



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

FACTORES DE LA COMUNICACIÓN FAMILIAR Y GRUPOS DE APOYO QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA ENTRE SUS MIEMBROS

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:
AURORA VILLEGAS CORTEZ

DIRECTOR DEL REPORTE:
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILÉS

COMITÉ TUTORIAL:
MTRA. CAROLINA DÍAZ WALLS ROBLEDO
MTRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
MTRA. ANA MARÍA RAMÍREZ HERNÁNDEZ
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA

MÉXICO, D.F.

MARZO 2013



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.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a todos los que son y han sido parte de mi historia, algunos como piedra angular, otros como un samaritano que al pasar por el camino me han cobijado, otros muchos más que se han convertido en hermanos engendrados por el espíritu de la amistad. Gracias porque sin cada uno de ustedes mi vida no sería lo que hoy es, llena de colores, olores y horizontes.

A mi familia, el sistema en el que nací y me brindó todo lo necesario para ser la mujer que hoy soy.

Gracias Mamá, por tu gran valor, alegría y fe en la vida, tu fuerza es un canto que cada día le dice a la vida ¡SÍ!

A Papá, por la gran enseñanza.

A Bety, Jose, Juan y mi eternamente presente Ñani, mis hermanos y maestros. Sus rostros, sus risas y la ternura con que me miran corre por la sangre que compartimos y ha tejido nuestra historia.

A mis sobrinos, que me sensibilizan al redescubrimiento del mundo: Lulú, Alejandra, Ángel y Nora.

A mis abuelas y abuelos, por las tantas fortalezas con que dotaron a mi generación; abuelos migrantes, transformadores de realidad, apasionados y espirituales al mismo tiempo, que tendieron la mano a los necesitados, que bailaban y compartían el pan.

A mi familia alternativa: mis amigos, a ellos que han estado en el momento oportuno, impulsándome, compartiendo la vida, haciendo el camino, gracias por su presencia en mi vida que me lleva a afirmar cada día que “soy más cuando estoy contigo”.

A mis compañeros de generación, que fueron testigos de la vida nueva que se alumbró en mí en el proceso de formación.

A mi querida y entrañable Profesora Hortensia, sin quien no hubiera sido posible descubrir el maravilloso mundo de la psicología con ese toque de magia y ciencia que tanto disfruto.

A mis pacientes por lo que cada uno de ellos aporta a mi vida y a mi profesión.

Al ser que hace posible el milagro de la vida y la maravilla de coincidir con todos y todas, el Dios del Amor.

RESUMEN

El reporte profesional que se presenta comprende un recorrido desde los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica, los modelos terapéuticos que se desprenden de ella, su aplicación en el contexto socio demográfico en las sedes de la UNAM para la formación en Maestría en Psicología Profesional y así mismo plasma las habilidades adquiridas en el transcurso de dicha formación.

Se presentan dos casos clínicos en los que se aborda la manera en que las expectativas que depositamos en los otros, en este caso la pareja, pueden llevarnos a no asumir la realización de nuestros deseos, la satisfacción de nuestras necesidades y a no poder definir nuestros propios objetivos, como consecuencia de ello responsabilizar a la pareja de la falta de compromiso consigo mismo.

Se muestran resultados de investigación cuantitativa acerca de factores comunicacionales de la resiliencia en la familia que dio como resultado la creación de un instrumento que mide dichos factores, se presentan así mismo resultados de investigación cualitativa en la que se aprecia además la forma en que los grupos de apoyo promueven la resiliencia entre sus miembros; en ambos casos la investigación se enfocó a la dimensión de comunicación en tres factores: claridad, expresión emocional sincera y resolución cooperativa de los problemas

Por último, en las consideraciones finales se plasman las apreciaciones de lo que representó la formación profesional en el plano experiencial de la persona del terapeuta, como el vaso que se hace nuevo en manos del alfarero.

Palabras clave: Terapia Familiar Sistémica, factores de la comunicación, resiliencia.

ABSTRACT

The present professional report comprises a revision based on the epistemological foundations of Systemic Family Therapy and the therapeutic models emerging from it in order to develop applications into the socio demographics problems. Likewise, it reports the skills acquired during the course of such training. This study is framed under the program for training in Master of Professional Psychology of the UNAM.

Two cases are presented in which the difficulties arising from the expectations we place on our couples are addressed. In them it is discussed how such difficulties can lead to the incapacity to realize our desires, the lack of satisfaction of our needs and the incapacity to define our own ambitions. The most important result of all of this is the lack of commitment to our selves hidden behind the responsibilities that are put on the couple.

The report shows results of quantitative research about communication and resilience factors in the family. This research allowed the creation of an instrument that could measure such factors. On the other hand, it presents qualitative findings which showed also how support groups promote resilience among its members; in both cases the research focused on the communication dimension of three factors: clarity, emotional expression and sincere cooperative resolution of problems.

Finally, it presents appraisals of the description of how important is the vocation of the therapist and how it affects him at his most inner experiential level similar to the process of the creation of the vessel in the hands of the potter.

Keywords: Systemic Family Therapy, communication factors, resilience.

Índice

	Pág.
Capítulo 1	
1. Antecedentes y contexto de la terapia familiar.	
1.1 Características del campo psicosocial	7
1.1.2. Problemáticas presentadas	11
1.1.3. Terapia Familiar Sistémica, una propuesta terapéutica	13
1.2. Escenarios Clínicos	15
1.2.1. Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila	15
1.2.2. Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro	20
1.2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”	26
Capítulo 2. Fundamentos epistemológicos y modelos terapéuticos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	
2.1. Fundamentos Epistemológicos	33
2.1.1 Teoría General de los Sistemas	35
2.1.2. Cibernética	37
2.1.3. Teoría de la Comunicación Humana	38
2.1.4. Constructivismo y Construccinismo Social	41
2.2. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna.	
2.2.1. Modelo Estructural	45
2.2.2. Modelo Estratégico	51
2.2.3. Terapia Breve MRI	61
2.2.4. Terapia Breve Enfocada A Soluciones	69
2.2.5. Modelo de Milán	82
2.2.6. Enfoques Posmodernos: Terapia Narrativa y Colaborativa	91
Capítulo 3. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales	
3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas	99
3.1.1. Caso 1	99
3.1.2. Caso 2	107
3.2. Habilidades de investigación cuantitativa y cualitativa	115
3.2.1. Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cuantitativa	115
3.2.2. Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cualitativa	121
3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, atención y prevención comunitaria	130
3.3.1. Productos tecnológicos	130

3.3.2. Taller de inducción posgrado UNAM	130
3.3.3. Taller: “Encuentro conmigo misma”	132
3.3.4. Taller: “El cáncer en la familia”	141

Capítulo 4. Consideraciones finales

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.	149
4.1.1. Habilidades teórico conceptuales	149
4.1.2. Habilidades terapéuticas	149
4.1.3. Habilidades de investigación	150
4.1.4. Habilidades de docencia	151
4.2. Incidencia en el campo psicosocial	151
4.3. Reflexión y análisis de la experiencia	152
4.4. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional	152
4.5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.	155

ANEXOS

Anexo I. Instrumento: “Factores comunicacionales de la resiliencia en la familia”	158
Anexo II. Guías de entrevista a profundidad a participantes de las ESPERE: que ya han participado, que actualmente están participando y a facilitadores del grupo.	164
Epílogo	173

BIBLIOGRAFÍA	177
---------------------	-----

1. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

1. Análisis de la situación psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.

1.1 Características del campo psicosocial

Los escenarios clínicos en los que se realizó la residencia durante la formación, comprendieron principalmente las colonias aledañas a la Universidad Nacional Autónoma de México en la zona de El Pedregal en la Delegación Coyoacán y la zona de hospitales en la Delegación Tlalpan, al sur de la Ciudad de México.

Al ser una población ubicada en cercanía a la Universidad, sus habitantes muestran disposición hacia el proceso terapéutico, el que consideran una opción para cambiar las diferentes situaciones problemáticas por las que atravesaban.

Las problemáticas observadas entre las familias atendidas tienen relación con el estrés que genera en las personas y en las familias la falta de oportunidades de empleo y la pobreza, así como la dependencia que se genera en los lazos afectivos. Así mismo se observó frecuentemente violencia intrafamiliar, donde se pudo apreciar que la pobreza se convierte un factor estresante que puede desencadenar violencia, así también que generalmente quien juega el rol de violentador, tiene el antecedente de haber sufrido en su familia de origen violencia intrafamiliar, llevando la falta de establecimiento de límites a otros aspectos de su vida.

Las secuelas que deja la violencia en sus diferentes modalidades a quienes la sufren se puede observar en las elecciones de pareja y la dinámica que en dichas relaciones desencadenará el rol que cada uno de los miembros de la pareja y de la familia asumirá, lo que afecta como consecuencia la manera en que las personas se perciben a sí mismas y qué tanto se permitan fijarse metas con la confianza de poder lograrlas.

Por otra parte, la preocupación por la falta de oportunidades de empleo o bien por los bajos salarios, llega a convertirse en un factor estresante que puede desencadenar violencia como expresión de la desesperanza de quienes son los responsables de satisfacer las necesidades de la familia.

En 2008, el 18.7% de las mujeres y 17.8% de los hombres vivía en hogares en condiciones de pobreza alimentaria. Los hogares con jefatura masculina en condiciones de pobreza alimentaria representaban el 14.8% del total de hogares y los de jefatura femenina el 12.9%. Por su parte en pobreza de capacidades se encontraba el 20.9% de los hogares con jefatura masculina y 17.8% de los jefaturados por mujeres. En cuanto a pobreza patrimonial, los datos son 41.5 y 36.4% de los hogares con jefatura masculina y femenina respectivamente.

Las condiciones de pobreza en las zonas rurales son notablemente mayores que en las zonas urbanas. En pobreza alimentaria se encuentra el 8.3% de los hogares urbanos contra el 26.5% de los rurales; en pobreza de capacidades los porcentajes son 13.7 y 20.1%, respectivamente; finalmente en pobreza de patrimonio la situación es similar, 53.8% de los hogares rurales y 33.4% de los hogares urbanos. En todos los casos, los porcentajes de

hogares con jefatura masculina en condiciones de pobreza supera al porcentaje de hogares con jefatura femenina en las mismas condiciones.

Indicador	Año	Total	Hombres	Mujeres
¹ Porcentaje de hogares en pobreza alimentaria según sexo del jefe	2008	14.31	14.80	12.84
² Porcentaje de hogares en pobreza de capacidades según sexo del jefe	2008	20.07	20.83	17.79
³ Porcentaje de hogares en pobreza patrimonial según sexo del jefe	2008	40.16	41.40	36.43
⁴ Porcentaje de la población en pobreza alimentaria según sexo	2008	18.23	17.77	18.67
⁵ Porcentaje de la población en pobreza de capacidades según sexo	2008	25.08	24.65	25.49
⁶ Porcentaje de la población en pobreza patrimonial según sexo	2008	47.37	46.96	47.75

1 Inmujeres, Cálculos con base en INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

2 Inmujeres, Cálculos con base en INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

3 Inmujeres, Cálculos con base en INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

4 Inmujeres, Cálculos con base en INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

5 Inmujeres, Cálculos con base en INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

6 Inmujeres, Cálculos con base en INEGI. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2008.

Respecto a la falta de oportunidades de empleo, que va de la mano con la pobreza que viven las familias mexicanas, las estadísticas publicadas por el Inmujeres para el año 2010 nos dicen que:

En 2010, 77 de cada 100 hombres y 42 de cada 100 mujeres participan en actividades económicas. A pesar del incremento durante las últimas décadas de la participación femenina en el trabajo remunerado, sigue siendo muy por debajo de la participación masculina debido a muchos factores como la discriminación en las prácticas de contratación, remuneración, movilidad y ascenso; las condiciones de trabajo inflexibles; la insuficiencia de servicios tales como los de guardería así como la distribución

inadecuada de las tareas familiares en el hogar, entre otros. En este sentido, la tasa de participación de mujeres y hombres en el trabajo doméstico fue de 95.8 y 60.2 por ciento respectivamente (2010).

El ingreso promedio por hora trabajada fue de 30.2 pesos para los hombres y 29.0 para las mujeres; mientras que el promedio de horas trabajadas a la semana por parte de los hombres fue de 45.2 y por parte de las mujeres 37.4 horas. La PEA no ocupada o desempleada correspondió a 5.3 por ciento de la población masculina similar a la femenina, 5.2. Como resultado de la diferencia en la participación económica de hombres y mujeres, en la población adulta mayor (60 años y más) de igual manera se ven reflejadas pues en el año 2010 la tasa de jubilación de la población de 60 años y más edad fue de 51.6 para los hombres y 10.6 por ciento para las mujeres.

Indicador	Año	Total	Hombres	Mujeres
¹ Tasa de participación doméstica según sexo	2010	78.89	60.22	95.78
² Tasa de participación económica de la población de 14 años y más de edad según sexo	2010	59.17	77.55	42.52
³ Tasa de desocupación según sexo	2010	5.27	5.29	5.25
⁴ Ingreso promedio por hora de la población ocupada según sexo	2010	29.79	30.25	29.02
⁵ Horas promedio semanales trabajadas de la población ocupada según sexo	2010	42.29	45.22	37.46
⁶ Tasa de jubilación de la población de 60 años y más de edad según sexo	2010	24.45	51.62	10.62

1 Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010. Segundo trimestre/Base de datos

2 INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010. Segundo trimestre. Consulta interactiva de datos.

3 Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010. Segundo trimestre.

4 INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010. Segundo trimestre. Consulta interactiva de datos.

5 INEGI, Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010. Segundo trimestre. Consulta interactiva de datos.

6 Inmujeres, Cálculos a partir de INEGI. Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, 2010. Segundo trimestre.

De acuerdo a lo anterior, se aprecia que la cuestión económica es un factor estresante presente en gran parte de la población, que a su vez desencadena otras problemáticas como las observadas entre los pacientes atendidos: violencia intrafamiliar, falta de límites, adicción a sustancias, al juego o al sexo y algunos problemas psiquiátricos como depresión o trastorno por déficit de atención, estos últimos se observaron en familias multiproblemáticas, donde quienes mostraban el síntoma del sistema familiar fueron generalmente los niños y adolescentes.

1.1.2 Problemáticas presentadas

Las problemáticas que se presentaron con mayor frecuencia entre los pacientes atendidos fueron:

- Violencia intrafamiliar y en la pareja
- Infidelidad
- Adicción a alcohol, sustancias y juego
- Codependencia
- Abuso sexual
- Falta de oportunidades de empleo

El entorno que rodea las sedes en las que se llevó a cabo la formación se ubica geográficamente al sur de la Ciudad de México, cercano a la UNAM y a la zona de

hospitales de especialidades, por lo que la población que asistió a solicitar el apoyo terapéutico tenía conocimientos de lo que es la psicoterapia y en varios casos habían asistido ya en otras ocasiones a recibir este tipo de apoyo.

Del total de 15 familias atendidas, en 6 de ellas había personas profesionistas, en 5 llegaron a educación preparatoria y en 4 de ellas a educación primaria o secundaria.

Se pudo observar que en las familias de personas que llegaron a estudiar universidad las oportunidades de empleo, así como el ingreso familiar eran mayores que en aquellas que sólo llegaron a educación primaria o secundaria.

Se apreció también que la violencia intrafamiliar, así como las adicciones son factores independientes a la formación académica de las familias.

El abuso sexual se presenta como una constante en las familias con violencia, sin embargo quienes lo sufren como quienes lo perpetúan evitan hablar del tema, en la mayor de los casos lo minimizan o lo niegan, incluso como parte de la fidelidad al grupo.

Así mismo, se pudo observar que la violencia en la pareja, ya sea de tipo complementaria o simétrica, frecuentemente va acompañada de la codependencia que generan entre sí los miembros de la pareja.

1.1.3. Terapia Familiar Sistémica, una propuesta terapéutica

La intervención terapéutica desde la terapia familiar con enfoque sistémico permite conocer e intervenir desde la forma en que cada uno de los miembros del sistema familiar está respondiendo a la realidad, identificar los diferentes “*para qué*” del síntoma brinda al terapeuta mayor movilidad y alcance entre los miembros del sistema.

La respuesta que emerge desde el sistema familiar parte de sus fortalezas y limitaciones, lo que permite que el cambio sea según el momento de la familia, sus recursos, sus necesidades y posibilidades.

Dada la importancia que tienen los lazos afectivos, las creencias aprendidas y la identificación con el grupo familiar, la terapia familiar al promover el reconocimiento de cada uno de los miembros de la familia, así como la resignificación de las creencias y de la forma en que se han construido las relaciones dentro de la familia, promueve cambios que se verán reflejados en cada uno de los miembros del sistema, por lo que pueden enriquecerse no sólo de las miradas distintas que cada uno va teniendo de las situaciones y de las personas, si no de lo que cada uno de los miembros del sistema les devuelve acerca de sí mismos.

En la atención a las familias multiproblemáticas, la terapia familiar promueve cambios importantes en corto plazo, dicho cambio se hace palpable en la expresión de las personas desde el momento en que se sienten desetiquetados y comienzan a ver sus

problemas como algo manejable, esperado (lo normal dentro de lo anormal) y no determinante para su realidad.

Es frecuente escuchar entre los miembros del sistema que no se habían dado cuenta de la forma en que los otros integrantes de la familia los percibían, o bien de la forma en que han estado actuando ante los demás.

Si la familia en conjunto es quien creó el sistema de creencias por el que se ha regido, al ser la familia en conjunto quien desaprende dichas creencias y adopta otras más sanas y liberadoras, la validez y repercusión que dichas creencias tienen en cada uno de los integrantes de la familia es mayor.

Si bien es cierto que la terapia familiar explora relaciones y creencias desde la tercera generación, no se estaciona en el pasado de las familias y de las personas, si no que traslada dichas creencias al presente y le da una nueva vertiente, por lo que no borra en sí la historia del individuo, ni cae en revisiones exhaustivas del pasado, convirtiendo en herramientas prácticas para el presente lo que se conoce de la forma en que las personas han construido las creencias por las que se rigen.

