en pareja, retroalimentación grupal, ejercicios de reflexión, exposición del tema, folletos, proyector de acetatos, hojas blancas, lápices y plumones .

El contenido temático abarco la definición de comunicación, estilos de comunicación: a) clara y directa, b) clara e indirecta, c) encubierta y directa y d) encubierta e indirecta; categorías de la Comunicación verbal y no verbal: atender, peticiones Verbales, Expresión de Agradecimiento, Oraciones en Primera Persona, Solicitud de Opinión, Interrumpir, Palabras Hirientes, gestos, contacto físico negativo, ignorar, tono de voz, desaprobación, etc.

Los resultados de este taller fueron satisfactorios para los participantes, ya que reportaron que fue muy ameno, didáctico, divertido y sobre todo de mucho aprendizaje,

logrando identificar el estilo de comunicación que utilizan, comprometiéndose algunos a modificar su estilo para mejorar la comunicación con sus seres queridos principalmente con sus parejas e hijos.

Taller: “Comunicación y solución de conflictos en la relación de pareja”

Este taller se llevo a cabo en una guardería infantil privada, incorporada a la SEP, ubicada en la delegación Tlalpan, los días 4, 11 y 18 de febrero del 2003.

En total asistieron 11 personas: 3 parejas, y 4 mujeres y 1 hombre.

El objetivo general del taller consistió en proporcionar información, habilidades y herramientas de comunicación y solución de conflictos en la pareja conyugal para generar y mantener cambios benéficos en su propia interacción de la vida cotidiana.

Los objetivos específicos fueron los siguientes:

- Que las parejas conozcan las habilidades de comunicación y solución de conflictos.
- Que conozcan la comunicación verbal y no verbal
- Qué conozcan el proceso o los pasos a seguir para solucionar problemas de la vida cotidiana.
- Que apliquen las habilidades de comunicación que se necesitan para resolver los problemas cotidianos en una relación de pareja.

Estuvo dirigido a padres de familia con hijos de 0 a 4 años de edad. Se enfatizó que asistieran ambos miembros de la pareja. La duración del taller fue de 6 horas en 3 sesiones. El material didáctico que se utilizó fue el Proyector de acetatos, rotafolio, acetatos, cartulinas, folletos, plumones. Al inicio y al término de cada sesión se aplicaron técnicas de relajación

En general, el contenido del taller consistió en lo siguiente:

- La comunicación verbal y no verbal en la relación de pareja
- Factores que impiden la solución de un problema
- Áreas de la interacción en la pareja
- El proceso de solución efectivo de problemas

Por último, los participantes reportaron en forma escrita que les fue de gran utilidad los temas abordados y principalmente identificar la forma o estilos de comunicarse y resolver sus propios problemas.

3.3.3 Participación y asistencia en foros académicos

Ponencia: “El abordaje del modelo estructural en problemas de bajo rendimiento escolar”

Participé en el II Encuentro de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social, titulado **“Aportaciones de la Facultad de Psicología en Prioridades Comunitarias”** en el marco del 30 Aniversario de la Facultad de Psicología, el cual se llevo a cabo del 10 al 14 de noviembre del año 2003, en el Auditorio del edificio “A” de esta facultad.

Específicamente colabore como ponente en la mesa redonda: **“Experiencias Clínicas en el Trabajo con Familia”** con el tema : **“El abordaje del modelo estructural en problemas de bajo rendimiento escolar”**, el cual consistió en una investigación sobre el impacto de la aplicación del modelo estructural de intervención en 2 familias con problemas de bajo rendimiento escolar, que se encuentra descrita en este capítulo bajo el rubro habilidades de investigación.

Ponencia: “Historia, Quehaceres y Funciones del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

Colabore en el **“Tercer Congreso de Trabajos de Investigación Formativa”**, llevado a cabo por la Facultad de Psicología de la UNAM a través de la División de Estudios Profesionales del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2003 . Mi intervención como ponente fue en la mesa **“Estudiantes y Académicos de la Facultad de Psicología en los Centros y Programas Comunitarios”** con el tema: **“ Historia, Quehaceres y Funciones del Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”**.

La presentación incluyó la historia de cómo se conformó el centro de servicios, los objetivos y funciones: la formación teórico-práctica de los alumnos, la investigación y producción científica, la prevención y atención psicológica de calidad a estudiantes, administrativos, académicos, familiares y público en general, funcionar como sede de las residencias del programa de maestría y doctorado en psicología de la UNAM. También se abordó el tipo de terapia proporcionada en el año 2002, los diferentes programas de atención y la participación en eventos, etc.

Ponencia: “El Consumo de Alcohol y Otras Drogas, y sus Efectos en las Diferentes Áreas de la Vida Cotidiana del Ser Humano”

Participo en el “**VI Foro Internacional sobre Investigación en Adicciones y 4º Curso de Actualización en Adicciones**”, efectuados los días 15 y 16 de abril del 2005 en el centro Universitario de Ciencias de la Salud en Guadalajara; con el tema: “El consumo de alcohol y otras drogas, y sus efectos en las diferentes áreas de la vida cotidiana del ser humano”.

En la presentación se analizó el patrón de consumo en usuarios crónicamente dependientes de sustancias adictivas: alcohol y otras drogas en México con una población urbana entre 18 y 65 años de edad, los criterios de filtro de la población blanco, las repercusiones que tienen los usuarios del consumo de alcohol y otras drogas en sus vidas cotidianas por ejemplo en las áreas: Laboral (pérdida de empleo, suspensiones, amonestaciones, inasistencia), Marital/Familiar (divorcios, separaciones, violencia, agresión Física/Verbal), Social (agresión física/verbal, pérdida de amigos), Legal (Arrestos, problemas con la autoridad, robos, detenciones, demandas, delitos, encarcelamientos), Económico (deudas, cantidad de dinero gastado en el consumo), Físico (enfermedades, incapacidades, hospitalizaciones, padecimientos: gastritis, úlcera, cirrosis hepática, hipertensión, ácido úrico, diabetes, epilepsia, hígado graso o con alteraciones, pancreatitis), Cognitivo (lagunas mentales, dificultad para concentrarse), Personal (Intentos suicidas, pérdida de apetito, pérdida de peso, insomnio), Emocional (depresión, angustia, enojo, agresión) y Recreativo (Ausencia o disminución de actividades gratificantes).