De acuerdo a lo anterior, la intervención desde la Terapia Familiar con enfoque Sistémico se convierte en generadora de cambios que al mismo tiempo valida la particularidad de cada familia y persona, llevándolas a un nuevo equilibrio que sin oponerse a su naturaleza les permita una vida más plena.

1.2. Escenarios Clínicos

1.2.1. “Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila”

Este centro, que pertenece a la Facultad de Psicología, fue inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la entonces directora de la facultad, la Dra. Graciela Rodríguez. El objetivo principal de este centro fue ser sede para el entrenamiento práctico de estudiantes de maestría y doctorado.

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

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

I.Descripción del escenario

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

Los objetivos del CSP desde 1981 son: a) ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de postgrado, b) proporcionar al

estudiante una enseñanza práctica con supervisión directa, c) ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación y d) ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social (Sánchez, 2007).

II. Análisis sistémico del escenario

Dentro del Centro de Servicios Psicológicos se genera un proceso de trabajo que involucra a varias personas y grupos de trabajo. El centro cuenta con personal tanto administrativo como voluntario, asimismo, colaboran docentes y estudiantes bajo determinado programa de supervisión, formación en la práctica (estudiantes de licenciatura) y algunos proyectos de investigación (figura 1).

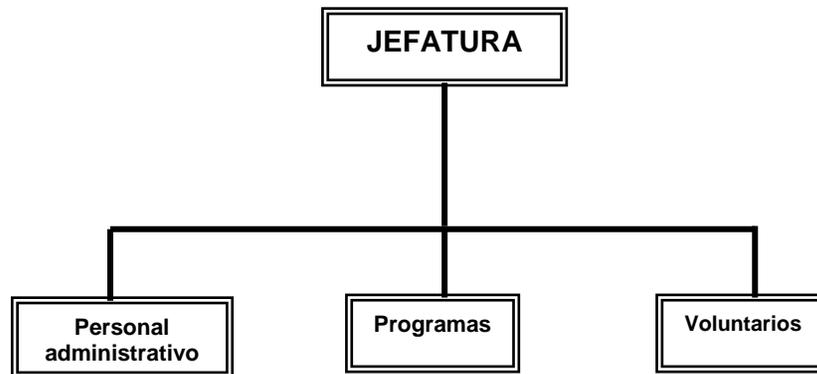


Figura 1: Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos

La jefatura se encarga del funcionamiento general del centro, tomando en cuenta las diversas canalizaciones, ya sean internas o externas, atención personalizada cuando se requiere, etc. El personal administrativo es quien se encarga de atender a los solicitantes

del servicio cuando acuden a solicitar el servicio por primera vez, a su preconsulta y a las citas correspondientes.

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

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

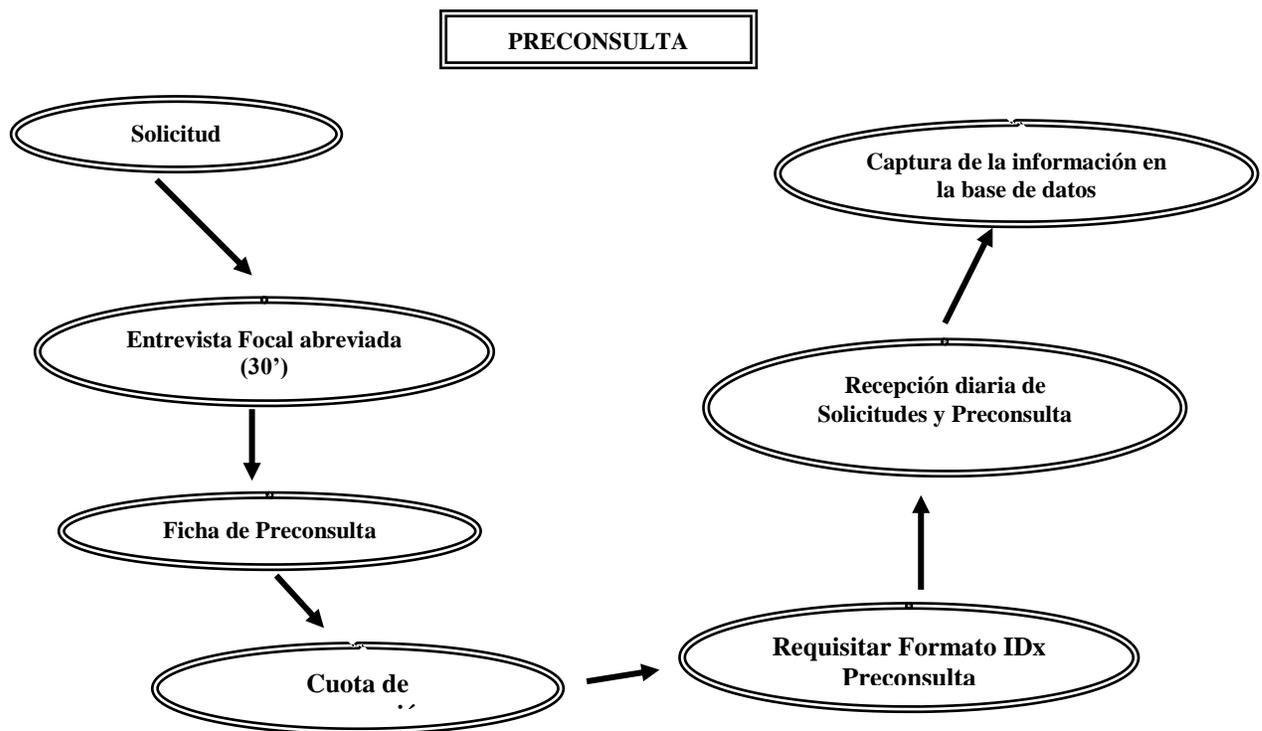


Figura 2: Tomado de Sánchez, (2007)

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

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

A continuación se presenta esquema del proceso de atención del Centro de Servicios.

Esquema del Proceso de Atención

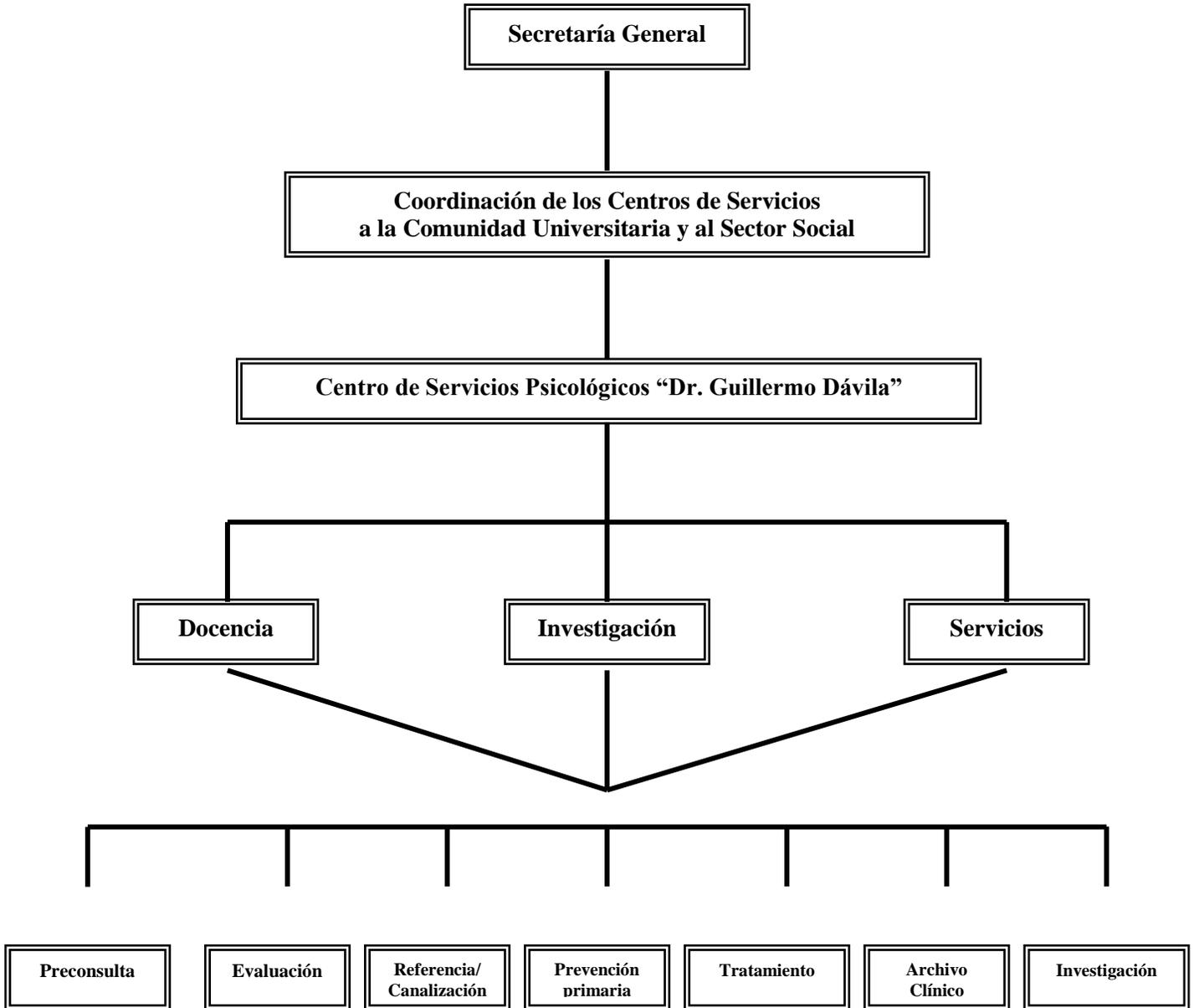


Figura 3: Tomado de Sánchez, (2007)

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

El trabajo realizado consistió, primeramente en hacer preconsultas, lo cual es una forma de identificar de manera más ágil los candidatos a terapia familiar. El trabajo principal fue el tratamiento y de manera secundaria algunos de los residentes participaron en las actividades de prevención para la comunidad, mediante la implementación de los talleres elaborados en la materia de Intervención Comunitaria.

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

1.2.2.Descripción del Centro Comunitario Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro

El Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”, se encuentra ubicado en la Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24, que pertenece a la Colonia Adolfo Ruíz Cortines, una de las 140 colonias de la Delegación Coyoacán.

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

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

I.Análisis sistémico del escenario

Los dos ejes de trabajo principales del centro son la prevención y el tratamiento, los cuales están a cargo de la Coordinación de Programas y la Coordinación de Servicios Terapéuticos, los cuales son coordinados por la jefa del centro y el personal académico responsable de cada programa.

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

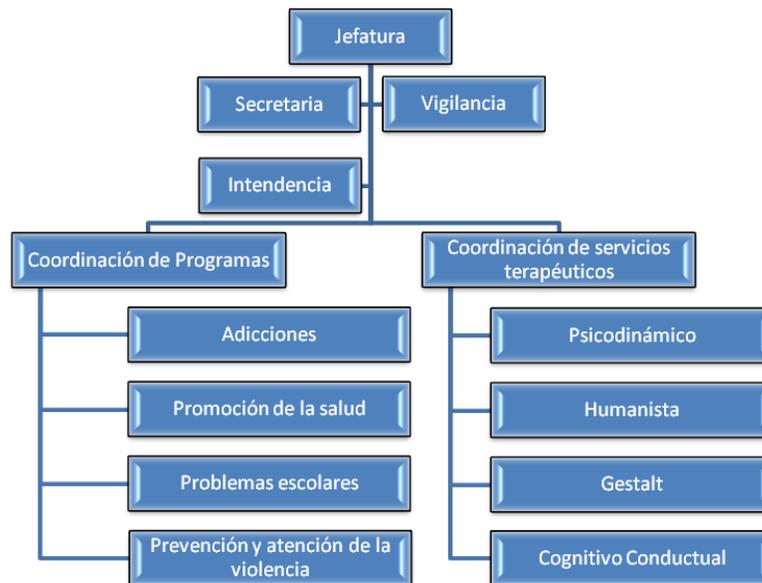


Figura 4.

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

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

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

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

Los dos ejes principales de trabajo del Centro Comunitario son la prevención mediante la impartición de cursos, talleres y cine-debate, así como el tratamiento.

Los programas con los que cuenta el centro son los siguientes:

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

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

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

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

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

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

Diagrama del Proceso de Atención del Centro Comunitario

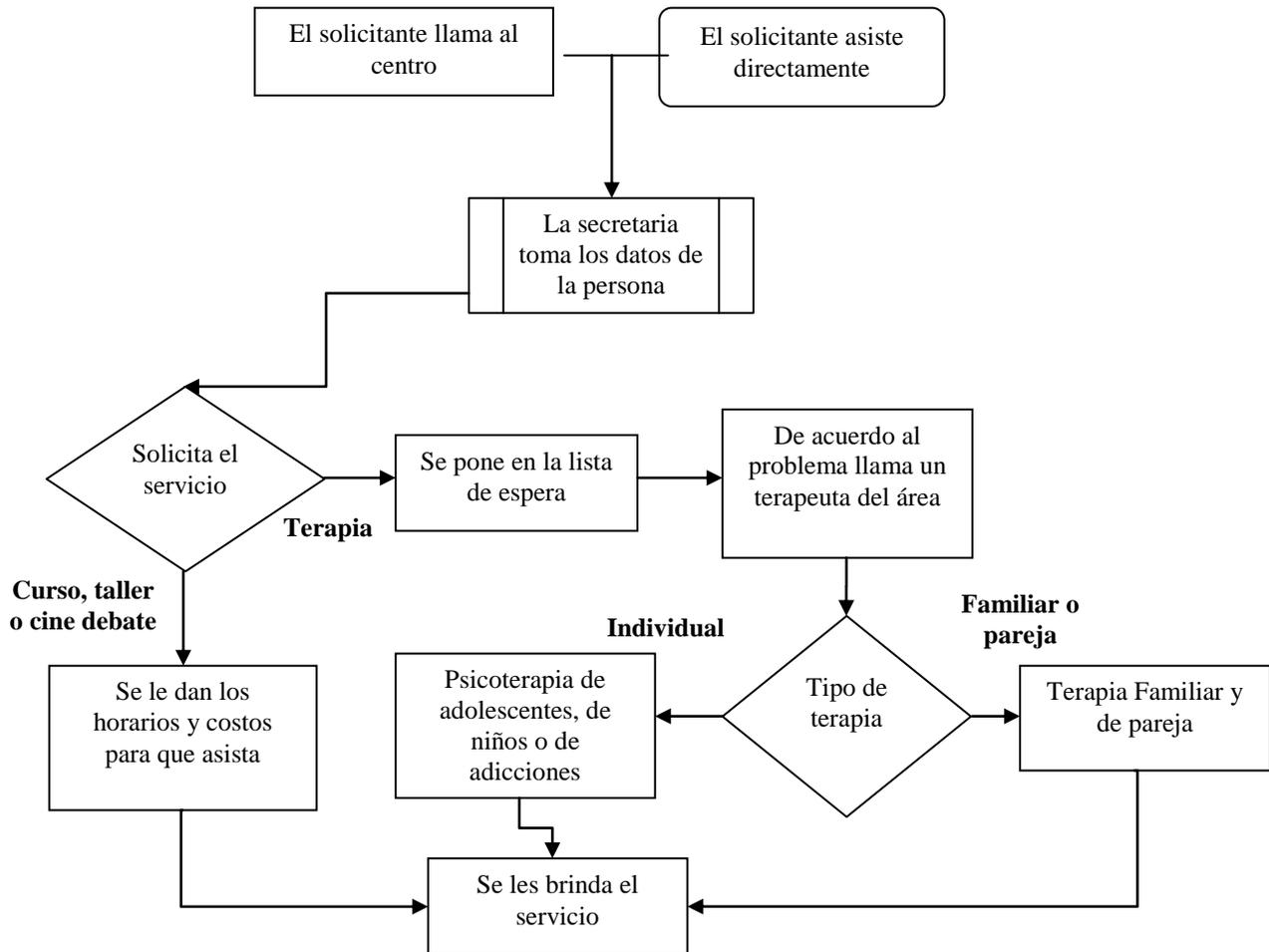


Figura 5

Como parte del programa de prevención el centro ofrece talleres y cursos fijos, dependiendo de la demanda del evento y de la disponibilidad de horarios que se tenga, se ofrecen nuevas actividades.

El trabajo terapéutico se basó en un modelo integral, ya que se utilizaron técnicas de intervención de los diferentes modelos sistémicos que se adecuaban a las características de

los pacientes, esta forma de intervención permitió que los pacientes llegaran a sus objetivos terapéuticos de una manera gradual.

1.2.3. Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Al cierre de *La Castañeda*, fue construido el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, el 24 de Octubre de 1966 y se encuentra ubicado en Av. San Buenaventura N° 86, en la Colonia Belisario Domínguez, delegación Tlalpan.

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

El Hospital Psiquiátrico Infantil, se especializa en atender problemas de salud mental en niños y adolescentes. La población que asiste a esta Institución, por lo regular son personas de escasos recursos, que no cuentan con otros Servicios de Salud y provienen principalmente del Distrito Federal y área metropolitana.

I. Análisis sistémico del escenario

Niveles de atención

El hospital, brinda atención a tres niveles:

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

El Hospital Psiquiátrico Infantil cuenta con un equipo multidisciplinario que incluye: enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, paidopsiquiatras, médicos generales y especialistas, odontólogos, terapeutas físicos y dietistas.

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

Estructura orgánica

- Dirección General Adjunta de Servicios de Atención Psiquiátrica.
- Dirección de Hospital Psiquiátrico.
 - Subdirección de Consulta Externa y Admisión.
 - Subdirección de Rehabilitación Psicosocial y Participación Ciudadana.
 - Subdirección de Hospitalización.

- Subdirección Administrativa.
- Subdirección de Centro Comunitario de Salud Mental.
- Dirección de Administración.
 - Subdirección de Contabilidad.
 - Subdirección de Programación y Presupuesto.
 - Departamento de Adquisiciones.
 - Departamento de Recursos Materiales y Servicios Generales.

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

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

- a) *Enseñanza*: Apoya la formación profesional de recursos humanos en diversas disciplinas afines a la salud mental y realiza actividades de investigación.
- b) *Atención Integral*: Comprende atención psiquiátrica, psicológica, social y de apoyo a la salud mental
- c) *Psiquiatría comunitaria*: Ofrece educación para la salud, medidas preventivas e intervención temprana fuera del hospital.

d) Hospitalización continua y parcial: Los servicios de urgencias y hospitalización continua atienden las 24 hrs. todos los días del año. Cuenta con los siguientes servicios:

- *Unidad de adolescentes.* Se divide en mujeres y hombres de 12 a 17 años. Atiende trastornos psiquiátricos graves como cuadros psicóticos, intentos suicidas y trastornos severos de conducta en hospitalización continua.
- *Paidea.* Es un servicio de consulta externa y hospitalización parcial a adolescentes de 12 a 18 años, con problemas de adicciones
- *Unidad de cuidados prolongados.* Brinda servicios de hospitalización a niños y adolescentes que han sido abandonados y padecen daño orgánico severo y retraso mental profundo

e) Consulta Externa. Está constituida por diversas clínicas:

- *Clínica del desarrollo.* Atiende a niños de 0-6 años con alteraciones físicas, intelectuales o sensoriales del desarrollo, o bien con algún daño orgánico o retraso mental.
- *Clínica del autismo.* Se proporciona rehabilitación física y psicomotora, terapia ambiental, en niños y adolescentes que padecen autismo.

- *Clínica de las emociones.* Atiende a niños de 6 a 12 años, que son canalizados por alteraciones en el estado de ánimo, como problemas de ansiedad, fobias, depresión, ideación suicida.
- *Clínica de conducta.* Se enfoca a atender niños de 6 a 12 años con Alteraciones de la Conducta como Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad.
- *Clínica de la adolescencia.* Se atiende a adolescentes de 12 a 17 años, que tienen problemas de estado de ánimo, conductuales o por la etapa de desarrollo.
- *Painavas.* Se atienden niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de abuso sexual.

En las áreas antes mencionadas trabajan equipos multidisciplinarios, entre ellos el equipo de Psicología que realiza las actividades de psicodiagnósticos, psicoterapia, orientación individual y grupal, así como apoyo a padres de familia con grupos psicoeducativos a nivel escolar y preescolar.

Dentro de la psicoterapia, se brinda: Análisis Conductual, Cognitivo-Conductual, Terapia Individual, Terapia de Pareja y Terapia Familiar.

Las prácticas de la Residencia de Terapia Familiar se llevan a cabo en el consultorio de dicha área, en los jardines aledaños y consultorios proporcionados por otras áreas. Los pacientes son canalizados a esta área por psiquiatras pertenecientes a las clínicas

descritas anteriormente, que detectan alguna dificultad en la familia y regularmente se tratan simultáneamente.

Proceso para ingresar al servicio de terapia familiar

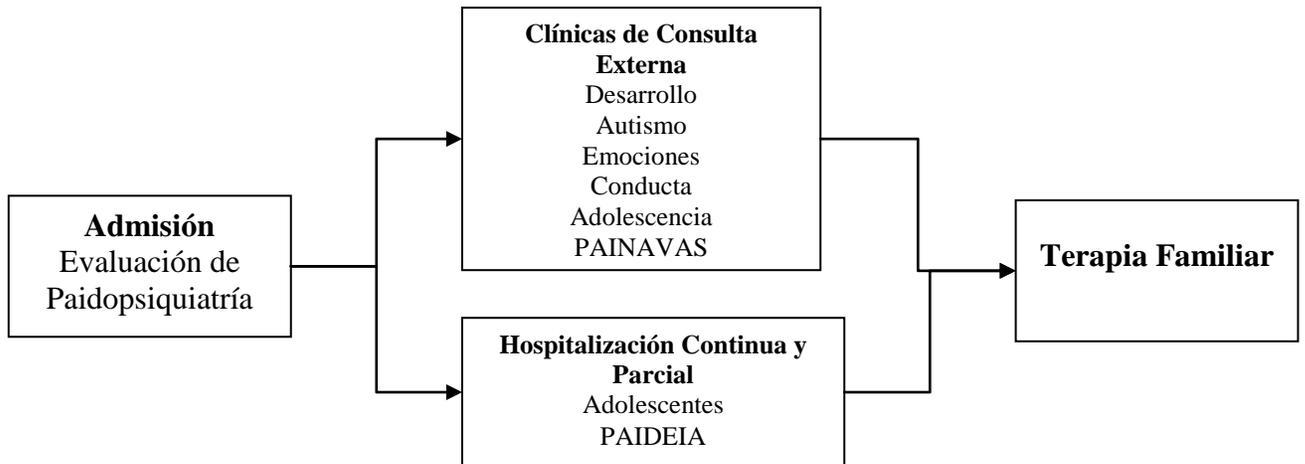


Figura 6

Las actividades que realizan los equipos multidisciplinares se enfocan a:

- *Enfermería.* Busca satisfacer las necesidades que se originan en la atención a pacientes que acuden a los servicios.
- *Trabajo Social.* Está dedicada a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial. Realizan el estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo de los servicios del hospital.

- *Rehabilitación Psicosocial.* Proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, así como obtener y conservar un ambiente vida satisfactorio, a través de actividades como: psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

2. Fundamentos epistemológicos y modelos terapéuticos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

2.1. Fundamentos Epistemológicos

Todo lo que se eleva converge

Teilhard de Chardin

En la década de los 40's confluyen desde diferentes corrientes del pensamiento personajes que de una u otra forma se fueron conectando y coincidieron no sólo en el espacio y el tiempo, si no en el pensamiento, en una corriente de ideas que abriría una nueva forma de conocer la realidad y comprender la conducta humana, así como las diferentes respuestas que el individuo da a ésta.

En el año 1942 se lleva a cabo la primera conferencia de la Fundación Josiah Macy en la que se reunieron personajes como Gregory Bateson, Von Neuman y Norbert Wiener, entre otros.

En el mismo escenario coincide Milton Erickson, quien en su experiencia como psicoterapeuta y en la práctica de la hipnosis había desarrollado técnicas de intervención novedosas, en las que se observaba el doble vínculo terapéutico. (Vargas, en: Eguiluz, 2004)

Debido a los conflictos bélicos de ese periodo de la historia, las conferencias Macy's tuvieron que ser suspendidas, siendo retomadas en 1946, de manera que el 8 y 9 de marzo de ese año dio comienzo el ciclo de conferencias que tuvo por nombre "Los mecanismos de retroalimentación y los sistemas de causalidad circular en la biología y las ciencias sociales".

Las conferencias Macy's tuvieron lugar de marzo de 1946 a abril de 1953, en este espacio de intercambios multidisciplinares surge también la Cibernética, que enfoca su objeto de estudio a los procesos de retroalimentación y control en el ser humano y las máquinas, lo que permitió construir sistemas artificiales y entender sistemas naturales.

En el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia" Bateson asentó los ejes sobre los que se desarrollaría la Terapia Familiar:

- La homeostasis
- El doble vínculo

Podemos decir que la propuesta principal de la Terapia Familiar es observar al individuo como un sistema en el entramado de las relaciones más importantes que influyen en su vida, tomando en cuenta para comprender la forma en que interactúa la importancia del lenguaje y la cultura en que se desenvuelve.

A continuación se expondrán los conceptos que permiten comprender a la familia como un sistema que se mantiene a partir de la comunicación y que busca llegar a un

equilibrio, retomando para ello las teorías que se encuentran en la base del pensamiento sistémico: Teoría General de los Sistemas, Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética.

Así mismo, se comentará de qué manera el construccionismo y el constructivismo enriquecen y amplían el marco en que se desarrolla la Terapia Familiar.

2.1.1 Teoría General de los Sistemas

De acuerdo a la descripción de Hall y Fargen citada por Watzlawick, se entiende por sistema "un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos", el autor amplía esta definición agregando: "los *objetos* son los componentes o partes del sistema, los *atributos* son las propiedades de los objetos y las *relaciones* mantienen unido al sistema". (Watzlawick,1991)

Como entes autónomos cada sistema se autogobierna y mantiene constante interacción entre sus miembros. Identificamos en los sistemas abiertos las siguientes características (Watzlawick, 1991):

- Totalidad – No sumatividad, no se puede entender a sus miembros aisladamente, los entendemos como partes del todo.
- Retroalimentación, la conducta de cada persona afecta la de cada una de las otras y es, a su vez, afectada por éstas, dicha retroalimentación puede ser negativa o positiva:

Negativa, disminuye la desviación de la salida con respecto a una norma establecida, promueve el mantenimiento de la homeostásis del sistema

Positiva, la misma información actúa como una medida para aumentar la desviación de la salida es decir, favorece el cambio.

- Equifinalidad, idénticos resultados pueden tener orígenes distintos. No sólo condiciones iniciales distintas pueden llevar al mismo resultado final, sino que diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas "causas". (Watzlawick, 1991).

La Teoría General de los Sistemas retoma así mismo la segunda ley de la Termodinámica, que refiere: “la entropía de un sistema aislado siempre aumenta hasta su máximo”, entendiendo por entropía la cantidad de energía acumulada sin utilizar en un sistema.

De acuerdo a la definición dada de retroalimentación negativa, podemos decir que en un sistema la entropía es el estado en que se encuentra el sistema cuando la comunicación entre sus miembros mantiene la homeostasis o equilibrio al que se ha llegado.

Los sistemas cerrados tienden a desaparecer, mientras que los sistemas abiertos, aquellos que permiten la influencia del exterior, se ven fortalecidos y aseguran su preservación.

Para comprender de qué manera la familia mantiene un equilibrio (homeostasis) y la forma en que ésta de pertenencia a sus miembros, se retoman conceptos de la Cibernética, ciencia que trata del mantenimiento de los sistemas.

2.1.2. Cibernética

Propuesta por Wiener, estudia la comunicación al interior del sistema y medios circundantes, el término cibernética se deriva de la voz griega kubernetes o timonel y significa gobierno, la cibernética se ocupa del mantenimiento del sistema a través de la comunicación, que es el intercambio de información: "Damos el nombre de información al contenido de lo que es objeto de intercambio con el mundo externo, mientras nos ajustamos a él y hacemos que se acomode a nosotros". (Wiener, 1981).

En la Terapia Familiar, la evolución de la cibernética de primer orden a la cibernética de segundo orden representa un cambio sustancial en la aproximación e intervención del observador en la realidad:

En la Cibernética de Primer Orden o de los sistemas observados el sistema observado se considera fuera del observador. (Sánchez y Gutiérrez, 2000). En su primer momento se caracteriza porque el observador se enfocaba a observar la manera en que el sistema mantenía la homeostásis mediante la retroalimentación negativa.

El segundo momento se caracterizó por enfocar su atención a cómo los sistemas pasan de la retroalimentación negativa a la retroalimentación positiva, para ello las

intervenciones terapéuticas estuvieron enfocadas al desequilibrio y reestructuración del sistema.

En tanto que en la Cibernética de Segundo Orden o de los Sistemas Observantes el observador es parte de la realidad observada y no sólo un organizador de ésta, de esta forma el terapeuta junto con la familia conforma el sistema terapéutico. El observador se hace parte de lo observado.

2.1.3. Teoría de la Comunicación Humana

De acuerdo a la propuesta de Watzlawick, Beaven y Jackson entendemos por comunicación la transmisión de información en la que se transmiten significados. (Watzlawick, 1991).

Como revisamos en apartados anteriores, una de las características de los sistemas es la retroalimentación, que consiste en el intercambio de información entre los miembros del sistema, en la que el significado que se transmite refuerza las conductas y creencias.

Las dinámicas de relación al interior del sistema familiar son reforzadas a través de la comunicación. Hablamos de retroalimentación negativa cuando las conductas y creencias reforzadas derivan en dinámicas que lastiman a la familia, como puede ser incluso la esquizofrenia, que como Bateson identificó, es una respuesta a la comunicación de doble vínculo.

El doble vínculo es el tipo de comunicación en el que existen al mismo tiempo dos mensajes opuestos, lo que dificulta su comprensión, como refiere Vargas en Eguiluz, 2004: Este tipo de mensaje provoca que la persona que ocupa el nivel inferior en la relación deba dudar de sus propias percepciones y no tenga, por tanto, acceso a metacomunicarse.

Por su parte la retroalimentación positiva lleva al cambio, a la pérdida de estabilidad o de equilibrio que ha mantenido la familia, por lo que generará una crisis que llevará al sistema a un nuevo equilibrio.

La comunicación, entendida como el intercambio de información, provoca una conducta. Intercambiamos información no sólo a nivel verbal, si no principalmente a través del lenguaje no verbal y el cuerpo. El sentido que cada persona atribuye a las palabras o acciones es el que marcará el rumbo de la interacción.

Los diferentes canales a través de los cuales nos comunicamos nos llevan a identificar dos tipos de comunicación:

Digital – conativa. Se refiere al contenido del mensaje, lo que se dice y no hay dificultad para interpretarlo: “*disfruto poder compartir contigo la tarde.*”

Analógica – relacional. Es la comunicación no verbal, puede haber diferentes interpretaciones del mensaje: “*sí, a ver si vamos al cine la próxima semana*” acompañado de una mirada que se desvía a otro lugar.

La interacción entre los participantes de la comunicación puede ser simétrica o complementaria:

- *Simétrica*, basada en la igualdad es decir, en ella los participantes de la comunicación interactúan a un mismo nivel.
- *Complementaria*, se basa en la diferencia: una persona está en un nivel superior y otra en uno inferior.

El modelo de comunicación circular obedece al principio de retroalimentación que hay en todo sistema, ya que en un círculo no hay comienzo ni fin. La Terapia Familiar permitió comprender la esquizofrenia dentro del proceso de retroalimentación que existe al interior del sistema familiar como una reacción que obedece y, por ende, perpetúa las reglas de ese contexto (Watzlawick, 1991) .

Se define a la interacción como la serie de mensajes intercambiados entre personas y a la conducta como la unidad de comunicación, partiendo de estos conceptos básicos se definen los siguientes axiomas en el proceso de la comunicación:

- Es imposible no comunicarse, cualquiera que sea nuestra conducta, ya sea que permanezcamos callados, emitamos algún mensaje, gesticulemos, etc., estamos dando información a los demás sobre nosotros.
- Toda comunicación implica un compromiso y define la relación, ya que impone conductas.

- Toda comunicación tiene un aspecto de contenido, éste nos indica qué tipo de mensaje es, y relacional, es decir, atiende a la relación de los participantes.
- La puntuación de las secuencias de comunicación define la relación, organiza los hechos de la conducta, la falta de acuerdo en este sentido genera conflictos en las relaciones.

2.1.4. Constructivismo y Construcción Social

Las corrientes Constructivista y Construcciónista permiten ampliar el marco de aplicación de la Terapia Familiar al flexibilizar el marco de intervención a los diferentes contextos y particularidad de personas y familias.

Constructivismo

Posibilita desde dentro del individuo la creación de una nueva narrativa, que fortalezca más la propia vida. La realidad representa una adaptación funcional del sujeto... el mundo en el que vivimos no es descubierto sino inventado. (Anderson, 1999).

De esta forma, el constructivismo permite en el espacio terapéutico movernos en una diversidad de enfoques con los que el paciente puede hacer suya la realidad, de tal suerte que ésta nutra su experiencia y fortalezca la conceptualización que tiene de sí mismo.

Construccionismo

Desde la sociedad permite nuevas miradas a la realidad, la cual se construye entre los individuos que a su vez se encuentran en constante transformación: sugiere una relación entre perspectivas individuales y procesos sociales, la naturaleza social del conocimiento, y por lo tanto una multiplicidad de interpretaciones posibles. (Anderson, 1999).

De acuerdo con Gergen (1985) citado en Anderson (1999), el Construccionismo social no ve al discurso sobre el mundo como un reflejo o un mapa del mundo, si no como un recurso para el intercambio comunal.

La construcción de la realidad se plantea como un toma y daca entre lo que el sujeto interpreta de la realidad y lo que su interpretación aporta para transformar dicha realidad, de tal suerte que los significados no son fijos ni permanentes sino que son continuamente influidos, contruidos y reconstruidos en el curso del tiempo.

En su aplicación a la terapia familiar, el construccionismo permite a la familia construir un relato desde la voz de cada uno de sus miembros que apoye su realidad familiar.

En el siguiente apartado se expondrán los modelos terapéuticos aprendidos durante la formación, partiendo del modelo estructural hasta llegar a los modelos posmodernos, en los que además de comprender la estructura de la familia se retoman elementos del contexto

en que ésta se encuentra insertada para realizar intervenciones que permitan a la familia y/o individuo construir una nueva realidad.

2.2. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención de la terapia familiar sistémica y posmoderna.

En el presente apartado se describen los modelos terapéuticos aprendidos durante la maestría, empezando por el Modelo Estructural en el que se describe con mayor detalle la forma en la que desde la visión sistémica se interpreta al sistema familiar.

Posteriormente se presenta el modelo Estratégico, en el que principal interés para el terapeuta es identificar y resolver problemas, seguido a este modelo se exponen los modelos de Terapia Breve enfocados al problema y a la solución.

Seguido de éstos, en el modelo de Milán, al integrar elementos del psicoanálisis y del contexto social a la visión sistémica, nos aproximaremos a una visión multidimensional de la familia para comprender su realidad y realizar intervenciones en las que el pensamiento paradójico tiene un papel importante.

Finalmente se presentan los modelos posmodernos: narrativo y colaborativo, en los que el terapeuta en una actitud de interlocutor puede desplazarse a través de los diferentes subsistemas a través de la resignificación de sus creencias y fortalezas, una de las premisas principales de estos modelos es que el paciente es el experto en su vida.

2.2.1. Modelo Estructural

I. Antecedentes.

La terapia familiar surge como apoyo a profesiones que atienden a la familia, consolidándose como disciplina a fines de los años 30, inscribiéndose en la corriente de pensamiento sistémico de donde toma los principios de la Teoría General de Sistemas para el trabajo con las familias.