Asistencias a Foros Académicos

- “II Coloquio Internacional sobre Prevención y Tratamiento de Conductas Adictivas”, organizado por la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, llevado a cabo en México, D. F. del 26 de febrero al 1 de marzo del 2002.
- “VIII Congreso: Calidad de Vida y Salud Mental Siglo XXI”, organizado por la Sociedad Mexicana de Psicología Clínica, A. C., llevado a cabo en México, D. F. del 28 de febrero al 3 de marzo del 2002.
- “Seminario de Terapia Centrada en Soluciones” llevado a cabo el día 20 de junio de 2002; con sede en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México organizado por la Mtra. Piedad Aladro Lubel

3.4 Habilidades de Compromiso y Ética Profesional

Consideraciones éticas de la práctica profesional

A lo largo de la estancia en la maestría, puedo decir que los residentes que formamos parte de la formación en la práctica clínica y de investigación desarrollamos habilidades de compromiso y ética profesional con la valiosa retroalimentación de cada uno de los supervisores y profesores, logrando un mejor desempeño profesional a través de las actitudes y conductas de confidencialidad, respeto, compromiso personal y social, tolerancia, evaluación y reflexión del trabajo realizado; por lo tanto haciendo un análisis de este aprendizaje puedo concluir que las familias, parejas o individuos que asistieron a solicitar terapia fue porque percibían dificultades en su vivir cotidiano ya que de alguna forma habían luchado por entender y solucionar la naturaleza de su experiencia antes de la terapia, y además, se percibía que se encontraban en una situación que se les dificultaba porque habían estado en interacciones con sus familias de origen, otras personas, comunidades e instituciones que contribuyeron a construir esa identidad o realidad no acorde con su propia satisfacción de estilo de vida. Por consiguiente, las familias o los pacientes acudían con la esperanza de que el psicoterapeuta tuviera el conocimiento especializado que ellos no poseían esperando que los orientáramos, apoyáramos, guiáramos en su proceso de experiencia de vida, por una parte y en otros casos, depositaban expectativas de que el profesionista tomara decisiones por ellos, solucionara problemas legales, recetara medicamentos, en la mayoría de los casos

pedían que les resolviéramos el comportamiento inadecuado de los hijos sin la asistencia de los padres o algún tutor, prontitud en la resolución del problema, la emisión de juicios de valor, y en un caso la expedición de constancias de asistencia para alguna institución aunque no asistiera a todas las sesiones la paciente. Considerando lo anterior siempre tuvimos cuidado en aclarar las falsas expectativas que nos consignaban, explicándoles el servicio que otorgamos, nuestras funciones, así como también los alcances y limitaciones del trabajo terapéutico, por ejemplo: en un caso donde fungí como terapeuta, una madre me solicitó que le recetara medicamento para su hijo ya que consideraba que era muy inquieto y no lo podía controlar; o en otro caso donde forme parte del equipo terapéutico, una madre con 3 hijos manifestó desde la primera sesión a la terapeuta que solo iba a acudir esa vez para que le resolviera su problema porque su esposo era infiel y necesitaba que le dijeran si estaba bien en dejar o abandonar a su esposo, asegurando que lo que le dijeran la terapeuta y el equipo ella lo iba a llevar cabo.

De tal forma que la acción de los terapeutas y el equipo terapéutico implicó un compromiso ético con los consultantes y el contexto relacional de éstos, por lo que considerando el Código de ética de la Sociedad Mexicana de Psicología, 2000-2004; puedo decir que estuvo presente el artículo 70, el cual refiere que los juicios y acciones profesionales y científicos del psicólogo pueden afectar la vida de sus pacientes o clientes, por lo que se tiene que estar en alerta y en guardia contra factores personales y sociales que puedan conducir al uso indebido de su influencia; en este sentido tuvimos la asesoría de supervisores, profesores y del mismo equipo terapéutico en donde se trabajó el aspecto emocional, nuestra familia de origen, posibles conflictos personales no resueltos, autoconciencia de nuestro trabajo terapéutico identificando nuestras capacidades y limitaciones, autoobservación de nuestro lenguaje analógico y digital y cómo estos impactan en nuestro discurso, interpretaciones e intervenciones, por lo que resultó de gran utilidad para mejorar nuestra actividad como terapeutas familiares; por lo tanto sería muy enriquecedor que el programa de maestría y doctorado solicitara a las instancias pertinentes de los centros de servicios psicológicos que se les brindara psicoterapia a los residentes durante su estancia y así lograr un

autoconocimiento de la influencia de la propia historia personal al quehacer profesional y viceversa.

Otras consideraciones éticas puestas en práctica están especificadas en el artículo 121 sobre el consentimiento informado, por lo que se obtuvo el permiso de las familias y pacientes para trabajar con la presencia de un equipo terapéutico detrás del espejo unidireccional y la autorización para ser videograbadas las sesiones. También se abordó la cuestión de la confidencialidad planteados en los artículos: 132, el cual habla que el psicólogo tiene la obligación básica de respetar los derechos a la confidencialidad de las personas que le consultan; 134, el cual refiere que el psicólogo discute la información confidencial obtenida en las relaciones clínicas o proceso terapéutico únicamente para los propósitos apropiados de tipo científico o profesional, y el artículo 67, el cual menciona que el psicólogo no menciona en sus trabajos escritos o al dar conferencias, información confidencial obtenida durante el curso de su trabajo, en el que se identifiquen sus pacientes.

De acuerdo a los Artículos 111, el psicólogo debe mantener relaciones de respeto a la dignidad de sus colegas; el artículo 1, habla sobre la competencia y honestidad del psicólogo al proporcionar los servicios, la enseñanza y la investigación basándose necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable y el artículo 30, refiere el principio de calidad de las intervenciones psicológicas, atribuyendo que el psicólogo efectúa solamente las intervenciones para las cuales posee la educación, formación, o experiencia supervisada, y la pericia necesarias. En referencia con estos tres artículos, la relación de aprendizaje y trabajo terapéutico de los que formamos parte de la primera generación de la residencia en la maestría, estuvo caracterizada por un ambiente de tolerancia y respeto, en cuanto a nuestros valores, actitudes, y las diferentes opiniones y estilos de trabajo, además nuestro trabajo desempeñado correspondió directamente con la formación sustentado en los fundamentos teóricos y prácticos que emanan de la terapia familiar sistémica, logrando calidad en el servicio y atención psicológica.

CAPITULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

4.1 RESUMEN DE HABILIDADES Y COMPETENCIAS PROFESIONALES ADQUIRIDAS

De acuerdo a uno de los objetivos generales de la residencia en terapia familiar sistémica, nuestra formación especializada como terapeutas familiares estuvo orientada con su esencial visión integrativa para abordar los problemas clínicos desde una perspectiva interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales como la pareja, la familia y la sociedad, considerando los diferentes contextos en los que se desenvuelven tanto económico, institucional, cultural, laboral, comunitario, escolar, etc.

De tal forma que las habilidades y competencias adquiridas durante el proceso de mi aprendizaje estuvieron en función de la asimilación de conocimientos con la práctica especializada bajo la supervisión de personal académico experto en el área. Como resultado de la experiencia formativa logre fungir en diferentes roles como parte de los equipos terapéuticos, terapeuta, coterapeuta, investigadora, ponente de conferencias, talleres; asistente de seminarios, cursos, etc., desarrollando diferentes aptitudes que se pueden identificar en los siguientes rubros:

Habilidades teórico conceptuales

A través del proceso de formación adquirí el conocimiento sobre las bases epistemológicas que sustentan a la terapia familiar sistémica y posmoderna, desarrollando habilidades para conceptualizar, manejar e identificar la especificidad de los diferentes modelos teóricos y su viabilidad en la aplicación clínica; a través de un aprendizaje grupal impregnado del análisis, reflexión y discusión en las diferentes actividades profesionales.

Habilidades de intervención clínica

De acuerdo a mi experiencia de la práctica clínica considero que la base fundamental del encuentro inicial del contexto terapéutico es el propiciar un vínculo de relación de trabajo entre el individuo, pareja o familia y el terapeuta, es decir, promover un ambiente empático, colaborativo, de comprensión, confianza, interés y aceptación posibilitando técnicas de enganche y de alianza terapéutica. Así como también definir motivos de consulta y objetivos que ayuden a dirigir las sesiones, que posibiliten la consecución y evaluación de los cambios alcanzados y terminar el tratamiento, además es importante mantener una postura de apertura y tolerancia ante las necesidades que surjan durante el proceso terapéutico y así reformular hipótesis o estrategias que promuevan el cambio.

Por otra parte logre adquirir capacidad de escucha y observación del proceso terapéutico, evaluar el tipo de problema y opciones de solución, identificar recursos y fuerzas dentro y entre los sistemas; de tal forma que se requirieron habilidades para diseñar, seleccionar y aplicar los diferentes métodos, procedimientos y técnicas necesarias para tratar las problemáticas señaladas por los usuarios, tomando en cuenta los diferentes contextos sociales y culturales en los que están inmersos.

Habilidades de investigación

En cuanto a la investigación y difusión del conocimiento, adquirí habilidades para diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación, desde una metodología cualitativa y cuantitativa, por lo que tuve la oportunidad de dar atención psicoterapéutica a familias con problemas de bajo rendimiento escolar en alguno de sus hijos, logrando reconocer la interdependencia entre el conocimiento científico, la práctica profesional y las necesidades e intereses de las familias, considerando los contextos sociales y culturales. De tal forma, que dió cabida a difundir el conocimiento generado como producto de dicha

investigación a nivel de congresos, lo cual fue enriquecedor como experiencia profesional, dejando apertura e interés hacia el quehacer científico.

Así como también desarrollé habilidades de análisis y aplicación de métodos observacionales, a través de la observación sistemática, semejanzas y diferencias de la metodología selectiva y experimental, logrando elaborar taxonomías de comportamiento para la construcción de un instrumento de comunicación afectiva en la interacción conyugal mexicana y así poder conocer el estilo que predomina en las parejas y posibles intervenciones de prevención.

Habilidades hacia la prevención.

Una de las competencias adquiridas en esta área fue la elaboración de actividades y proyectos de difusión enfocados a promover la salud comunitaria, lográndose aplicar en colaboración con los diferentes agentes e instituciones, a través de jornadas, talleres, conferencias, etc. con el objetivo de prevenir y resolver problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario, con temáticas como las consecuencias del consumo de sustancias adictivas en jóvenes, interpretación de genogramas en estudiantes de la carrera de psicología, mejorando la comunicación en las relaciones interpersonales, ¿cómo encontrar empleo?, comunicación y solución de conflictos en la relación de pareja, bajo rendimiento escolar y prevención de accidentes en el hogar.

Otra de las competencias en el programa de prevención que desarrollé fueron habilidades para crear procesos y dinámicas de aprendizaje que ayuden a la educación, sensibilización, prevención e intervención a la solución de problemas que necesita nuestra población.

Habilidades de ética y compromiso social

Considero que en cada una de la actividades profesionales que estuvimos involucrados como terapeutas familiares durante la estancia, se promovió el desarrollo de valores y actitudes necesarias de compromiso personal y social, de tal forma que al trabajar en equipo terapéutico mostré una postura de respeto, flexibilidad y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, estilos de trabajo de colegas y a políticas de instancias institucionales, así como también exhibí habilidades de confidencialidad, responsabilidad y sensibilidad a las necesidades de los usuarios, respondiendo ante ellos de manera profesional. Desarrolle la capacidad de autoconciencia de mi ejercicio profesional a través de la retroalimentación de los compañeros de trabajo, supervisores y profesores, logrando analizar con honestidad mi desempeño terapéutico apegándome a las normas de la ética, ser sensible a la necesidad de estar actualizada en las problemáticas abordadas para ofrecer cada vez un mejor servicio y además tener la apertura y responsabilidad de solicitar terapia personal cuando se requiera.