En oposición al razonamiento lineal, que pretendía explicar la realidad mediante la causa – efecto, el enfoque sistémico propone un pensamiento circular, considerando al individuo y la sociedad como sistemas donde el primero queda contenido en el segundo.

De acuerdo con lo anterior la familia como sistema tiene las siguientes características:

Es un conjunto de elementos con distintas relaciones entre ellos y sus propiedades, que así mismo:

- Está en interacción dinámica, tanto al interior como al exterior del sistema.
- Pueden ser sistemas abiertos o sistemas cerrados. Los sistemas abiertos reciben retroalimentación de los sistemas externos; los sistemas cerrados no permiten el ingreso de información del exterior, con lo que se condenan a su autodestrucción.

- Totalidad – No sumatividad, no se puede entender a sus miembros aisladamente, los entendemos como partes del todo.
- Circularidad, sus miembros están en continua retroalimentación.
- Equifinalidad, diferentes causas pueden llegar a un mismo efecto.

Como antecedentes de esta corriente encontramos cómo en el trabajo con niños, con pacientes anoréxicos y con miembros sintomáticos de la familia, se observó que cuando éstos eran devueltos al ambiente familiar ocurría un retroceso en los avances logrados en la terapia, así mismo, Bateson, Jackson, Haley y Weakland, observaron en el tratamiento con esquizofrénicos que cuando éstos eran entrevistados con sus familias sufrían graves alteraciones del lenguaje y la conducta. Todo esto llevó a considerar la importancia de tratar a los pacientes con sus familias y no de manera aislada.

II. Principales Exponentes

Hacia 1968 Salvador Minuchin trabajando en la Child Guidance Clinic de Filadelfia, Estados Unidos, desarrolló el modelo estructural en terapia familiar, teniendo como colaboradores a Jay Haley, quien posteriormente se separa y crea el enfoque estratégico; Jorge Colapinto, Braulio Montalvo, Harry Aponte y Bernice Rosman.

III. Premisas Básicas del Modelo Estructural.

Desde el modelo creado por Minuchin, la familia como un sistema total está compuesto a su vez por subsistemas en constante interacción, de manera que el cambio en una de sus partes se verá reflejado en la funcionalidad del sistema como unidad, por lo que cuando se transforma la estructura del grupo familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo.

La terapia estructural se centra en intervenciones que en el presente contribuyan a que los miembros de la familia tengan una interacción que permita su desarrollo y plenitud, más que en interpretar el pasado.

En el análisis de los subsistemas que integran el sistema familiar, es necesario atender las características de cada uno de ellos, entre las que tiene un papel importante el ciclo vital por el que atraviesa la familia, ya que en cada una de las etapas de dicho ciclo se definen reglas y límites entre los subsistemas que posibiliten el desarrollo de sus miembros. Las seis etapas del ciclo vital van desde la selección de la pareja hasta la vejez compartida:

1. Selección de la pareja.
2. Transición y adaptación en la que la pareja establece los límites de convivencia y marca su autonomía frente a los padres.
3. Reafirmación como pareja y paternidad.
4. Diferenciación y realización en la que se consolida la estabilidad del matrimonio.
5. Estabilización, en ella se da un re arreglo de prioridades que conduce a la estabilización de ambos miembros de la pareja y del matrimonio. En

esta etapa se ubica la adolescencia de los hijos hasta la salida de casa del último hijo.

6. Enfrentamiento con vejez, enfermedad y muerte.

Así mismo es importante considerar que cada familia tiene sus particularidades y según las diferentes formas en que se ha constituido existen diferentes dinámicas en la relación.

IV. Conceptos Básicos.

A continuación se describen los conceptos que nos permiten analizar la estructura familiar y las interacciones que se dan entre los miembros del sistema.

Se entiende por estructura familiar el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia, donde un holón o subsistema es un todo y una parte al mismo tiempo: el individuo, la familia nuclear, la familia extensa y la comunidad. Cada holón en competencia con los demás, despliega su energía en favor de su autonomía y autoconservación como un todo. Los subsistemas que componen el sistema familiar, son:

- Conyugal, constituido por la pareja que establece los límites bajo los cuales van a convivir y a formar una nueva familia.
- Parental, incluye la crianza de los niños y las funciones de socialización.

- Fraternal, es para el niño el primer grupo de iguales con que participa, elaborando sus propias pautas de interacción para negociar, cooperar y competir.

Otros conceptos básicos del modelo, son:

- Paciente identificado, es el miembro de la familia depositario del síntoma.
- Roles, es el papel que desempeñan los miembros de la familia en cada subsistema.
- Límites, son las reglas que diferencian las funciones de cada subsistema y la relación entre ellos, hablamos de un funcionamiento familiar adecuado cuando los límites son definidos de forma clara.
- Límites rígidos (desligamiento), cuando la comunicación entre los subsistemas es difícil, observando entre los miembros de la familia un desproporcionado sentido de la independencia. Ante los problemas hay ausencia de respuesta.
- Límites difusos (aglutinamiento), cuando la distancia entre los miembros de la familia disminuye, dando lugar a un sobreinvolucramiento. Ante los problemas hay una respuesta excesiva.
- Alianza, es la unión por afinidad de dos miembros de la familia para lograr algo positivo.
- Coalición, la unión de dos miembros de la familia contra otro, tiene una connotación negativa.

- Jerarquías, definen las posiciones de los miembros de la familia en relación al poder.
- Triangulación, es la inclusión de un tercero en un conflicto de dos, a fin de no encarar de forma directa dicho conflicto.

V. Técnicas

Una vez realizado el diagnóstico estructural, que es la hipótesis que se formula el terapeuta respecto a las interacciones sistémicas que se dan en el contexto de la familia y el o los síntomas de sus miembros (Minuchin, 1986) podemos ubicar los cambios a los que queremos llevar a la familia, trazando así las metas terapéuticas.

Mediante el uso de técnicas podemos lograr determinados efectos en el sistema familiar, transformando la estructura familiar. Las diferentes técnicas de intervención se pueden clasificar en tres categorías: orientadas al reencuadre, la reestructuración y la construcción de la realidad de la familia.

VI. Consideraciones.

El modelo estructural en terapia familiar nos permite acercarnos a la familia con una visión integral de ésta, en la que no sólo se atiende a la forma en que está constituida, sino a las particularidades de cada uno de sus miembros como son la etapa de ciclo vital en que se encuentran y el contexto en que se ubican.

2.2.2. Modelo Estratégico

I. Antecedentes.

Se abordará el modelo estratégico en terapia familiar desde el enfoque de Jay Haley y Cloé Madanes. Ubicamos los antecedentes de este modelo en el trabajo que Haley realizó con Bateson y Weakland en Palo Alto, poco tiempo antes de la creación del Mental Research Institute. (Galicia, en Eguiluz, 2004)

Desde la propuesta de Haley el principal interés para el terapeuta es identificar y resolver problemas. En su trabajo se distinguen tres influencias:

- La concepción de comunicación desde el aporte de Bateson y Weakland.
- El enfoque de la terapia que adoptó Milton Erickson, donde las propias características del paciente son un recurso para la solución del problema, aún su resistencia al cambio.
- El acercamiento a la familia como un sistema en el que existen jerarquías, de acuerdo a los trabajos de Montalvo y Minuchin.

Haley y Madanes dirigieron juntos el Instituto de Familia en Washington y entre otros desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas.

II. Principales Exponentes

Entre los principales exponentes ubicamos a Jay Haley y Cloé Madanes. Algunos autores (Sánchez y Gutiérrez, 2000) refieren también a Don D. Jackson, John Weakland, Richard Fisch y Paul Watzlawick.

El grupo de Milán: Boscolo, Cecchin, Hoffmann, Penn, Selvini-Palazzoli, Prata ha empleado así mismo algunas de las técnicas del modelo estratégico, a las que se suma el aporte de Carlos Sluzki en lo que a las pautas paradójicas se refiere. (Sánchez y Gutiérrez, 2000)

El enfoque estratégico desde los trabajos de Haley y Madanes se centra en los motivos de consulta de la familia, poniendo énfasis en la organización de las jerarquías del sistema, el contexto social en que ésta se ubica, las estrategias intentadas previamente y los objetivos del cliente.

Al trabajo de Haley se suma el de Madanes, quien al análisis de las jerarquías en la organización familiar, agrega los niveles de interacción metafórica, donde la metáfora cumple funciones interaccionales tales como comunicar, fomentar relaciones íntimas y dificultar la solución de problemas, de manera que en la organización familiar el terapeuta transformará las metáforas de violencia por metáforas de amor.

El síntoma en este sentido puede tener diferentes funciones (Haley, 1989):

- Definir la relación, que puede ser simétrica, complementaria y metacomplementaria.
- Es una forma de tratar con otras personas
- Indica las pautas formales de comunicación

Conforme a lo anterior, la principal tarea del terapeuta es saber identificar el problema para traducirlo a cuestiones resolubles y de esta forma dar directivas a la familia que corten los ciclos de comportamiento bajo los que han funcionado, mediante alternativas que lleven a la transformación de dichos ciclos.

III. Premisas Básicas del Modelo Estratégico.

Las premisas básicas de este modelo, se refieren a los siguientes aspectos:

- No hablar de síntomas, estados mentales o estados anímicos generales, esto reduciría la mirada al individuo y dejaría de lado la unidad social a la que pertenece el cliente.
- Las características personales de cada cliente constituyen un recurso para el proceso de cambio: el lenguaje, su sistema de creencias, intereses y motivaciones, conductas presentes, síntomas y la resistencia. (Haley, 1983)
- Aceptar, promover e incluso alentar la resistencia es de utilidad para rodear las limitaciones aprendidas por el cliente. (Haley, 1983)

- La queja del cliente se ha dado en la interacción: “está compuesta por una serie de actos y comportamientos” (Galicia, en Eguiluz, 2004) es por ello que el objetivo del terapeuta será modificar los comportamientos.
- El terapeuta forma parte de la unidad social en la que se ubica la queja del cliente, de manera que influye tanto en el cliente como en las personas cercanas a él en diferentes niveles.
- En la identificación y solución del problema, es necesario considerar el contexto social en que éste se desarrolla e incluir a los otros profesionales que están en contacto con el paciente.
- Para la solución de problemas es necesario que el terapeuta delimite la unidad social en la que puede intervenir.
- El resultado que logre el cliente en la solución del problema es lo que define la efectividad de la terapia, en este modelo no es un objetivo iniciar un proceso psicodinámico, sino dar respuesta al problema actual y en el presente dar solución a éste.
- Una característica importante de este enfoque es que es directivo, la manera en que el terapeuta interviene es a través de *directivas*, mismas que Haley define como: “todo cuanto se haga en terapia”...”toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo” (Haley, 1980, en Eguiluz, 2004)

IV. Conceptos Básicos.

De acuerdo a la propuesta del modelo estratégico los conceptos básicos son como se describen a continuación:

- Jerarquía y poder. La familia es vista como una organización que puede poner en riesgo las jerarquías confusas, por lo que es necesario identificar las coaliciones en los distintos niveles jerárquicos y promover una jerarquía congruente.
- Las directivas como una forma de promover el cambio e intensificar la relación del terapeuta con la familia.
- Paradoja, prescripción que se sale de la “lógica” de la familia y de manera voluntaria e involuntaria a la vez, lleva al paciente a realizar lo que el terapeuta le pide.
- Metáfora, analogía del síntoma con los diferentes niveles de interrelación del paciente.

Niveles de interacción metafórica (Madanes 1990, 1993, en Eguiluz, 2004):

1. Dominio y Control, en este nivel de relación las personas implicadas tienen el fin de dominarse unos a otros. Entre las conductas que caracterizan este nivel están la drogadicción, delincuencia, trastornos de conducta y comportamientos extravagantes. Los sentimientos presentes en este nivel de interrelación son el temor y el dolor.

2. Ser amado, se refiere al deseo de ser amado y se caracteriza por síntomas psicossomáticos, depresión, angustias, fobias, soledad y trastornos de la alimentación.
3. Amar y proteger, con este deseo pueden aflorar tanto las virtudes de las personas como su posesividad, dominación, intrusividad e incluso la violencia.
4. Arrepentirse y perdonar, en este nivel de interrelación se ubica la vergüenza de la familia por lo que no ha hecho, por lo que no ha hecho o bien, por lo que no se puede perdonar.

V. Técnicas

En el modelo estratégico, la intervención del terapeuta comienza desde la primera entrevista, misma que de acuerdo a Haley (1998) comprende cinco etapas:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <i>1. Social</i> | Esta primera fase se enfoca a hacer sentir cómoda a la familia y obtener Información general de sus miembros: nombre, edades, ocupación. |
| <i>2. Planteamiento del problema</i> | Este momento se puede considerar el inicio de la terapia, por lo que las preguntas deben ser concretas sobre la queja. |
| <i>3. Interacción</i> | Pasadas las dos primeras etapas, el terapeuta promueve la |

interacción entre los miembros de la familia a fin de obtener información para definir la naturaleza del problema, el tipo de relación entre los diferentes subsistemas, estructura familiar, la función del síntoma, así como desde qué posibles lugares abordar el problema.

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <i>4. Fijación de la meta</i> | La familia definirá los cambios que desea lograr y en base a ello establecerá los objetivos del tratamiento. |
| <i>5. Conclusión de la entrevista</i> | Para terminar la primera entrevista, terapeuta y paciente (s) acordarán la fecha y horario de la próxima sesión. |

Una vez que el problema es identificado, éste se traduce a cuestiones resolubles, el terapeuta entonces da a la familia directivas para modificar el comportamiento que han venido observando.

Las técnicas que son empleadas por el terapeuta como directivas pueden ser directas o indirectas, dependiendo de la realidad propia a cada familia.

En las *directivas directas*, como su nombre lo indica, el terapeuta da instrucciones claras y precisas acerca de lo que deberán realizar. Por ejemplo, en el caso de una pareja que discute constantemente, la instrucción podrá consistir en cambiar el lugar y horario de

la pelea, si ésta inicia en el comedor a la hora de la cena, tendrán que esperar a que sea la hora de prepararse para irse a dormir y discutir en la recámara.

Este tipo de directivas funciona con pacientes que necesiten de una dirección puntual.

Las *directivas indirectas* son de especial utilidad con clientes en los que se observa mucha resistencia, ya que en ellas se pide algo para que no se cumpla. De forma paradójica el cliente cumplirá con la directiva, tanto si lleva a cabo lo que le pide el terapeuta, como si no lo realiza.

La elaboración por parte del terapeuta de las directivas paradójicas será diferente en cada caso, sin embargo, según la realidad de cada familia se pueden diferenciar ocho etapas, de acuerdo a la secuencia que se describe en el Cuadro 1. “Etapas de la Intervención Paradójica”.

A continuación se describen las principales técnicas que propone el modelo estratégico:

- Redefinición del síntoma, que puede ser incluso una connotación positiva, a fin de traducir el problema en algo resoluble. Como ejemplo de la redefinición se cita el caso de un hombre que acude por depresión a consulta y el terapeuta redefine la depresión como una irresponsabilidad, con lo que transforma el problema en una cuestión más fácil de resolver. (Madanes, 1982)

- Prescripción del síntoma, consiste en pedirle al paciente no sólo que reviva su conducta sintomática, sino que le añada algo más, que lo exagere.
- Ordalías, pedir al paciente que haga algo desagradable y que se sienta obligado a cumplir, en este caso el terapeuta debe ser directivo y persuadir al paciente de realizar las cosas tal como se le indican.
- Sugestiones indirectas al paciente a través de anécdotas que se refieran al propio terapeuta o vividas por otros pacientes.
- Romper secuencias de los procesos de interrelación mediante la modificación de dos conductas por lo menos, por ejemplo: agregar un detalle al síntoma, cambiar el lugar en que ocurre de ordinario, la frecuencia y/o el tiempo.
- Rituales, consisten en actos simbólicos que reconcilian a las personas, las ayudan a señalar un cambio en la manera de relacionarse o bien, que marcan el paso a otra etapa.

VI. Consideraciones.

Uno de los aportes importantes del modelo estratégico es que contempla el contexto social y cultural de la familia. Esta apertura a las diferentes realidades permite flexibilidad en el uso de técnicas para que en cada caso puedan ser utilizadas conforme a una familia en específico.

Si bien las técnicas de intervención pueden ser nombradas a partir de características generales, ellas son adaptables a diferentes contextos y clientes.

Incluir en el análisis y solución del problema a profesionales de otras áreas que estén también en contacto con la familia, permite no sólo ampliar las redes de apoyo de la familia, sino una mayor cooperación por parte de otros agentes que pueden estar presentes en la queja que ésta presenta, tales como la escuela, dirigentes vecinales, etc.

El enfoque permite trabajar con la familia para que en un corto periodo de tiempo resuelvan el problema que les esté afectando, para ello se ubica en el presente proyectado hacia el futuro,

Echar mano de la resistencia como un recurso del cliente, facilita el camino al cambio, ya que si anteriormente el paciente ha intentado resolver el problema luchando contra su resistencia, dejar de hacerlo le permitirá seguir otros caminos hacia su bienestar.

Las críticas al modelo estratégico se refieren a que es directivo y en algunas de sus intervenciones plantea la sugestión, por lo que se cuestiona hasta dónde puede ser ética la postura del terapeuta desde esta perspectiva. A este punto es necesario señalar que desde la propuesta del modelo estratégico la sugestión y directividad es utilizada en beneficio del paciente, nunca en detrimento de éste y de su proceso.

Al respecto, Haley (1988) plantea que la ética en la relación con el paciente debe corresponder a un intercambio justo, en cuanto a que haya equidad en las recompensas que

obtiene de la terapia y lo que paga por ella, para esto es necesaria la clara definición de los objetivos terapéuticos, de manera que pueda hacer una evaluación del proceso y los motivos que lo llevaron a solicitar terapia.

Por cuanto al control de la información que recibe el terapeuta de la vida del paciente, ésta cumple la función de definir límites entre paciente y terapeuta y marcar la individuación entre ambos.

2.2.3. Terapia Breve MRI

I. Antecedentes.

El modelo de terapia breve del MRI tiene sus antecedentes en las ideas de Gregory Bateson, la propuesta del constructivismo y en el trabajo de Milton Erickson.

La teoría del doble vínculo desarrollada por Bateson es tomada por este modelo para abordar desde la comunicación el problema que presenta el paciente y a partir de ella propone promover cambios en las secuencias de conducta que dan lugar al síntoma.

Por su parte el Constructivismo se inscribe dentro del modelo de pensamiento sofisticado representado por Pascal, en donde a su vez se ubica la cibernética de segundo orden.

Otro antecedente del modelo es el trabajo de Milton Erickson, que se centra en el presente y propone aprovechar todos los recursos del paciente para que la situación que lo lleva a terapia cambie. Desde esta perspectiva, no es necesario luchar contra la resistencia, sino que esta misma puede ser un recurso para lograr el cambio.

II. Principales Exponentes

El proyecto de terapia breve centrada en el problema surge en el Mental Research Institute en Palo Alto, California, en 1967 y fue desarrollado por John Weakland, Don D. Jackson, Paul Watzlawick y Richard Fisch (Espinosa, 2004, en: Eguiluz, 2004).

Entre el grupo que fundó el MRI se encontraban Jules Riskin y Virginia Satir, más tarde se integraron Haley, Weakland y Watzlawick; contando con la colaboración de Bateson como investigador asociado y profesor.

La atención del grupo estuvo enfocada a la interacción, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico. Con relación a esto último se destaca la importancia del papel que tiene el aspecto emocional en la comunicación, mismo que da lugar a diferentes conductas y formas de comunicarse.

III. Premisas Básicas de la Terapia Breve.

Una de las premisas básicas del modelo de terapia breve es la de no etiquetar al paciente, así mismo que los objetivos de la terapia serán determinados por el paciente y el terapeuta.

Mediante la comunicación se pueden construir realidades inventadas que producen efectos concretos (Nardone, 1993, en: Cade, B., O’Hanlon, B., 1993). La realidad cobra un sentido distinto al cambiar el significado y el valor que las personas atribuyen a los acontecimientos, este cambio de significado se puede crear en el espacio terapéutico, en donde se encuentran la realidad del paciente con la del terapeuta y juntos crean una nueva en la que el “problema” pueda ser visto desde otras realidades.

La terapia puede enfocarse a individuos, parejas o familias y se centra en el problema presentado por los pacientes, de acuerdo a esto las premisas básicas pueden enlistarse de la siguiente forma:

- El problema se debe a conductas actuales, por lo que es en el presente donde se pueden eliminar o transformar dichas conductas a través de la modificación de las pautas de interacción en la familia.
- Las intervenciones van orientadas a bloquear o interrumpir las secuencias de conducta que han dado lugar al problema.
- La planificación del caso es necesaria a fin de evaluar a lo largo del proceso resultados según las necesidades del cliente, esto contempla: delimitar objetivos, formas de intervención, planear estrategias.
- Cada paciente o familia tiene su propia realidad, de manera que no clasifica las conductas en patologías. Así mismo no se rige por una normatividad de lo que es correcto o incorrecto, funcional o disfuncional, sino que se abre a la diversidad de realidades.

- Todo lo que el paciente ofrezca es considerado un recurso.
- Los problemas se miran como una dificultad mal manejada y por tratamiento el terapeuta se enfocará solamente a uno.
- A partir de lograr pequeños cambios, se da lugar a grandes cambios, para ello es necesario que las metas a lograr en el proceso terapéutico sean pequeñas y estén claramente definidas.
- La duración del tratamiento es de 10 sesiones.

IV. Conceptos Básicos.

La forma en que el paciente mira el problema es donde éste se construye, por lo que la terapia breve centrada en el problema pone especial atención en lo que el paciente o cliente refiere como tal.

De acuerdo a lo anterior los conceptos básicos de los que parte el terapeuta para definir el tratamiento, son:

- *Dificultades*, situaciones no deseables que son parte de la vida cotidiana.
- *Problemas*, se crean al no saber orientar las dificultades, lo que lleva a situaciones difíciles en las que no se encuentra salida.
- *Planificación del caso*, se refiere a tener una directriz a lo largo del tratamiento que permita identificar que efectivamente se satisfacen los requerimientos del paciente o cliente. Planificar un caso comprende los siguientes puntos:

- Establecer el problema del cliente, de manera que demos respuesta a una necesidad específica.
 - Establecer la solución intentada por el cliente, para saber por dónde no ir.
 - Decidir qué se debe evitar, ya sabemos qué es lo que no ha dado resultado, así que lo dejamos claro para no caminar por ahí.
 - Formular un enfoque estratégico, apartarse en 180 grados de lo que el cliente ha intentado previamente. Si la intervención va en la misma línea, lo más seguro es que no haya cambio.
 - Formular tácticas concretas, que sean diferentes a la solución anterior
 - Encuadrar la sugerencia en un contexto: “vender” la tarea, de manera que se induzca al cliente a realizarla. Esto requiere un previo conocimiento de cuál es el sistema de creencias del cliente, la forma en que repite un intento de solución y llega al mismo lugar, la manera en que se evade y en general cuál es su postura.
 - Formular objetivos y evaluar el resultado, para ello es necesario establecer sobre qué base definimos objetivos y en relación a éstos los datos que determinarán el éxito o el fracaso.
- *Capacidad de maniobra*, se refiere a la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten.
 - *Dos órdenes para hablar de “la realidad”*:
 - *De primer orden*, atiende a las propiedades físicas de los objetos, aquello que es asequible a nuestros sentidos.
 - *De segundo orden*, se refiere al significado y valor que damos a los objetos o experiencias.

- *Reestructuración*, es la resignificación de los acontecimientos lo que lleva al paciente a una experiencia diferente.
- *Terminación del tratamiento*, que podrá presentarse en dos condiciones:
 - Que el paciente haya superado el problema que lo trajo a consulta, ya sea porque éste ya no se presenta o bien, porque lo puede mirar de diferente manera.
 - Que el paciente no vea avances en su proceso y decida darse una tregua o abandonar la terapia sin una razón declarada.

V. Técnicas

Las técnicas que sugiere la terapia breve están orientadas a interrumpir los intentos previos de solución ensayados por el paciente, para ello el terapeuta puede planificar algunas intervenciones, ya sean complejas, indirectas y hasta paradójicas.

Las intervenciones que propone el modelo se clasifican en dos grupos, de acuerdo a lo siguiente (Fish, R, Weakland, J., Segal, L., 1994):

Principales, se utilizan una vez que se han recogido datos suficientes, mismos que se integran en una planificación acorde a la situación del paciente y consisten en:

- *Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* Con ellas se abordan problemas que atienden específicamente al funcionamiento corporal o rendimiento físico del paciente. Se pide al paciente que renuncie a sus intentos de coacción, de manera que al eliminar la resistencia al síntoma, éste se abandona por rendimiento.
- *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Ubicamos aquí estados de terror o de ansiedad, la intervención entonces va dirigida a exponer al paciente a aquello que teme, pidiéndole no realizar con éxito la tarea temida.
- *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* Se refieren generalmente a peleas conyugales, conflictos entre padres e hijos pequeños o adolescentes, conflictos entre compañeros de trabajo y problemas entre hijos adultos y padres en edad avanzada. Frecuentemente en estas situaciones la solución intentada ha sido “sermonear” o exigir a la otra parte que los trate como si fueran superiores, por tanto las intervenciones serán opuestas a esta postura, sustituyéndola por otra que se coloque en una actitud de inferioridad, haga solicitudes no autoritarias y/o haga peticiones concretas y específicas.
- *Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.* Nos encontramos aquí frente al intento de conseguir espontaneidad por medio de la premeditación, por lo que con la intervención se solicitará al paciente que realice solicitudes directas, reencuadrando su benevolencia como algo inconscientemente destructivo y redefiniendo como beneficiosas las solicitudes directas.
- *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.* Estas intervenciones dan respuesta a problemas conyugales, de educación de los

hijos y dificultades laborales en las que A realiza acusaciones respecto a B, en estos casos el juego puede acabar cuando una de las dos personas abandona el papel repetitivo o bien mediante una interferencia.

Por otra parte las intervenciones generales atienden a diferentes tipos de problemas y pueden utilizarse en cualquier momento del tratamiento. No tienen una relación directa con el problema, por ello pueden ayudar a preparar el terreno para una intervención específica:

- *No apresurarse*, se ofrecen razonamientos creíbles al paciente que justifiquen el no ir de prisa. “Los cambios que se realizan lentamente y paso a paso son más sólidos que los que ocurren de modo demasiado repentino”.
- *Los peligros de una mejoría*, se aplica a las variantes de la resistencia y es una ampliación del “no apresurarse”. Se le pregunta al paciente si está en condiciones de reconocer los peligros que conlleva la solución del problema.
- *Un cambio de dirección*, o de postura, directriz o estrategia, ofreciendo al paciente una explicación de dicha variación. Este cambio es necesario cuando el paciente no ha respondido a lo sugerido por el terapeuta o bien cuando el terapeuta ha tomado un camino equivocado.
- *Cómo empeorar el problema*, cuando el paciente se ha mostrado reticente ante lo nuevo, puede ser de mayor impacto sugerir algo que empeore las cosas de manera que el paciente se haga más consciente de lo que sucedería si continuara con las mismas acciones. En este caso no se indica lo que hay que hacer, sino que se menciona implícitamente.

VI. Consideraciones.

El modelo de terapia breve ofrece una atención efectiva e inmediata al problema presentado por el paciente, lo que representa una ventaja en lo que al plano económico y de tiempo se refiere.

La corta duración del tratamiento podría ser cuestionable para algunos, sin embargo, cabe recordar que el objetivo de este modelo terapéutico es atender un problema a la vez, aportando herramientas para el cambio que se vean reflejadas en la vida diaria del paciente.

Por su naturaleza esta terapia no se va a la historia del paciente, tampoco propone la exploración exhaustiva de los procesos personales, sus objetivos se orientan a resolver con eficiencia un problema en el presente.

Lo anterior puede considerarse una ventaja, ya que el paciente mismo podrá evaluar su propia mejoría en resultados prácticos, además de contar con herramientas que puedan serle de utilidad en situaciones futuras.

2.2.4. TERAPIA BREVE ENFOCADA A SOLUCIONES

I. Antecedentes.

La terapia breve enfocada a las soluciones, que más adelante será referida como la Terapia Centrada en la Solución (TCS) aparece como un modelo en la década de los 80's en el Brief Therapy Family Center (BTFC) en Milwaukee, Estados Unidos, las ideas que distinguían al modelo eran precisamente las de centrarse en los recursos y posibilidades del cliente.

Steve De Shazer y William O'Hanlon se reconocen como los autores principales del modelo y ambos compartían el interés por explorar y destacar las soluciones, aptitudes, capacidades y excepciones. (Salcido, en: Eguiluz, 2004).

Apoyados en la epistemología sistémica, el sistema terapéutico desde este enfoque incluía al terapeuta principal o entrevistador, el equipo tras el espejo, posteriormente equipo reflexivo, y a la familia.

En 1988 Eve Lipchick se separa del grupo y funda en colaboración de Marilyn Bonjean, el ICF Consultants, Inc., también en Milwaukee, en su obra retomará los aportes de los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela, sobre el papel de las emociones en el trabajo terapéutico.

II. Principales Exponentes

En el grupo que encabezó De Shazer, tuvo como colaboradores a Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchick, Alex Molnar e Insoo Kim Berg, posteriormente se unieron al grupo Wally Gingerich, John Walter y Michele Weiner – Davis.

III. Premisas Básicas del Modelo de Soluciones

Para De Shazer y colaboradores (en Watzlawick, Nardone, 2000) la terapia breve se define en razón de los límites temporales y como un modo de resolver los problemas humanos.

La terapia breve enfocada en soluciones tiene como principal objetivo ayudar a que desde los recursos del paciente su vida sea más satisfactoria.

Desde el Brief Therapy Center (BFTC) son siete los principios más importantes de la terapia breve:

1. Las soluciones se logran por medio de los cambios en la interacción, ya que es en ésta donde se desarrollan y mantienen los trastornos. Cada persona tiene características, recursos, límites, creencias, valores, experiencias y dificultades que son únicos, estos median la interacción y así mismo en ella se aprenden y desarrollan otros modos de interactuar.
2. La solución a un problema debe adaptarse a las limitaciones del paciente, donde se entiende por adaptación “la aptitud de la llave, pero no la cerradura”. En este sentido, la llave maestra es la intervención la cual abre el camino a la solución, para ello no es requisito indispensable conocer rigurosamente todos los detalles del trastorno.
3. La resistencia del paciente indica el camino para ayudarlo, vista desde esta perspectiva se convierte en un recurso, de lo contrario el mismo terapeuta podría provocar la no cooperación del paciente.
4. Un mismo comportamiento puede ser visto de diferentes maneras y de acuerdo al significado que le demos será ventajoso para el paciente o no, esto depende de la construcción o interpretación que hagamos de él.

5. Los pequeños cambios nos llevan a los grandes cambios, por ello es necesario producir sólo un pequeño cambio, estableciendo un objetivo pequeño y razonable.
6. Cualquier cambio, por pequeño que sea, tendrá una repercusión en todo el sistema. De acuerdo a esto, no es necesario que toda la familia o ambos miembros de la pareja asistan a terapia para que empiece a haber cambios en el sistema que ellos conforman.
7. No es requisito tener descripciones detalladas del trastorno para que el terapeuta haga intervenciones; el éxito en la terapia se reconoce cuando el paciente hace algo diferente y transforma la situación dolorosa que está viviendo, sin importar si el comportamiento que adopte es interpretado como irracional, inapropiado o ridículo.

Con la integración del aporte de Maturana y Varela, la TCS tiene los siguientes supuestos (Lipchick, 2004):

- Cada cliente es único
- Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos
- Nada es totalmente negativo
- La resistencia no existe
- Sólo los clientes pueden cambiarse a sí mismos
- La TCS avanza a paso lento
- No hay causa y efecto
- Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema
- Las emociones son parte de todo problema y de toda solución

- El cambio es constante e inevitable: un pequeño cambio puede llevar a cambios más grandes.

IV. Conceptos Básicos.

La construcción de las soluciones se piensa en los trastornos en términos de lo que el paciente no ha intentado, para ello se le ayuda a describir el factor en que pone más atención cuando habla del problema, ya que los aspectos excluidos son los que dan la pauta para proyectar las intervenciones que lo lleven a la solución.

Para lograr el cambio existen tres pautas:

- Crear expectativas desde lo que esperamos que suceda, un tanto en la idea de profecía autocumplidora, si se esperan cosas buenas, los resultados serán buenos.
- Describir las posibles soluciones indica el camino: en qué dirección ir y de qué forma. Salen a flote las diferentes alternativas con las que cuenta el paciente, de manera que las pueda reconocer.
- Tomar cualquier pequeño cambio de percepción o de comportamiento como un movimiento hacia la solución.

La familia o persona se consideran **clientes**, lo que los coloca en una visión más respetuosa y de colaboración.

Las **excepciones** son más importantes que los problemas, por lo que la terapia se centra más en las situaciones relacionadas con la solución.

En su propuesta Lipchick (2004) nos remite, entre otros, a dos conceptos importantes: la recapitulación y la sugerencia.

La recapitulación sustituye la intervención y por medio de ella se pretende interrumpir los patrones de conducta que mantienen al problema mediante el reforzamiento de las conductas, pensamientos y sentimientos que no sean problemáticos. Una recapitulación no debe considerarse una intervención puesto que a diferencia de ésta, no pretende lograr un cambio específico, sino que es una perturbación de la organización propia del cliente.

El mensaje de recapitulación tendrá más eficacia en la medida que se refiera al contenido y proceso de la sesión.

La sugerencia sustituye a la tarea, ya que está más de acuerdo con el principio de que los clientes poseen recursos para ayudarse a sí mismos. Para que el terapeuta pueda dar una sugerencia, deberá analizarla cuidadosamente a fin de que se adapte a la situación de cada cliente en particular, por ejemplo, algunas sugerencias no son aplicables a todos los clientes, como puede ser en los casos de personas que han sufrido pérdidas importantes.

V. Técnicas

El modelo enfocado a soluciones ayuda al paciente a construir un nuevo uso de los conocimientos que ya posee, para ello las intervenciones que plantea De Shazer van orientadas a que el paciente visualice el problema, los factores presentes en él y los recursos con que cuenta para lograr la realidad que quiere plantándose en el presente y mirando al futuro. A continuación se enlistan las técnicas que propone De Shazer:

- *La bola de cristal.* Por medio de ella se induce al paciente a crear una nueva realidad, partiendo de la visualización de la actual, haciendo una revisión del pasado, el recuerdo y el olvido, para finalmente llevarlo al futuro que quiere.
- *Escribir, leer y quemar.* Funciona en casos de pacientes obsesivos y depresivos, a través de un ritual en el que en una hora específica el paciente escribe sobre lo que le obsesiona, da lectura de esto para posteriormente quemarlo, se logra deshacer del pensamiento recurrente que le aqueja.
- *La pelea estructurada.* Se sugiere para discusiones de pareja, cuando ambas personas van a empezar a discutir una de ellas debe echar un volado, el que gane inicia la ronda: durante 10 minutos le dirá a la otra persona todo lo que quiera y ésta escuchará. A los siguientes 10 minutos hablará el que escuchó primero. Transcurridos los turnos, ambos guardarán silencio por otros 10 minutos y volverán a empezar la ronda de 10 – 10 – 10.

- *Hacer algo diferente.* Una vez identificados por parte del paciente la secuencia de comportamientos que tiene cuando inicia una pelea por algo que le molesta que hace otra persona, se le sugiere que de una respuesta diferente a la que acostumbra dar ante tal situación, de manera que se corte la secuencia en la que ha venido existiendo la molestia.
- *Prestar atención a lo que hace cuando supera el impulso de...* Esta variante de la técnica anterior, se refiere a situaciones que molestan en la misma persona como puede ser comer o beber en exceso, ser tímido, irritarse, etc. Tanto terapeuta como paciente utilizan las excepciones a la regla del comportamiento del paciente.