4.1.1 Incidencia en el Campo Psicosocial

Para poder comprender el campo de incidencia que un terapeuta familiar puede tener es importante considerar la compleja interrelación de las transformaciones sociales, culturales, políticas, económicas y de salud que influyen en las relaciones familiares, de tal forma que no todas las familias, parejas o individuos afrontan de la misma manera las situaciones o dificultades que se generan a través de estos cambios, además de considerar la unicidad de la interacción en las familias.

Por lo tanto, las problemáticas establecen demandas concretas a los diferentes profesionales dedicados al área de salud, en específico al trabajo psicoterapéutico, por lo que una de las alternativas es precisamente el abordaje del enfoque sistémico y socioconstruccionista, ya que se caracteriza por su visión recursiva en la atención de los procesos humanos en función del contexto y las relaciones, lo cual posibilita incidir en el bienestar del individuo

por medio de la atención primaria y secundaria de las diferentes problemáticas demandadas, así como también en el área de la investigación y difusión del conocimiento.

Particularmente, puedo decir que durante mi experiencia clínica en el programa de la maestría con residencia en terapia familiar se presentó con mayor frecuencia la demanda del servicio por problemas de relación de pareja, bajo rendimiento escolar, dificultades en la comunicación familiar, problemas de conducta en niños y adolescentes, depresión, violencia, abuso sexual y el consumo de sustancia adictivas, por lo que puedo concluir que el abordaje del enfoque sistémico y socioconstruccionista resultó viable y efectivo en dichas problemáticas, además práctico y de bajo costo económico por su brevedad. Por último, es de gran importancia estar inmersos en las áreas de prevención e investigación con el fin de generar estrategias o programas para los nuevos problemas que presenten las familias mexicanas.

4.1.2 Reflexión y Análisis de la Experiencia

Recuerdo que durante mi infancia me gustaba observar la naturaleza, por ejemplo el cielo, y cuestionaba porqué se movían las nubes, se metía el sol, caía granizo, crecían las plantas de mi casa, etc. Posteriormente al ingresar a la primaria, fui perdiendo el interés de observar la naturaleza y mi atención se centró en el aprendizaje automático de las materias de matemáticas, español, historia, etc. Durante mi estancia en la secundaria y bachillerato inicié a escribir e interpretar la historia de mi vida en un diario analizando mis sentimientos, temores, motivaciones, metas y aprendizajes en relación con lo que me rodeaba y es en este momento que empecé a interesarme sobre el comportamiento de los demás.

Al cursar la licenciatura en psicología, inicié mi práctica clínica a través del servicio social como terapeuta conductual infantil, abordando problemáticas de conducta en niños, como desobediencia, bajo rendimiento escolar, agresión, enuresis, aislamiento social, estrés, hiperactividad, etc., de tal forma que la atención se brindaba por una parte al infante y por otra a los padres, por medio de talleres educativos para tratar el comportamiento inadecuado de sus hijos,

remitiéndose generalmente a un solo factor para solucionar la totalidad de los problemas de la familia, sin embargo se percataba que en la mayoría de los

casos, los padres expresaban problemáticas en sus relaciones de pareja, por lo que mi interés profesional se enfocó en recibir entrenamiento para fungir como terapeuta en consejo marital, aportando en mi tesis de licenciatura, ciertas estrategias de intervención para abordar conflictos en las parejas.

Con esta experiencia, mi interés se fue esclareciendo, identificando mi necesidad de comprender ampliamente y aplicar estrategias y procedimientos oportunos para la prevención e intervención de las problemáticas desde una perspectiva integradora y así incidir en el bienestar de las familias mexicanas.

La oportunidad de haber formado parte de la primera generación del programa de maestría en terapia familiar es totalmente enriquecedora para mi desarrollo profesional, ya que mi formación estuvo inmersa de actividades teórico-prácticas en el área clínica supervisada y bajo la modalidad del trabajo en equipo con casos reales, lo cual contribuyó para mirar, comprender y abordar los problemas humanos desde un enfoque interaccional y circular entre el individuo y los otros sistemas sociales, siendo la pareja, familia y sociedad, sin olvidar los diferentes contextos en los que se desenvuelven como el deterioro ambiental, el desempleo, la pobreza, crecimiento demográfico, tecnología, alimentación salud, etc. así como también considerar el lenguaje y la construcción de significados que posibilitan la gestación y el mantenimiento de los problemas del ser humano.

De tal forma, que esta experiencia me llevo a contemplar a la familia como unidad de estudio y tratamiento, y poder desde este sistema abordar las dificultades que las personas expresaron durante el proceso terapéutico (bajo rendimiento escolar, dificultades en las relaciones de pareja, el consumo de sustancias adictivas, violencia, depresión, etc.) y a su vez generar un impacto en las diferentes esferas de la sociedad.

Cabe señalar que asumir esta postura tiene implicaciones que van más allá de las relaciones humanas, ya que incluye las relaciones de los humanos con su entorno desde un punto de vista recursivo, implica que, los humanos, como

seres vivos, están en una continua interacción con su entorno de forma tal que ambas partes (seres vivos y circunstancias) funcionan y cambian juntos, a esta postura es lo que se ha denominado por Keeney (1987) visión sistémica del mundo.

4. 1.3 Implicaciones en la Persona del Terapeuta y en el Profesionalista

Antes de mi formación terapéutica en la residencia, tenía la perspectiva de que el paciente obtenía el conocimiento, el aprendizaje, la autoconciencia, las habilidades, el bienestar etc., a través del terapeuta para afrontar o percibir de diferente manera su problemática, es decir, se absorbía el aprendizaje de una forma unidireccional: paciente \longrightarrow del terapeuta, sin embargo durante la practica clínica empecé a mirar de otra forma, ya que, considero que el aprendizaje es mutuo y recursivo : paciente \longleftrightarrow terapeuta, por un lado el profesionalista adquiere más experiencia terapéutica y puede generar más conocimiento para mejorar el estilo de vida de los seres humanos y por otro lado el terapeuta se conoce más a sí mismo como persona y porque no, también aprende a afrontar sus dificultades de la vida cotidiana; conociendo, escuchando, ayudando, elaborando, proponiendo y colaborando estratégicamente en construir puntos de vista alternativos que sean viables para el paciente que demanda la ayuda para resolver su dificultad y al hacerlo contribuye a percibir de diferente manera situaciones de la vida.