Desde el enfoque de (Lipchick, 2004) se proponen las siguientes *sugerencias* que se pueden hacer a los clientes para que ellos elijan de qué forma quieren actuar:

- *Fórmula-tarea de la primera sesión.* Consiste en preguntar a la familia o cliente, qué de lo que sucede en su familia, les gustaría que continuara sucediendo. Esta no es siempre aplicable, por ejemplo, en los casos de pérdidas muy fuertes.
- *Insistan en lo que funciona.* En la idea de que no se necesita reparar lo que funciona.
- *Hagan algo diferente.* En especial esta sugerencia va dirigida a aquellos clientes que desean que el terapeuta les diga qué hacer.
- *No cambien.* Puede ser de utilidad cuando los clientes desean un cambio rápido
- *Vayan despacio.* En los casos en que el progreso no es continuo, puede evitar desilusiones en clientes que sientan urgencia por cambiar.

- *Hagan lo contrario.* Aplica en las situaciones en que se han hecho reiterados intentos de cambiar a otra persona y esto no ha dado resultado.
- *Tarea de la predicción.* Se puede emplear con clientes que informan excepciones a su problema sin poder explicar porqué se produjeron.
- *Escriban y quemen.* Este ejercicio puede ayudar a aquellas personas que se encuentran estancadas en un estado emocional.

VI. El Equipo Reflexivo

Basado en la premisa de que “Los observadores siempre captan mejor que los protagonistas los hechos del terreno” (Selvini Palazzoli *et al.* 1978, citado en: Lipchick, 2004), el equipo reflexivo constituye una herramienta que amplía el foco de visión de la situación del cliente.

Consiste en que la conversación con el cliente sea observada por un equipo de terapeutas a través de un espejo de doble vista, o bien, de una sala que cuente con conexión de video, quienes además de observar la entrevista, participan en ella a través de un teléfono o bien, pasando a la sala de entrevista a hacer los comentarios entre ellos en presencia directa frente al paciente. Puede estar conformado por 1 persona o más, se sugiere que sea como máximo de 5.

En un principio, los integrantes del equipo reflexivo no tenían contacto directo con el cliente y hacían llegar sus comentarios a través del terapeuta entrevistador.

Posteriormente se observó que el contacto directo entre equipo y cliente ofrecía una dimensión más enriquecedora al proceso, por lo que actualmente se practica de esta forma, ya que al conjugarse la visión del terapeuta entrevistador con la del equipo observador, resulta una mirada multidireccional de la situación.

La dinámica a seguir consiste en hacer una pausa antes de terminar la sesión, en la que el terapeuta irá con el equipo de observadores para que éstos le transmitan al cliente sus opiniones y sugieran una tarea. Esta pausa en sí misma tiene beneficios tanto para el terapeuta entrevistador, como para el cliente, ya que al primero le ayuda a evitar el agotamiento al contar con el apoyo intelectual y emocional de un equipo, mientras que al segundo le da la confianza de un compromiso de calidad y de que más de uno está acompañándole en el proceso.

En lo posible se sugiere realizar la pausa aún sin contar con un equipo, ya que ésta permite al terapeuta revisar la información que ha recibido y de esta forma comprender mejor al cliente.

Respecto al cliente, los beneficios que éste puede tener de la realización de la pausa son los siguientes:

- Intensificar la atención que pone al mensaje final
- Ayuda a recibir en una actitud más relajada el mensaje cuando éste expresa aceptación y comprensión

- El factor sorpresa interviene al ofrecer una opinión diferente, por lo que permite al cliente que tome distancia de su concepción del problema.
- Dado que refleja el lenguaje y modo de cooperar del cliente, da continuidad al proceso
- En general, los clientes se muestran con una actitud más receptiva a la información

Es importante que desde el inicio del proceso se haga al cliente la presentación del equipo y la explicación de que se hará la pausa, resaltando la atención especial que se brindará al cliente al contar con un equipo.

En los casos en que algún comentario no haya sido dado al cliente por parte del equipo, es posible hacerle llegar un mensaje de recapitulación, que tiene la ventaja de una mayor permanencia, así como de brindar al cliente la sensación de que el terapeuta entrevistador y el equipo piensan en él.

Respecto a la integración del equipo reflexivo, la relación que haya entre los miembros que lo conforman tendrá repercusión en lo que ofrezcan al cliente, de manera que si existe entre ellos un ambiente emocional favorable se facilitará el tratamiento, sin embargo si existe un conflicto éste podría ser perjudicado.

Por lo anterior, es necesario que los comentarios que se realicen al entrevistador, como los que se hagan entre los miembros del equipo, sean en un ambiente de cuidado y

respeto, procurando no interrumpir con frecuencia la entrevista con el cliente ya que esto puede causar confusión al entrevistador.

VII. El papel de las emociones

El cambio de la Terapia Breve a la TCS se marca por la importancia que cobran las emociones en el trabajo terapéutico, donde la conexión con los sentimientos representa una herramienta que irrumpe en el discurso del cliente y abre caminos hacia la solución que los clientes mismos poseen.

En esta postura se distinguen dos aspectos de la obra de Maturana y Varela (1987, en: Lipchick, 2004): tomar como base lo que funciona y que no podemos conocer ni actuar sin la dinámica biológica llamada emoción, a la que describen “amor” o la aceptación de otra persona junto a nosotros en nuestro diario vivir, es la base biológica de la vida social que hace posible la continuidad de las relaciones y de la vida misma.

Vista de esta forma, la terapia es un ejercicio de reflexión en el que el terapeuta coopera con la familia en la resolución de los problemas que tienen lugar en la interacción de sus miembros, donde la cooperación cobra mayor importancia que el empleo de técnicas. Es importante en este enfoque la confianza en que la familia posee sus propios recursos.

VIII. Consideraciones.

La TCS ofrece una visión integral del ser humano, en la que las emociones tanto en la persona del cliente, como en la del terapeuta, hace del ejercicio de la terapia una experiencia enriquecedora.

Desde esta postura la relación de terapeuta – cliente es más igualitaria y el espacio terapéutico se constituye en un espacio de escucha y apertura a la realidad del otro, quien tiene la capacidad para transformar su realidad.

La escucha atenta del terapeuta en una actitud de aceptación es más importante aún que el empleo de las técnicas, ya que por medio de ésta se favorece el ambiente emocional que ayude al cliente a tener una apreciación distinta de su realidad, dando paso al reconocimiento de las emociones que en este sentido pueden fungir como catalizadores de cambio.

El trabajo en colaboración con el equipo reflexivo, aporta acompañamiento además de otras miradas de la situación, no sólo para el cliente, sino para el terapeuta mismo, lo que puede favorecer y agilizar el proceso terapéutico.

2.2.5. Modelo de Milán

I. Antecedentes.

En el trabajo presentado en el Congreso Internacional de Terapia Familiar de Lyon, 1980, Mara Selvinni expuso la manera en que ella se topó con el primer caso de anorexia: paradójicamente, mientras entre la población aumentaban las posibilidades para adquirir víveres después de la segunda guerra mundial, empezaban a aparecer casos, específicamente en mujeres que de forma voluntaria renunciaban al alimento y al ir reduciéndose a los huesos, lejos de afligirse o preocuparse se mostraban satisfechas por perder cada vez más peso.

Estos casos sorprendían al equipo médico del Hospital de Milán y al no encontrar causas biológicas que inhibieran el apetito, Selvini llegaba cada vez más a la conclusión de que éstas tenían que ser psíquicas.

De esta manera inicia sus trabajos de investigación en torno a las pacientes anoréxicas, mismo que poco a poco iría evolucionando conformando a un equipo de profesionales abiertos a la multiplicidad de problemas que la realidad social de ese tiempo presentaba en torno a las familias y a los individuos.

En el año 1967 el equipo inicia las intervenciones familiares desde el enfoque sistémico en familias con algún miembro psicótico o anoréxico, algunos eventos importantes en la historia del equipo, son:

1970 Se divide el equipo, quedando unidos Mara Selvini, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo

En 1971 Watzlawick asiste a dar supervisión en vivo al equipo en Milán.

1975 integran la noción de la familia como un sistema cambiante

1978 comienza la separación del equipo: Cecchin y Boscolo continúan con la formación de terapeutas, mientras que Selvini y Prata se enfocan a la terapia.

1980 se publica en el Family Process el artículo “Hypothesizing, circularity, neutrality: three guidelines for the conductor of the session”.

1982 se anuncia pública y formalmente la disolución del equipo

Mara Selvini continúa con otro equipo: Cirillo, Mateo Selvini, Ana Sorrentino, hasta 1987

II. Principales Exponentes

Mara Selvinni, Giuliana Prata, Gianfranco Cecchin y Luigi Boscolo

Como precursora de este enfoque se ubica a Mara Selvinni Palazzoli, quien al ir descartando causas biológicas en la conducta de pacientes con anorexia, conforma en la Clínica Médica de la Universidad de Milán el equipo que junto con ella investigaría sobre las causas afectivas en dicha conducta alimentaria: “Así nació y creció en mí aquella pasión, aquella obsesión por entender a toda costa porqué esas hermosas muchachas se reducían a aquel estado y, además, demostraban estar satisfechas de él.” (Selvini, 1998).

En sus inicios el equipo tuvo influencia de las ideas de Gregory Bateson; se dice que cuando el equipo leyó “Pasos hacia una ecología de la mente” se sorprendió ante las ideas propuestas, implementándolas en lo posible en su modelo de intervención y en 1971 el equipo invitó a Paul Watzlawick a supervisarles.

Del modelo de MRI el equipo retomó en sus inicios el criterio de realizar contratos terapéuticos, mismo que descartó posteriormente abriéndose a la particularidad de cada familia. Si bien es cierto que en algunos casos la intervención podría considerarse Terapia Breve por el número de sesiones que la familia recibirá, por otra parte el espacio de tiempo

del proceso terapéutico puede extenderse, ya que entre una sesión y otra puede transcurrir hasta un mes.

El equipo de Milán lleva el modelo sistémico a una propuesta multidimensional y compleja, en la que además se observa la evolución a través de la aplicación de diferentes intervenciones en distintas etapas del trabajo, mismo que se ha ido enriqueciendo para dar respuestas a una realidad compleja y en constante transformación.

III. Premisas Básicas del Modelo de Milán

A lo largo del desarrollo de las investigaciones realizadas por el equipo de Milán se distinguen tres etapas: método paradójico, serie de prescripciones invariables y revelación del juego familiar, luego de ir depurando algunas ideas y proponiendo nuevas perspectivas, el equipo de Milán centra el objetivo terapéutico en identificar las necesidades de la familia y a que ésta se convierta en protagonista de su historia personal con un valor renovado de sentimiento del propio derecho y valor. (Selvinni, 1998)

Además del tipo de intervenciones que caracterizan a cada etapa, forman parte de las premisas básicas del modelo el trabajo con diadas, tríadas y la exploración trigeracional de relaciones familiares.

El trabajo del equipo de Milán se ha enfocado a familias con un miembro que presenta problemas alimentarios y/o de drogodependencias, por lo que en la exposición de la propuesta de este modelo nos referiremos a este tipo de problemáticas.

Trabajo con diadas, tríadas y familia de origen

Desde esta aproximación se considera a la anorexia como la expresión del sentimiento de desvalorización y al mismo tiempo la defensa que la paciente adopta contra la ola de creciente sufrimiento. Para el conocimiento del sistema familiar, se contemplan en

un primer plano las relaciones diádicas de la paciente es decir, la que tiene sus padres y con sus hermanos.

En un segundo momento se exploran los dos subsistemas generacionales, para llegar al fin a una indagación sobre la persona de cada padre y su historia dentro de su familia de origen. (Selvinni, 1998)

Historias familiares

- **Historia Tipo A**

En estas familias los problemas entre los padres tienen que ver con la incapacidad de satisfacer las necesidades recíprocas de aceptación y estima, los cónyuges se identifican como padres más que como pareja.

Madres asexuadas, un poco deprimidas, necesitadas de fusionalidad y recíproco control.

- **Historia Tipo B**

Se puede encontrar un juego de provocaciones y amenazas sexuales entre la pareja de padres, donde una posible infidelidad por parte de la esposa confirma al padre la inmoralidad de las mujeres, ante lo que responde con frialdad.

Ante un cuadro como éste es posible que la hija sintonice con papá tratando de complacerlo para recibir su aprobación, apareciendo así el pánico incestuoso experimentando culpa por el rol ilícito de “antiesposa”.

- **Historia Tipo C**

Se observó entre las pacientes con este tipo de familias una profunda ambivalencia de sus vivencias, confiadas en su primera infancia a parientes o cuidadoras, lo que no favoreció su apego. Madres con escasa implicación emotiva, con una relación conyugal insatisfecha. Es posible que haya habido mayor cercanía con otros hermanos. Un sentimiento que caracteriza a las pacientes con este tipo de familias es la soledad.

Tipos de personalidad

Como se ha mencionado, en los problemas alimentarios intervienen diferentes factores, siendo uno de ellos la estructura misma de personalidad de la paciente, que la ha llevado a dar determinada respuesta ante la realidad; se identificaron cuatro diferentes tipos de personalidad en las pacientes:

- **Tipo Dependiente**

Anoréxicas restrictivas

Prevalece el rol sexual infantil

No se aísla y tiene amigas

Historia familiar tipo A

Su apego ha sido ansioso – ambivalente

- **Tipo Borderline**

Anoréxicas-bulímicas

Seductoras

Rara vez aisladas

Historia familia tipo B

Se encuentra a menudo abuso de sustancias, promiscuidad (con frecuencia relacionada con historias de abusos sexuales sufridos en la infancia)

Hurtos en casa

Intelectualmente dotadas

Sentimiento de vacío

- **Obsesivo-compulsiva**

La mayoría de tipo restrictivo

Bulímicas que después se convierten en anoréxicas

Socialmente aisladas

Tienden a la autosuficiencia

Familia Tipo C

Apego de tipo esquivo, parcialmente compensado por fases de apego más seguro.

El placer también está ausente

Aplicadas en el ámbito escolar y laboral

Educación rígida carente de diálogo

- **Narcisista**

Se caracteriza por ser hostil, ambivalente o pasiva

Familias del Tipo B y C, coincidiendo con graves carencias infantiles

Dificultad profunda de entrar en relaciones afectivas e íntimas tanto dentro como fuera de la familia

Pueden presentar rasgos paranoides

Fuertemente instrumentalizadoras con las personas

Asumen actitudes de superioridad

Actitud de negación del sufrimiento, los núcleos delirantes impiden la percepción de angustia

A través del trabajo realizado y registrado durante años con las pacientes y sus familias, la propuesta del equipo de Milán se presenta como un abordaje multifactorial de las familias, en la que se descartan las siguientes ideas:

- Buscar rígidas tipologías de juegos familiares
- Que exista la personalidad de la anoréxica

- Que exista la familia de la anoréxica

La propuesta actual del modelo es un llamado a lograr un “método que rehúya las simplificaciones mutilantes, en el esfuerzo continuo de hacer dialogar la multiplicidad, la multidimensionalidad, la heterogeneidad. (Selvini, 1990)

De acuerdo a lo anterior, mediante el proceso terapéutico se identifica el enredo de las distintas vidas con los eventos existenciales que las caracterizan, aparte de comprender cómo las estructuras de personalidad de los seres humanos se forman en relación con las circunstancias externas, además de con los modelos operativos internos (Selvini, 1998) .

El terapeuta promueve entre los miembros de la familia que cada uno pueda comprender los sentimientos y creencias que le han llevado a actuar de tal forma, así como la paradoja en sus relaciones afectivas y respuesta a las conductas de los miembros de la familia.

IV. Conceptos Básicos.

En este modelo identificamos a través de las diferentes etapas de su intervención los siguientes conceptos básicos:

- Minimización, es una modalidad particular de desconocimiento de la realidad, consiste en amortiguar la relevancia emocional que acompaña a los acontecimientos reales cuando en ellos ha habido dolor frente a eventos traumáticos.
- Estancamiento, se refiere a la dinámica de una relación de pareja que no reconoce verdaderas crisis, ni escenas catárticas, ni separaciones liberadoras.
- Embrollo, se estructura y desarrolla en torno a una táctica conductual específica puesta en práctica por un padre y caracterizada por hacer ostentación de una relación diádica intergeneracional privilegiada (padre-hijo) y sirve de estrategia para apuntar contra alguien, en general el otro cónyuge.

- Instigación, se define como un proceso de provocación y rabia disimulada interactivo en el que no existe la verbalización explícita: es tan patógena como un tumor aparente (Selvinni, 1990). Surge en un nivel tríadico en el que uno instiga a otro contra un tercero.
- Efecto bumeran, acontece en la instigación y es el retorno de la acción instigadora a la persona que presumiblemente la ha comenzado.
- Apego, relación madre-niño a través de una serie de comportamientos interactivos de naturaleza biológica.
- Estadiación, fases o estadios de la familia en la evolución del síntoma
- Circularidad, consiste en realizar la entrevista de manera que se hagan devoluciones a los integrantes del sistema acerca de cómo los otros miembros de dicho sistema perciben la misma situación, de esta forma, al escuchar cada persona lo que explica la conducta de los otros, así como la forma en que su propia conducta está siendo entendida, va logrando el desentramado de las relaciones.
- Neutralidad, el terapeuta no se pone del lado de uno, ni de otro miembro de la familia.
- Juego, se refiere al contexto de relaciones en el sistema familiar en el que el problema existe.
- Multidimensionalidad, llama a enriquecer la mirada sobre la situación atendiendo a diferentes factores: entorno cultural, estructuras de personalidad, historia familiar, carga genética, nivel socio económico, subjetividad del terapeuta mismo, etc.
- Complejidad, revisión constante de las diferentes dimensiones a observar en el sistema. El observador se observa en lo observado.

V. Técnicas

Las técnicas utilizadas por el equipo de Milán varían según la etapa en que han sido utilizadas: el método paradójico, serie invariable de prescripciones y revelación del juego familiar. A continuación se describen las intervenciones que marcan cada una de dichas etapas:

Método paradójico:

- Connotación positiva, del comportamiento de cada miembro de la familia
- Reformulación paradójica del juego familiar, que consistía en prescribir a cada miembro de la familia que continuara en su comportamiento por el bien ajeno.
- Rituales familiares, consistían en prescribir a toda la familia una serie de acciones que tácitamente sustituían a las habituales reglas de relación por otras nuevas.
- Largo intervalo entre una sesión y otra, a fin de dar tiempo a que se apreciaran en la organización de la familia los efectos de las intervenciones terapéuticas.

Serie de prescripciones invariables:

La intervención principal consistía en una serie de desapariciones de casa de duración creciente de ambos padres, donde se les pedía que dejaran una nota escrita a mano informando la hora de su regreso, sin dar ninguna explicación acerca de sus ausencias. El uso regular de este método permitió la detección de disfunciones importantes en las familias de las pacientes.

En esta etapa acontece la división del equipo: Luigi y Boscolo, orientan su trabajo a la formación de terapeutas, mientras que Selvini y Prata continúan en la atención a familias.

Revelación del juego familiar:

Consiste en una revelación que conecta el sufrimiento de la paciente anoréxica con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres.

VI. Consideraciones.

El modelo de Milán al tener una visión multidimensional permite cambios en corto tiempo a partir de que los miembros de la familia comprenden el entramado de sus relaciones y la forma en que su conducta ha estado dando respuesta a dicho entramado.

El paradigma de la complejidad aporta al enfoque de Milán la posibilidad de una mirada multidimensional, que permite comprender al sistema familiar de una manera intrapersonal e interpersonal, así como en la interacción con los diferentes sistemas que la rodean, ya sean sistemas culturales, biológicos y/o sociales; esto mismo nos abre a una aproximación multifactorial de las problemáticas familiares donde cada factor personal, biológico y social aporta información para un nivel de comprensión profundo de las problemáticas familiares.

Otra característica importante a considerar en el trabajo de Milán, es la capacidad que tienen sus miembros para revisar sus posturas y afinarlas en el curso de la práctica a través de diferentes periodos de tiempo.

Del inicio de las investigaciones de Mara Selvinni con familias a la fecha han pasado 45 años, tiempo en el que la sociedad ha tenido importantes transformaciones, ante las que el modelo aporta elementos para el análisis e intervención en diferentes contextos precisamente por toda la riqueza de sus fundamentos teóricos.

2.2.6. Enfoques Posmodernos: Terapia Narrativa y Colaborativa

I. Antecedentes.

Los modelos de terapias posmodernas tienen sus antecedentes en el pensamiento posmoderno que en oposición al pensamiento lineal que ve al conocimiento como algo objetivo y fijo, nos lleva a mirar el conocimiento como una construcción social; frente al dualismo fundamental apuesta por la incertidumbre, la impredecibilidad y lo desconocido.

El posmodernismo tiene sus raíces en dos corrientes filosóficas: la hermenéutica y el construccionismo social. La primera se refiere a la interpretación y comprensión: “comprensión del significado de un texto o discurso, incluidas la emoción y la conductas humanas, y comprensión en tanto proceso sobre el cual influyen las creencias, los supuestos y las intenciones del intérprete. (Anderson, 1999).

El construccionismo social por su parte “busca sobre todo explicar los procesos por los cuales la gente describe, explica, o da cuenta del mundo en que vive” (Gergen, 1985, en: Anderson, 1999).

De acuerdo a lo anterior, la práctica de la terapia familiar desde esta postura presta especial atención a las maneras en que los clientes describen sus vidas y promueve el desarrollo de nuevos enfoques de su situación vital, donde la relación, el lenguaje y la conversación tienen un lugar privilegiado. (Lax, W., en: McNamee, S., Gergen, K., 1992)

II. Principales Exponentes

El presente trabajo aborda el modelo de terapia narrativa y el enfoque colaborativo, ambos derivados del pensamiento posmoderno.

Entre los principales exponentes del modelo narrativo podemos citar a White y Epston (1990), Penn (1985; 1998; 2001), Penn y Sheinberg (1991), Freedman y Combs (1996); por cuanto al enfoque colaborativo encontramos a Tom Andersen (1987), Anderson, Goolishian, Pulliam y Winderman (1986).

III. Premisas Básicas

El modelo narrativo propone que las personas viven sus vidas a través de historias, mismas que dan sentido y organizan su experiencia, “los problemas existen en el lenguaje, siendo capturados en las historias dominantes” (Mandujano, 2006). El relato que prevalezca a la hora de asignar significados a los sucesos de nuestra vida determina la forma en que experimentamos las vivencias y la forma en que actuamos.

Por su parte, el enfoque colaborativo, descrito por Harlene Anderson (1999) más como una postura filosófica que como un modelo, se define como “una búsqueda conjunta de posibilidades”, una conversación dialógica donde el interés se centra en lo “todavía no dicho”–la novedad que ocurre en el diálogo-” (Anderson, 1999).

IV. Conceptos Básicos.

De la Terapia Narrativa

- La identidad se transforma, al reescribir sus historias, las personas se constituyen en autores de su propia vida de esta forma hacen una “reapropiación yo”.
- Al separarse la distinción del problema de la distinción de la persona, se hace posible examinar cuidadosamente la dinámica y la dirección de la interacción entre personas y problemas.

- Incluir a los otros en nuestros relatos, éstos se convierten también en testigos de la nueva historia que contamos de nosotros mismos.
- La terapia es vista “como un proceso de contar y/o volver a contar las vidas y las experiencias de las personas que se presentan con problemas” (White y Epston, 1993).
- La palabra escrita puede ser utilizada con fines terapéuticos, a fin de que por medio de ella las personas reafirmen su capacidad de intervenir en su propia vida y al mismo tiempo, al hacerla pública, se incluyan a testigos de la nueva historia.

Del Enfoque Colaborativo

- *El lenguaje, el diálogo y la relación.* El lenguaje como creador de realidades, puede a través del diálogo y de la relación igualitaria que se establece entre el terapeuta y el cliente, llevar a ambos a ser co-creadores de nuevas realidades.
- *Polivocalidad, multiparcialidad.* Se refiere a las diferentes formas con que cada persona puede nombrar un problema: el terapeuta, el cliente, el equipo, las personas importantes para el cliente, lo que abre posibilidades.
- *Saber – no saber.* El saber se refiere a depositar la seguridad en un método y por tanto limita nuestra visión; el no saber, al colocarnos en una actitud de curiosidad e incertidumbre, nos permite tener un panorama más amplio de las personas y situaciones: “el no-saber es una postura interpretativa que se apoya en el análisis

continuo de la experiencia tal como ocurre en un contexto, y tal como es narrada por el cliente.” (Anderson, 1997).

- *Creación de significados.* Se refiere a la creación de un nuevo significado sobre el problema por medio de las conversaciones, en las que se intercambien otras comprensiones del problema definido: “hay siempre muchas otras distinciones que hacer además de aquellas que ya hemos establecido” (Andersen, 1994). En este sentido es importante que nos preguntemos cómo crear la posibilidad de que la persona con que hablamos comience a hacerse nuevas preguntas.
- *La postura corporal.* Nos llama a estar atentos a la respuesta corporal, tanto a la de nosotros como terapeutas, como a la del cliente, ella nos indica si lo que estamos diciendo está siendo útil para el cliente, si debemos ir con más calma, si está siendo demasiado insólito, lo que lo haría inútil, o adecuadamente insólito, lo que podría desencadenar cambios: “Si es algo demasiado insólito, se siente incómodo y me lo hace saber mediante una o varias señales... hablar menos, bajar o apartar la vista, transmitir el sentimiento de que más valdría abandonar la conversación que seguir participando en ella, etc.” (Andersen, en: Friedman, 2005).
- *Apertura y curiosidad.* El espacio que permite una conversación dialógica se logra por medio de una actitud de apertura y curiosidad, con respeto hacia la persona del cliente, donde el terapeuta sea como un huésped al llegar a una casa, respetuoso de lo que hay en ella y llegando sólo hasta dónde el dueño de la casa (el cliente) lo permita.

V. Técnicas

Modelo Narrativo

Desde el trabajo realizado por White y Epston (1993) las técnicas que se sugieren, son:

- *Externalización del problema.* Por medio de ella se crea una nueva realidad en la que el problema es algo ajeno a las personas, de manera que se puede hablar de éste como algo distinto y separado de la persona, para ello se exploran las diferentes áreas en las que dicho problema está afectando la vida del cliente, separándolo de la percepción que éste tiene de sí mismo.

A medida que el cliente va logrando hacer cambios es importante el reconocimiento que el terapeuta haga de los pasos que dio para realizarlos, a fin de que éstos vayan siendo parte de la nueva identidad emergente del cliente.

Es así mismo importante que se incluya a la red social del cliente, de manera que sean testigos de los cambios que éste va realizando.

- *Logros aislados e historias alternativas.* Consiste en que el terapeuta genere junto con el cliente, historias alternativas en las que se rescaten los logros de éste, para ello puede emplear preguntas que tengan que ver con el “panorama de la acción” es decir, con las cosas que hizo para realizar los cambios, y con el “panorama de la conciencia”, que atienden a la reflexión y el significado que el cliente atribuye a las cosas que ha hecho diferente.
- *Elaboración de documentos.* En ellos se hace uso de la palabra escrita como un medio terapéutico y pueden ser:

Cartas: se utilizan sobre todo para ayudar a que los relatos tengan sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. Se sugieren de diferentes tipos: de invitación, para incluir en la terapia a personas que estén reacias a participar; de despido, para demostrar la innecesariedad de que algunas personas desempeñen ciertas funciones, como ser vigilante de los padres o padre del hermano; de predicción, que al terminar el proceso terapéutico pueden ser un medio de seguimiento; las hay también de contraderivación, recomendación, ocasiones especiales y breves.

Certificados, declaraciones y autocertificados: pueden ayudar a que las personas reafirmen su capacidad de intervenir en la conformación de su propia vida.

Enfoque colaborativo

Desde la propuesta de Harlene (1999) la práctica de la terapia no se centra en objetivos, sino en el proceso por el cual las personas van encontrando alternativas a una situación vital, para lograr esto más que el desarrollo de técnicas, sugiere la creación de un espacio en el que pueda darse una conversación dialógica, entre cliente y terapeuta.

Ambos modelos manejan el trabajo con el equipo reflexivo, que al aportar diferentes miradas a una misma situación, amplía el panorama de alternativas de la acción.

VI. Consideraciones.

Los modelos de terapias posmodernas nos colocan de una manera distinta en la práctica de la terapia familiar, donde el terapeuta tiene la posibilidad de acercarse al cliente desde su constitución humana en el encuentro del rostro del otro que se revela a sí mismo.

Desde este enfoque el ser terapeuta es ante todo una postura ante la vida, que nos llama cada día a poner en práctica la apertura hacia los diferentes rostros de la realidad en una actitud descalzada y respetuosa, en un descubrimiento constante, donde “cada suceso o experiencia del que el terapeuta toma conocimiento es solo *un* relato de la historia, *un* recontar de la historia, *una* verdad dentro de una gama policromática de verdades” (Anderson, 1999).

3. Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas

En el presente capítulo se expone el desarrollo y conclusión de dos procesos terapéuticos atendidos durante la formación, para su análisis los casos se han dividido en etapas, en las que se describe las sesiones que comprendió cada una de ellas, las intervenciones realizadas y los logros de las pacientes.

3.1.1. Caso 1

Nombre del paciente: Mónica

Nº de expediente: 071136

Nº de sesiones: 20

2007 – Sesión 1 a la 10

2008 – Sesión 11 a la 20

Fecha de inicio: 27.08.07, a la primera sesión faltó.

La segunda sesión, que fue la primera a la que asistió fue el 3.09.07

Fecha de terminación: 26.05.08

Se citó a la paciente en septiembre del 2008 para una sesión de seguimiento, sin embargo canceló el mismo día y posteriormente ya no pudo coordinar sus horarios con los de la terapeuta.

Terapeuta: Aurora Villegas Cortez

Equipo terapéutico:

Alvarado Vázquez Aurora

Asunción Sánchez Claudia G.

Barrios Muñoz Alicia

Carmona Arellano Mauricio F.

Montero Pardo Xolyanetzin

Rodríguez Chica Lizette H.

Toiber Rodríguez Marla Naiví

Trejo Arteaga Ana Lilia

Villanueva Orozco Tonatiuh

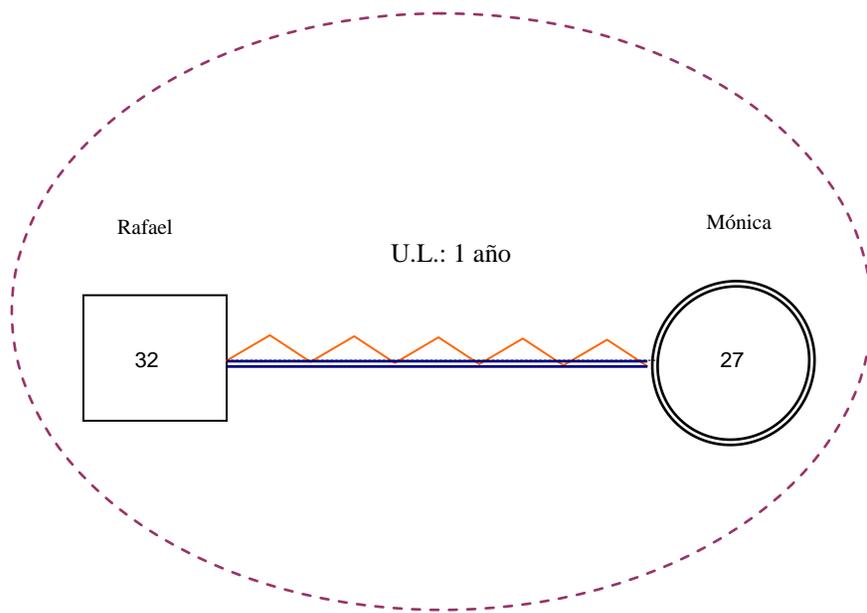
Supervisora: Dra. Mary Blanca Moctezuma

Sede de supervisión: Centro de Servicios Psicológicos “Guillermo Dávila”

Modelo de supervisión: Terapia Breve Enfocada al Problema (Tercer Semestre) y Terapia

Breve Enfocada a Soluciones (Cuarto Semestre)

GENOGRAMA



1. Datos de identificación

Mónica, 27 años, terminó la preparatoria y trabaja en el puesto de ropa que tiene con su pareja en un tianguis.

Rafael, 32 años, terminó la preparatoria y trabaja atendiendo el puesto de ropa que tienen en un tianguis, además se dedica a la compra – venta de autos usados.

2. Motivo de consulta

Inseguridad, celos y desconfianza (por infidelidad). Las actitudes de su pareja y la infidelidad que ocurrió hace tres años son un factor importante en la desconfianza que la paciente siente hacia su pareja, además de las diferentes formas en que éste la descalifica y limita tanto en lo económico, como en los espacios de diversión

3. Antecedentes del problema

Rafael y Mónica se conocieron en el gimnasio donde ambos iban a ejercitarse, tuvieron seis meses de noviazgo y luego Mónica decidió irse a vivir con él.

Antes de Rafael, Mónica tuvo algunos noviazgos, siendo Rafael de quien se enamoró “para entregarse a él” (sic).

Por su parte Rafael vivió algunos años con una mujer mayor a él y tuvo parejas informales antes de conocer a Mónica.

La pareja vive en unión libre, manteniéndose principalmente del puesto de ropa que tiene en un tianguis donde ambos colaboran repartiéndose la labor de la venta: yendo a comprar la mercancía, etiquetándola y atendiendo el puesto. Además Rafael compra y vende autos usados.

En la relación, Rafael ejerce el rol de proveedor, además toma las decisiones en casa y en el negocio, por su parte Mónica realiza una gran parte del trabajo en ambos espacios.

Se observó en la paciente pensamiento obsesivo, dirigiendo toda su atención hacia su pareja, mostrando preocupación excesiva por las mujeres que él pueda conocer, especialmente si éstas son “guapas” o tienen un trato amable hacia él.

Desde el noviazgo Rafael tuvo amigas con las que salía o a veces iban a visitarlo a su casa, a algunas de ellas Mónica las conoció, aunque siempre pensó que con ella sería distinto, pues Rafael fue el primer hombre con el que ella tuvo contacto sexual.

Una noche en que Rafael creyó que Mónica se había ido a quedar a casa de su familia, éste llegó al departamento acompañado de una mujer, cuando la paciente que estaba en la recámara salió y le reclamó esto, tuvieron una discusión en la que Rafael negó que le estuviera siendo infiel y luego ambos fueron a dejar a la invitada de Rafael a su casa.

Este hecho había ocurrido 3 años antes de que la paciente solicitara el servicio en la Clínica de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología, sin embargo se mantenía vigente en el pensamiento de la paciente, quien cada que observaba una conducta seductora

en su pareja hacia otras mujeres se enfurecía y le reprochaba esta infidelidad, a lo que él le respondía que ella era celosa e insegura.

Al inicio del proceso se definieron las siguientes metas y objetivos terapéuticos:

- Explorar la infidelidad que la paciente refiere en su solicitud de consulta.
- Conocer de qué forma la infidelidad que sucedió hace 3 años afecta actualmente la relación de la pareja.
- Explorar si la paciente es una mujer celosa o existen razones para que ella cele a su pareja.
- Definir el objetivo terapéutico, el problema y la meta.

El principal logro del proceso fue que Mónica reconociera la manera en que ella y Rafael se comportaban en la relación, asumiendo como una decisión propia el permanecer en ella.

A)Primera Etapa:

Sesiones 2 a la 11

En la primera etapa el comportamiento de la paciente se caracterizó por verborrea, discurso disperso y obsesión por la infidelidad de su pareja, las intervenciones realizadas estuvieron orientadas a que Mónica comprendiera a qué respondía la comunicación que existía entre ella y su pareja, así como a clarificar a qué obedecía el enojo por las actitudes de su pareja.

Entre las intervenciones realizadas estuvieron:

- Retomar la postura del paciente
- Reencuadre
- Paráfrasis
- Clarificación
- Reflejo
- Confrontación
- Aliento a la resistencia

Como logro de esta primera etapa se puede citar el que la paciente pudo identificar las cosas positivas que tiene y que le duele que no sean reconocidas por su pareja, lo que le permitió comprender su enojo como una respuesta a las actitudes de su pareja y no como un “defecto” de ella.