Del tal forma que la persona del terapeuta es una pieza importante dentro del proceso terapéutico, por lo que al vivir esta experiencia de aprendizaje conformada por la unicidad de cada uno de los casos atendidos, por la retroalimentación del equipo terapéutico y de los supervisores y por el contexto posibilitaron una autoconciencia de mi persona, de mi desarrollo emocional, cognitivo y relacional con mis posibilidades y limitaciones sobre el trabajo profesional, y como terapeuta familiar pude analizar la historia de mi familia lo cual he reafirmado aspectos que me definen como individuo, es decir, para tener un presente necesite tener un pasado, para ser lo que soy necesite un inicio, por lo tanto la base fundamental de mi ser es mi familia, ya que, todo individuo proviene de un sistema que lo define como tal. Así como también,

Identifique la estructura de mi familia, resaltando los recursos positivos que han sido propios de mi familia pero que han ayudado a afrontar las dificultades que se han ido presentando.

Referencias

- Andersen, T. (1994). El equipo Reflexivo. Diálogos y diálogos sobre diálogos. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1997). Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno en la terapia, Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M (2004). El coloquio relacional. Barcelona: Paidós.
- Andolfi, M. (2001) Terapia Familiar. Un enfoque interaccional. (178 p.), España: Paidós
- Bateson, G. (1998) Pasos hacia una ecología de la mente. Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Buenos Aires Argentina: Lohlé-lumen.
- Beltrán, L. (2004). El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos. En Eguiluz, L. (Comp.) Terapia Familiar (pp.197-223). México: Pax-Mex.
- Bertalanffy, L.V. (2002). Teoría general de los sistemas: fundamentos, desarrollo y aplicaciones. México: F. C. E.
- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995). Guía Breve de Terapia Breve. (1ª ed., 209 p.), Barcelona: Paidós.
- CONAPO (2001). Indicadores de hogares y familias. Recuperado 15 de enero del 2006 de www.conapo.com.mx.
- DIF(2005) Encuesta Nacional de la Dinámica Familiar, componente del diagnostico de la familia mexicana. .México DIF
- Eguiluz, L. (2004). La vida emocional dentro del matrimonio. Terapia y Familia. 16 (1).
- Esteinou, R. (2005). La parentalidad en la familia: cambios y continuidades. En M. Ariza & O de Oliveira (coord.), Imágenes de la familia en el cambio del siglo. (pp. 251-282). México: Instituto de Investigaciones sociales, UNAM.
- Feixas, G. y Villegas, M.B. (1990). Constructivismo y psicoterapia. Barcelona: PPU.

- Fish, R., Weakland, J. H. y Segal, L. (1994). La Táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia (327 p.), Barcelona: Herder.
- Foerster, V. (1996). Las semillas de la cibernética: obras escogidas. (Marcelo Pakman, ed.), Barcelona: Gedisa.
- Gergen, K. J. (1996) Realidades y Relaciones. Aproximaciones a la construcción social. Barcelona, España: Paidós, 1994.
- Guidano, V. (1995). Un enfoque constructivista de los procesos del conocimiento humano. En Mahoney, M. (Ed.). Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica. (pp. 115-129). España: Biblioteca de psicología.
- Gutiérrez L., y Castillo F. (2009). Consumo de Drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento en Centros de Integración Juvenil- Enero-junio 2008. Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y enseñanzas. Informe de Investigación 09-02, México.
- Haley, J. (1986). Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu editores (1980).
- Haley, J. (1999). Terapia para resolver problemas. Buenos Aires. Amorrortu.
- Haley, J. (1989). Estrategia en psicoterapia. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz..
- Hoffman, L. (1998). Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas. (4ª reimpresión, 328 p.) México: F.C.E.
- INEGI (2005). II Censo de Población y Vivienda. Tabulados básicos.
- INEGI (2006). II censo de población y vivienda 2005: síntesis de resultados, Estados Unidos Mexicanos, en WWW inegi.com.gob.mx.
- Keeney, B. (1987). Estética del cambio. Buenos Aires: Paidós. (L. Wolfson, trad. Primera Publicación 1983).
- Lorentzen G. (1986). Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la U.N.A.M. Tesis Maestría inédita, Facultad de Psicología. México
- Lyddon, W. (1998). Formas y facetas de la psicología constructivista. En: Neimeyer, R. y Mahoney, M. (comp.). constructivismo y psicoterapia (pp. 89-107), Barcelona: Paidós.

- Lyotard, J. (1992). La condición posmoderna. México: Editorial Iberoamericana.
- Macías, R. (1988). "Historia de la terapia familiar en México". En Revista de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar. México.
- McNamee, S. y Gergen, K. (1992). La terapia como construcción social. Barcelona, España: Paidós.
- Madanes, C. (1982) Terapia Familiar Estratégica. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mahoney, M. (1998). "La continua evolución de las ciencias y psicoterapias cognitivas". En Mahoney, M., Neimeyer, R. (comps). Constructivismo en psicoterapia. Barcelona: Paidós. 1998.
- Maruyama, M. (1968) The Second cybernetics, deviation, amplifying, mutual casual processes". American Scientist. Vol. 5. 164-179 pp.
- Maslow, A. H. (1970) Motivation and personality. New York: Harper and Row. Traducción en castellano: Motivación y personalidad, 2^{da} ed. Barcelona, 1975.
- Minuchin, S. (1999). Familias y terapia familiar. México: Gedisa.
- Molina, A. (1990). Ideología y terapia familiar. Psicoterapia y familia, 1990, vol.3, No 1.
- Nares D. (1991) Terapia Familiar Vivencial. México. Instituto de Terapia Familiar Vivencial.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. comps. (1998). El constructivismo en psicoterapia.(2^a ed., 411 p.) Barcelona: Paidós
- Ochoa de Alda, I. (1995). Enfoques en terapia familiar sistémica. España: Herder.
- O'Hanlon, W. y M. Weiner-Davis (1990). En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en psicoterapia. Barcelona, España: Paidós.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). Terapia Familiar: modelos y técnicas. México: Manual Moderno.
- Secretaria de Educación Pública (2006). Subsecretaria de Planeación y Coordinación. Dirección General de Planeación Programación y Presupuesto.
- Selvini Palazzoli, M., Boscoso L., Cecchin, G. y Prata, G. (1998). Paradoja y contraparadoja. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transición esquizofrenica. (2^a reimpr., 189 p.), Barcelona: Paidós.

- Sluzki, C. (1985). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. Sistemas familiares, Agosto, 65-69.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2000-2004). Código ético del psicólogo: México: Trillas.
- Tuirán, R. (2001). Estructura familiar y trayectorias de vida en México. En Cristina Gómez (comp). Procesos Sociales, población y Familia. Alternativas teóricas y empíricas en las investigaciones sobre vida doméstica. (pp.23-65), México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Vega, L. (2005). La Pobreza en México, Observatorio de la Economía Latinoamericana, numero 44, junio 2005.
- Watzlawick, P. Beavin y Jackson, D. (1997). Teoría de la comunicación humana. interacciones, patologías y paradojas. (262 p.), Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. y Fisch, R. (1995). Cambio. Formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder.
- Weakland, L., Fisch, R. Watzlawick, P. And Bodin (1974) Brief Therapy: Focused Problem Resolution. Family Process, Vol. 13, No. 2. PP. 141-168.
- Weiner, N. (1981). Cibernética y Sociedad. México: CONACYT.
- White, M. (2002). El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas. Barcelona: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993). Medios narrativos para fines terapéuticos. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2004). Guías para una terapia familiar sistémica. Barcelona, España.
- WWW. equidad.df.gob.mx. Programa General de la Atención y Prevención de la Violencia Familiar, 2008.
- [WWW.icesi](http://WWW.icesi.org.mx). Org.mx. Cuadernos del Instituto Ciudadano de Estudios sobre la inseguridad (ICESI), Quinta Encuesta Nacional sobre inseguridad (ENSI), 2008.
- WWW. inegi.org.mx. INEGI. Resultados de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo durante el primer trimestre, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN AFECTIVA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO (A)

EDAD: _____ **SEXO:** (HOMBRE) (MUJER)

OCUPACIÓN: _____ **ESCOLARIDAD:** _____

ESTADO CIVIL: _____ **TIEMPO DE SU RELACIÓN:** _____

No. DE HIJOS: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario pretende investigar la frecuencia de algunas conductas que usted podría utilizar para comunicarse en su relación de pareja. A continuación encontrará una serie de afirmaciones que usted puede realizar desde casi nunca hasta casi siempre. Debajo de cada afirmación encontrará la siguiente escala:

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

Deberá tachar aquel número que más defina la frecuencia con que usted realiza determinadas conductas en su relación. Es importante que conteste lo más sinceramente posible, los datos que nos proporcione serán de gran utilidad y manejados de forma confidencial.

ÁREA DE RESPONSABILIDADES DEL HOGAR

1. Cuando usted necesita que su pareja le ayude a realizar alguna actividad de la casa (como barrer, lavar los trastos, recoger la ropa, etc;) se lo pide amablemente, por ejemplo: ¿Podrías ayudarme a lavar los trastos?

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando su pareja le ayuda con las responsabilidades del hogar, usted se lo agradece de alguna forma en particular (con una palabra o una muestra de cariño).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Usted le expresa a su pareja sus propios sentimientos o molestias con un tono de voz adecuado cuando no responde o hace algo que le pide (por ejemplo: "me sentí molesta (o) cuando no compraste lo que te encargué del supermercado").

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando mi pareja no me apoya en los quehaceres domésticos, le grito o insulto para que lo haga.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Le pide opinión a su pareja en relación a los asuntos de la casa (pagos, compras, etc.)

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

6. Cuando usted y su pareja platican sobre las decisiones del hogar, le pone atención y le manda una señal de que lo (a) está escuchando (por ejemplo: "claro", "entiendo", "ya veo", "mm hum", "sí, sí").

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE CRIANZA DE LOS HIJOS

1. Al hablar usted y su pareja sobre la educación de sus hijos, lo (a) ignora o la interrumpe para impedir el diálogo.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. En una discusión entre usted y su pareja sobre el comportamiento inadecuado de alguno de sus hijos, usted se dirige hacia él (ella) con palabras hirientes o groserías.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando su pareja le pide que se haga cargo del cuidado de los niños, usted muestra una actitud de desacuerdo o desaprobación (por ejemplo: frunce el ceño, hace muecas desagradables, no le contesta, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Al hablar sobre la escuela de sus hijos con su pareja, usted realiza alguna otra actividad para distraerse del tema (por ejemplo: enciende el televisor o la radio, se sale de la habitación, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando hay algún desacuerdo sobre las reglas familiares (salidas de paseo, horarios para comer y dormir, hábitos de limpieza, etc.) usted sube el tono de voz o grita para no escuchar a su pareja.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA FINANCIERA

1. Usted le pide a su pareja más dinero utilizando un tono de voz adecuado, suave y en forma amable, justificando su petición o explicando la situación.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando su pareja gasta más dinero en sus gastos personales, usted le expresa su molestia con gritos y gestos desagradables (frunce el ceño, hace muecas, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Antes de realizar algún gasto importante (por ejemplo: comprar un comedor, un refrigerador, etc;) que desequilibre el presupuesto familiar, usted le pide opinión a su pareja.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando le pide dinero a su pareja y se lo da de mala gana o de mal modo, usted le expresa su molestia con palabras negativas (como "eres un (a) tacaño (a)", "eres un (a) codo (a)", etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA SEXUAL

1. Cuando usted y su pareja tienen momentos de intimidad, establece un contacto físico para expresarle sus sentimientos de forma positiva (por ejemplo: le sonrío, lo (a) acaricia, le toma la mano, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Si su pareja le insinúa el tener relaciones sexuales, usted lo (a) ignora.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando usted le expresa sentimientos de afecto a su pareja y él (ella) no le corresponde, lo (a) insulta u ofende.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Usted no corresponde a las expresiones de afecto o cariño de su pareja en presencia de otras personas.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Usted propicia la relación de intimidad mediante la expresión de sentimientos positivos verbales y no verbales, a través de palabras cariñosas, sonrisas, contactos físicos, etc.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente

(5) Casi siempre

ÁREA OCUPACIONAL (ESCUELA/TRABAJO)

1. Cuando su pareja llega tarde del trabajo, usted lo (a) ignora, no poniendo atención o no escuchando lo que le dice.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando su pareja le dedica más tiempo a su trabajo, y usted se molesta, le expresa su enojo haciendo referencia a su propia persona, por ejemplo: “me siento molesta (o) cada vez que llegas tarde” en lugar de “me molestas cada vez que llegas tarde”.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando su pareja le platica sobre su trabajo, usted escucha con atención y le demuestra su comprensión mediante señales (por ejemplo: palabras como mm hum, sí, sí, que más sucedió, te escucho, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando su pareja le platica de algún problema en su trabajo, usted le expresa afecto positivo (caricias, abrazos, tomarle la mano, o de alguna otra forma).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Si su pareja le comenta que en su trabajo le hicieron un descuento en su salario por impuntualidad, usted lo (a) desaprueba con comentarios hirientes o desagradables (por ejemplo: “eres un (a) irresponsable”, “eres un (a) inútil”, entre otros).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE ACTIVIDADES SOCIALES

1. Cuando sale con su pareja a una fiesta, usted le expresa afecto positivo enfrente de los demás (por ejemplo: con abrazos, caricias, sonrisas, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando su pareja la invita salir algún lado (al cine, al teatro, a tomar un café, etc;) usted se lo agradece de forma verbal (dándole las gracias) o de forma no verbal (con un beso, un abrazo, una caricia, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando su pareja invita amigos a su casa, usted lo (a) ignora o desaprueba cuando le comenta algo o le pide su opinión.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando van a salir juntos a algún lado, usted le pide opinión a su pareja para que decidan a dónde van a ir.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando hacen fiestas en su casa, usted le pide su apoyo de forma amable (por ejemplo: “¿podrías ayudarme a atender a los invitados?”).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE INDEPENDENCIA (PERSONAL Y DE PAREJA)

1. Cuando su pareja sale a divertirse sin usted, lo (a) desaprueba o ignora no poniéndole atención o no hablándole cuando él (ella) regresa.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente

(5) Casi siempre

2. Cuando su pareja le platica sobre sus amigos, usted le pone atención y le manda señales de que lo (a) está escuchando (“mm hum”, “sí, sí”, “claro”, asintiendo con la cabeza, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando su pareja toma decisiones sobre su relación sin consultarla y usted está en desacuerdo, lo (a) trata de forma negativa (por ejemplo: con un golpe o aventándole algún objeto).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando su pareja realiza o habla de sus actividades de interés personal, usted no le pone atención o lo (a) interrumpe para no seguir escuchándolo (a).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando su pareja usa ropa que a usted no le gusta, lo insulta o le dice cosas negativas (por ejemplo: “te ves mal o ridículo (a)”).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE RELACIÓN CON LA FAMILIA DE ORIGEN

1. Cuando visitan a la familia de su esposo y a usted le molesta o incomoda algo, lo expresa de forma negativa (con gestos o poniendo “mala cara”).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando su pareja le dice que para tomar una decisión en lo concerniente a su relación tiene que consultar a su familia, usted le expresa su desacuerdo o desaprobación (con gritos, insultos, palabras hirientes, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces

- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando tienen alguna discusión e interviene la familia de su pareja, usted le dice a él (ella) de forma amable que les pida que no intervengan.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando su pareja apoya a la familia de usted, se lo agradece con un abrazo, una sonrisa o simplemente dándole las gracias.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando su pareja le comenta sobre algún problema que sucede en su familia, usted lo (a) escucha, le pone atención y/o le demuestra comprensión.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

CUESTIONARIO DE COMUNICACIÓN AFECTIVA
PERCEPCIÓN DE SU PAREJA

EDAD: _____ **SÉXO:** (HOMBRE) (MUJER)

OCUPACIÓN: _____ **ESCOLARIDAD:**

ESTADO CIVIL: _____ **TIEMPO DE SU RELACIÓN:** _____

No. DE HIJOS: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario pretende investigar la frecuencia de algunas conductas que su pareja podría utilizar para comunicarse con usted en su relación. A continuación encontrará una serie de afirmaciones que su pareja puede realizar desde casi nunca hasta casi siempre. Debajo de cada afirmación encontrará la siguiente escala:

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

Deberá tachar aquel número que más defina la frecuencia con que su pareja realiza determinadas conductas en su relación. Es importante que conteste lo más sinceramente posible, los datos que nos proporcione serán de gran utilidad y manejados de forma confidencial.

ÁREA DE RESPONSABILIDADES DEL HOGAR

1. Cuando su pareja necesita que le ayude a realizar alguna actividad de la casa (como barrer, lavar los trastos, recoger la ropa, etc;) se lo pide amablemente, por ejemplo: ¿Podrías ayudarme a lavar los trastos?

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando usted le ayuda a su pareja con las responsabilidades del hogar, él (ella) se lo agradece de alguna forma en particular (con una palabra o una muestra de cariño).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Su pareja le expresa sus propios sentimientos o molestias con un tono de voz adecuado cuando usted no responde o hace algo que le pide (por ejemplo: "me sentí molesto (a) cuando no compraste lo que te encargué del supermercado").

- (1) Casi nunca

- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando usted no apoya a su pareja en los quehaceres domésticos, él (ella) le grita o insulta para que lo haga.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Su pareja le pide opinión en relación a los asuntos de la casa (pagos, compras, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

6. Cuando usted y su pareja platican sobre las decisiones del hogar, él (ella) le pone atención y le manda una señal de que lo está escuchando (por ejemplo: "claro" "entiendo", " ya veo", "mm hum", "sí, sí").

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE CRIANZA DE LOS HIJOS

1. Al hablar su pareja y usted sobre la educación de sus hijos, él (ella) la (o) ignora o la interrumpe para impedir el diálogo.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. En una discusión entre usted y su pareja sobre el comportamiento inadecuado de alguno de sus hijos, él (ella) se dirige hacia usted con palabras hirientes o groserías.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando usted le pide a su pareja que se haga cargo del cuidado de los niños, él (ella) muestra una actitud de desacuerdo o desaprobación (por ejemplo: frunce el ceño, hace muecas desagradables, no le contesta, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez

- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Al hablar sobre la escuela de sus hijos con su pareja, él (ella) realiza alguna otra actividad para distraerse del tema (por ejemplo: enciende el televisor o la radio, se sale de la habitación, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando hay algún desacuerdo sobre las reglas familiares (salidas de paseo, horarios para comer y dormir, hábitos de limpieza, etc;), su pareja sube el tono de voz o grita para no escucharlo (a).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA FINANCIERA

1. Su pareja le pide más dinero a usted, utilizando un tono de voz adecuado, suave y en forma amable, justificando su petición o explicando la situación.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando usted gasta más dinero en sus gastos personales, su pareja le expresa su molestia con gritos y gestos desagradables (frunce el ceño, hace muecas, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Antes de realizar algún gasto importante (por ejemplo: comprar un comedor, un refrigerador, etc;) que desequilibre el presupuesto familiar, su pareja le pide opinión.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando su pareja le pide dinero y usted se lo da de mala gana o de mal modo, él (ella) le expresa su molestia con palabras negativas (como "eres un (a) tacaño (a)", "eres un (a) codo (a), etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA SEXUAL

1. Cuando usted y su pareja tienen momentos de intimidad, él (ella) establece un contacto físico para expresarle sus sentimientos de forma positiva (por ejemplo: le sonrío, lo (a) acaricia, le toma la mano, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Si usted le insinúa a su pareja el tener relaciones sexuales, lo (a) ignora.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando su pareja le expresa sentimientos de afecto y usted no le corresponde, la (o) insulta u ofende.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Su pareja no le corresponde a sus expresiones de afecto o cariño en presencia de otras personas.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Su pareja propicia la relación de intimidad mediante la expresión de sentimientos positivos verbales y no verbales, a través de palabras cariñosas, sonrisas, contactos físicos, etc.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces

- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA OCUPACIONAL (ESCUELA/TRABAJO)

1. Cuando usted llega tarde del trabajo, su pareja lo (a) ignora, no poniendo atención o no escuchando lo que le dice.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando usted le dedica más tiempo a su trabajo, y su pareja se molesta, le expresa su enojo haciendo referencia a su propia persona (por ejemplo: “me siento molesta (o) cada vez que llegas tarde” en lugar de “me molestas cada vez que llegas tarde”).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando usted le platica a su pareja sobre su trabajo, ésta escucha con atención y le demuestra su comprensión mediante señales (por ejemplo: palabras como mm hum, sí, sí, que más sucedió, te escucho, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando usted le platica a su pareja de algún problema en su trabajo, ésta le expresa afecto positivo (caricias, abrazos, tomarle la mano, o de alguna otra forma).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Si usted le comenta a su pareja que en su trabajo le hicieron un descuento en su salario por impuntualidad, ésta lo (a) desaprueba con comentarios hirientes o desagradables (por ejemplo: “eres un (a) irresponsable”, “eres un (a) inútil”, entre otros).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE ACTIVIDADES SOCIALES

1. Cuando sale con su pareja a una fiesta, él (ella) le expresa afecto positivo enfrente de los demás (por ejemplo: con abrazos, caricias, sonrisas, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando usted invita a su pareja a salir algún lado (al cine, al teatro, a tomar un café, etc;), él (ella) se lo agradece de forma verbal (dándole las gracias) o de forma no verbal (con un beso, un abrazo, una caricia, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando usted invita amigos a su casa, su pareja lo (a) ignora o desaprueba cuando le comenta algo o le pide su opinión.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando van a salir juntos a algún lado, su pareja le pide opinión a usted para que decidan a dónde van a ir.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando hacen fiestas en su casa, su pareja le pide su apoyo de forma amable (por ejemplo:

“¿podrías ayudarme a atender a los invitados?”).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE INDEPENDENCIA (PERSONAL Y DE PAREJA)

1. Cuando usted sale a divertirse con su pareja, él (ella) lo (a) desaprueba o ignora no poniéndole atención o no hablándole cuando usted regresa.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando usted le platica sobre sus amigos, su pareja le pone atención y le manda señales de que lo (a) está escuchando (“mm hum”, “sí, sí”, “claro”, asintiendo con la cabeza, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando usted toma decisiones sobre su relación sin consultar a su pareja y él (ella) está en desacuerdo, lo (a) trata de forma negativa (por ejemplo: con un golpe o aventándole algún objeto).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando usted realiza o habla de sus actividades de interés personal, su pareja no le pone atención o lo (a) interrumpe para no seguir escuchándolo (a).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando usted usa ropa que a su pareja no le gusta, él (ella) lo insulta o le dice cosas negativas (por ejemplo: “te ves mal o ridículo (a)”).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

ÁREA DE RELACIÓN CON LA FAMILIA DE ORIGEN

1. Cuando visitan a la familia de usted y a su pareja le molesta o incomoda algo, lo expresa de forma negativa (con gestos o poniendo “mala cara”).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

2. Cuando usted le dice a su pareja que para tomar una decisión en lo concerniente a su relación tiene que consultar a su familia, él (ella) le expresa su desacuerdo o desaprobación (con gritos, insultos, palabras hirientes, etc;).

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

3. Cuando tienen alguna discusión e interviene la familia de usted, su pareja le dice a usted de forma amable que les pida que no intervengan.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

4. Cuando usted apoya a la familia de su pareja, él (ella) se lo agradece con un abrazo, una sonrisa o simplemente dándole las gracias.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre

5. Cuando usted le comenta sobre algún problema que sucede en su familia, su pareja lo (a) escucha, le pone atención y/o le demuestra comprensión.

- (1) Casi nunca
- (2) Rara vez
- (3) Algunas veces
- (4) Frecuentemente
- (5) Casi siempre