B)Segunda Etapa:

Sesiones 12 a la 14

En esta parte del proceso Mónica reconoció que le dolía mucho que su relación de pareja no fuera lo que ella esperaba, por todo lo que imaginó que sería el hombre con quien estuviera por primera vez sexualmente. Así mismo, que no era sólo por la coquetería de Hugo que ella siente incomodidad en la relación, si no por la actitud de negación que él tenía frente al deseo de ella de tener hijos o de casarse.

Durante este tiempo la paciente realizó algunos cambios, como salir a tomar el café con sus amigas y asistir a clases de zumba, sin embargo le fue difícil realizar cambios en su manera de relacionarse con su pareja.

Intervenciones realizadas:

- Intensidad y reflejo
- Metáfora
- Validación de la visión de la paciente

C) Tercera Etapa

Sesiones 15 a la 20

Después de haber realizado algunos cambios que tenían que ver directamente con ella, la paciente mostró resistencia a cambios mayores, situándose nuevamente en volver a mirar a su pareja, hacia la sesión 15 se realizó junto con la paciente un recuento de los aspectos de su relación que había podido ver con claridad a través del proceso terapéutico, así como de las actitudes con que la paciente solía atraparse para no hacer cosas que le permitieran ser más autónoma respecto a su pareja.

Con lo anterior se llevó a la paciente de una postura pasiva a una activa, en la que podía elegir algo diferente a lo que había estado haciendo en su relación.

Lo anterior también permitió evaluar el proceso del tratamiento para finalmente colocar a Mónica en un poder de elección, identificando las ventajas y desventajas de quedarse en el mismo lugar o bien, de hacer algo diferente.

Como logro de esta etapa se puede citar el que Mónica pudo reconocer la forma en que cada uno de los miembros de la pareja actuaba en la relación.

El cierre del proceso terapéutico se hizo mediante una metáfora en la que el no cambio se representa con cadáveres en el desierto, depositando en la paciente la decisión de elegir el camino que ya sabe a donde la conduce, o a optar por un camino desconocido;

previo a la narración de dicha metáfora se le hizo un resumen a la paciente de las cosas que ella pretendía lograr con el proceso terapéutico y lo que había logrado aclarar durante éste, concluyendo que lo siguiente era algo que sólo ella podía decidir, planteándole como opciones quedarse estancada e inerte como un cadáver o atreverse a hacer cambios y jugársela para vivir de diferente manera su relación de pareja.

“Y eso te lo voy a explicar porque había una historia, de un hombre que iba caminando en el desierto, de repente llegó a un sitio en donde había una Y griega, el camino se dividía en dos, entonces él estaba pensando cuál camino tomar, porque en uno había agua y en el otro no había agua, entonces estaba pensando, pensando, y hacia todas sus cuentas, si me voy por aquí, pasa tal y tal, por aquí, tarará, si me voy por este otro camino, y pasaba y pasaba el tiempo y él no tomaba una decisión, de repente volteó, una ráfaga de aire vino, levantó tierra, arena en el desierto...No! volteó y vio cantidad de esqueletos...Huesos tirados en el desierto, entonces tomó una decisión: se la jugó...”

3.1.2. Caso 2

Momento de llegada al proceso terapéutico: CONFUSIÓN con esperanza para mejorar mi relación.

Cierre del proceso: CLARIDAD con empuje para ser mejor como yo quiero ser.

Pilar en la última sesión.

Nombre del paciente: Pilar

Nº de sesiones: 20

2007 – Sesión 1 a la 13

2008 – Sesión 14 a la 20

Fecha de inicio: 31 de mayo de 2007

Fecha de terminación: 17 de abril de 2008

Terapeuta: Alicia Barrios Muñoz

Coterapeuta: Aurora Villegas Cortez

Equipo terapéutico:

Alvarado Vázquez Aurora

Asunción Sánchez Claudia G.

Carmona Arellano Mauricio F.

Montero Pardo Xolyanetzin

Rodríguez Chica Lizette H.

Toiber Rodríguez Marla Naiví

Trejo Arteaga Ana Lilia

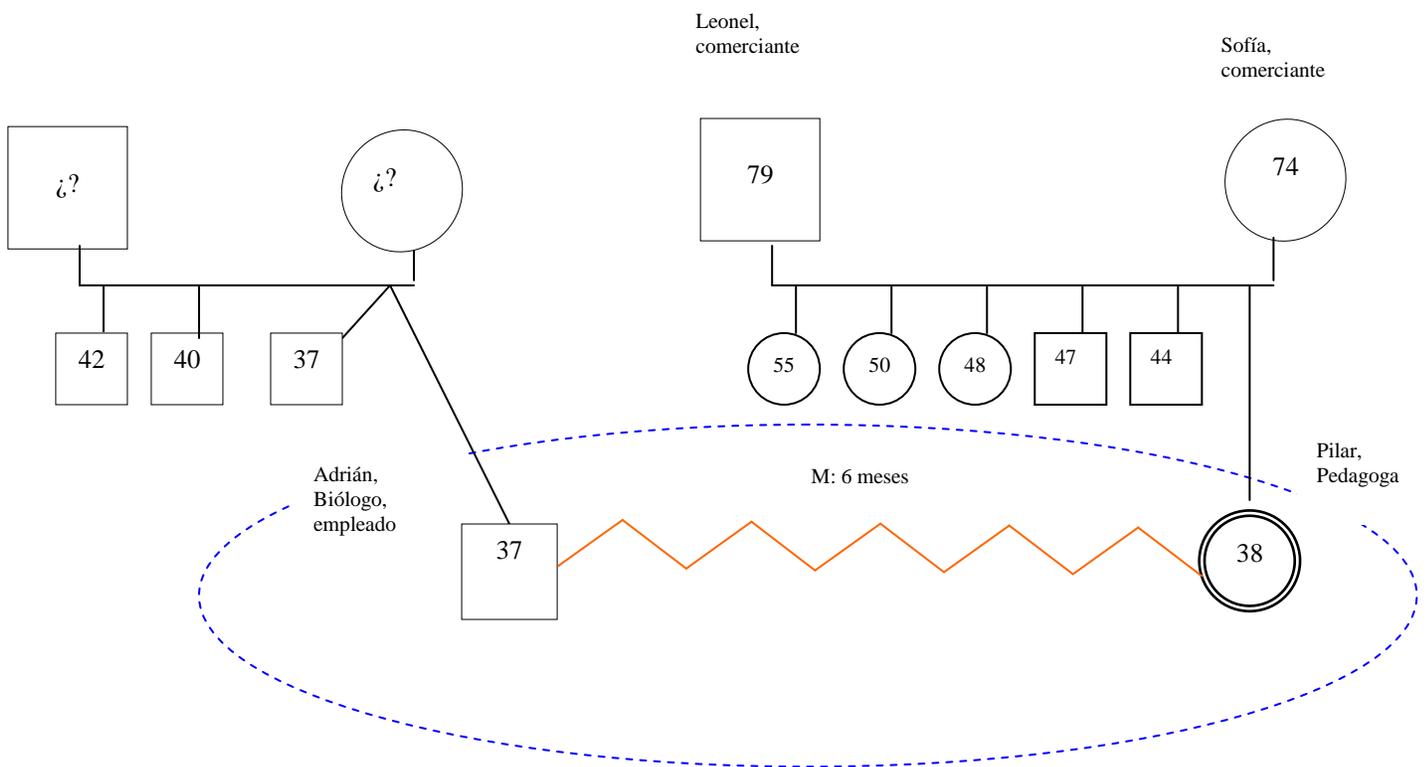
Villanueva Orozco Tonatiuh

Supervisora: Mtra. Noemí Díaz Marroquín

Sede de supervisión: Centro Comunitario “Dr. Julián Mac Gregor”

Modelo de supervisión: Modelo Estructural (Segundo Semestre) e Integración de Modelos (Tercer Semestre).

Genograma



1. Datos de identificación

Pilar, 38 años de edad, pedagoga, ejerce su profesión dando clases a nivel primaria en colegios particulares.

Adrián, 38 años de edad, biólogo, trabaja en el área de sistemas computacionales para empresas privadas. Diabético.

2. Motivo de consulta

La paciente solicitó la atención por problemas de comunicación con su pareja, refirió tener seis meses de casada y sentir que en momentos estaba a punto de “tirar la toalla” (sic).

3. Descripción de la pareja

Pilar y Adrián se habían casado 5 meses antes de que ella solicitara la atención terapéutica, previo tuvieron un año de noviazgo que a referencia de la paciente, fue muy bueno. Se conocieron en un lugar donde acuden las personas a buscar pareja y comenta ella que desde el día que lo vio pensó “con este me voy a casar” (sic).

Hasta antes de conocerlo, Pilar pensaba que no se casaría, ya que a los 30 años tuvo una experiencia muy dolorosa: mantuvo una relación con un hombre casado, se embarazó y él se alejó de ella. El embarazo fue difícil, además de que ella vivió el rechazo de su familia y finalmente faltando poco tiempo para el nacimiento perdió a la bebé.

Desde que se conocieron Pilar supo que Adrián padece diabetes, así también comentó que él siempre había sido descuidado en su arreglo personal, lo que a ella no le incomodó antes, sin embargo a partir de que comenzaron a vivir juntos ella se empeñó en pedirle que cambiara esa actitud.

La paciente había asistido en dos ocasiones anteriores a terapia, ya que refirió tuvo serios problemas de autoestima, comentó que en ambos procesos logró muchas cosas.

Los problemas que refiere tener con Adrián son por la falta de cuidados que éste debería tener por la diabetes, por lo que su vida sexual es prácticamente nula, además de que desde el principio él no ha sido una persona que exprese mucho su afecto.

Se trazaron los siguientes objetivos terapéuticos:

- Que la paciente defina los objetivos de la terapia en relación a ella, en cuanto a los cambios que ella pueda hacer para mejorar la relación de pareja.
- Que defina la relación de pareja con base a situaciones concretas y no en las expectativas que tenía antes del matrimonio de la relación y de Adrián.
- Trabajar la diferenciación como individuos entre los miembros de la pareja.
- Confrontarla con su ambivalencia hacia la maternidad: por una parte el deseo de tener un hijo y por otra, su temor a no poder lograr el parto y de criar a un hijo.

A) Primera Etapa

Sesiones 1 a la 5

Las intervenciones realizadas estuvieron orientadas a centrar la problemática en la paciente y no en sus expectativas hacia su pareja.

Se observó constante miedo al futuro, así como ambivalencia hacia la maternidad, su relación de pareja y su trabajo, una constante contradicción entre querer y no querer estar en su vida, lo que la llevaba con frecuencia a mirar las cosas negativas del ser mamá, del ser esposa o del trabajo que tenía.

Intervenciones realizadas:

- Resumen
- Validación de la postura de la paciente

- Retomar la postura del paciente.
- Connotación positiva
- Analogía de las diferentes cosas que están presentes en la relación de pareja, tanto en la paciente como en su esposo, con un abanico.

Hacia la quinta sesión la paciente tuvo una crisis que la paralizó y le impidió ese día asistir a su trabajo, ante este evento Adrián se mostró empático con su situación y le brindó apoyo.

B) Segunda Etapa

Sesiones 6 a la 10

El cambio a esta etapa se presentó hacia la sexta sesión y se caracterizó por el momento en que Pilar habló de la relación con su madre y el abuso sexual que sufrió de niña, por parte de uno de sus cuñados. Esta etapa se observó hasta la sesión décima, en la que la paciente una vez más volcó su atención hacia su pareja.

Durante estas sesiones la paciente se mostró sensible y pudo contactar con los sentimientos de abandono y enojo, también reconoció que anhelaba tener cercanía con su mamá y poderle reclamar su abandono, así como abrirle el corazón.

Intervenciones realizadas:

- Resumen
- Connotación positiva
- Validación de la postura de la paciente frente al sentimiento de abandono
- Reflejo
- Metáfora

Durante algunas semanas la actitud de Pilar hacia Adrián fue menos controladora y hasta tuvieron un fin de semana de contacto íntimo afectivo y sexual, ante lo cual se observó a la paciente contenta y con apertura.

Al finalizar la octava sesión la paciente comentó a las terapeutas que su pareja había comenzado un proceso terapéutico, con lo cual ella se sentía contenta.

C) Tercera Etapa

Sesiones 11 a la 14

En esta etapa la actitud de Pilar fue de mucho enojo y reclamo, así como de decepción: descubrió en la computadora de su pareja una gran cantidad de archivos con contenido pornográfico, incluso material de pedofilia, lo que la desconcertó y preocupó, pues comentó “no saber quién era Adrián”.

Ante este evento la paciente cayó unos días en la obsesión de revisar todo el contenido de la computadora de su esposo, faltando incluso a trabajar para poder hacer una revisión exhaustiva de los archivos mientras Adrián estaba en su trabajo, en esta crisis la paciente tuvo además como síntomas físicos dolores de estómago y diarrea.

Durante estas sesiones se observó a Pilar nuevamente a la defensiva y con un enojo más marcado hacia su pareja e incluso hacia las intervenciones de las terapeutas.

Sucedió en esta etapa también que la pareja se fue a vivir al norte de la Ciudad al departamento que Adrián compró, lo cual refirió Pilar, “no le gustaba porque era para ella perder poder y atenerse a lo que él quisiera hacer” (sic), ya que el hecho de que vivieran en el departamento que era de ella le permitía sentirse más segura para tomar decisiones, por ejemplo, ante una separación quien tendría que dejar la casa sería Adrián y no ella.

Después de mudarse al nuevo departamento, la paciente regresó a algunas 2 ó 3 sesiones en actitud autorreflexiva y se observó en ella tranquilidad y en su arreglo se apreció más jovial. Comentó sentirse muy bien y haber estado pensando muchas cosas.

Intervenciones realizadas:

- Metáfora
- Confrontación
- Resumen
- Validación de sentimientos
- Replanteamiento de objetivos terapéuticos

D) Cuarta Etapa

Sesiones 15 a la 20

En la sesión quinceava la supervisora estuvo presente como coterapeuta, ante lo que Pilar se mostró contenta, ya que a lo largo del proceso había expresado su curiosidad por conocer a la supervisora y a los demás integrantes del equipo terapéutico.

En esta sesión se hizo evidente la actitud mediante la cual a través del control Pilar se protege de la cercanía de su pareja, al parecer ante la fantasía de que si su pareja se acerca la puede lastimar, por lo que de forma paradójica la paciente llevaba a cabo una profecía autocumplidora logrando finalmente que Adrián se alejara y no le tuviera confianza.

Debido a los cambios en la organización de las supervisiones, lo cual se dio por la proximidad de la terminación de la maestría, a partir de la sesión 16 cambió el espacio en que se llevaba a cabo la sesión, así mismo no se contó ya con la presencia del equipo y de la supervisora en la cámara de Gesell. Se le informó a la paciente que la supervisora continuaría al tanto de su proceso mediante la narración que le harían las terapeutas de lo abordado en cada una de las sesiones.

En la sesión 17 Pilar comentó que ella y Adrián habían comenzado a asistir a terapia de pareja con un terapeuta que además era sexólogo, a fin de abordar la afición de Adrián por la pornografía.

Refirió así mismo la necesidad de “hablar sobre ella”, sin embargo a las dos sesiones siguientes (18ª y 19ª) llegó con gran resistencia, mostrando descalificación hacia las terapeutas y rechazando las intervenciones.

Se observó durante estas sesiones descalificación de la paciente hacia las terapeutas, así como aumento de la resistencia a las intervenciones que se realizaron, por lo que se sometió a supervisión el caso para evaluar la factibilidad de la continuación del proceso terapéutico y se decidió dar de alta a la paciente “envolviéndole” la idea de que ella cuenta con las herramientas suficientes para hacer frente a su vida.

Intervenciones realizadas:

- Evaluación de logros obtenidos en el proceso terapéutico, los que la paciente describió como: elevación de su autoestima, el haber aprendido a escuchar su propia voz a través de la voz de las terapeutas y el tener mayor claridad respecto a su relación de pareja.
- Aliento a la resistencia
- Parfraseo
- Connotación positiva

En la sesión de cierre, ante la petición de las terapeutas de que pusiera un nombre al momento con que la paciente inició su proceso, Pilar dijo la frase: “confusión con esperanza para mejorar mi relación” (sic), mientras que al momento de vida con que la paciente llegó a la terminación del proceso, fue referida por ella como: “claridad con empuje para ser mejor *como yo quiero ser*”(sic).

Se terminó el proceso con el planteamiento de que esta frase sería su equipaje para el camino que estaba iniciando, lo que tomó con entusiasmo y refirió que dicha frase sería como su bandera para continuar y que cada que sintiera que se atora en algo, volvería a ella.

Si comparamos las frases del momento de vida en que la paciente llega al proceso y el momento en que se va, podemos decir que los logros terapéuticos fueron lentos, pero significativos, pues el foco de su atención cambió de urgir en la vida de su pareja hacia aquello que “ella quiere ser”.

3.2.Habilidades de investigación cuantitativa y cualitativa

Como parte de la formación se adquirieron habilidades para el desarrollo, aplicación, análisis e interpretación de resultados de investigación bajo la metodología cuantitativa y cualitativa, tomando como objeto de investigación los factores que tanto en la familia como en los grupos de apoyo promueven la resiliencia entre sus miembros. A continuación se presenta el trabajo realizado bajo ambas corrientes metodológicas.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cuantitativa

La investigación cuantitativa realizada durante la residencia abordó la manera en que los procesos comunicacionales que se dan en la familia influyen en la resiliencia que pueden tener sus miembros, de acuerdo al planteamiento de Walsh (1998) dichos procesos son: claridad, expresión emocional sincera y resolución cooperativa de los problemas, así mismo como resultado del trabajo realizado se agregó un cuarto factor, el de la confianza (Asunción, Rodríguez y Villegas, 2007), de lo que se derivó el diseño del instrumento: “Factores comunicacionales de la resiliencia en la familia”.

I. Marco Teórico

La resiliencia es la capacidad que permite al individuo salir fortalecido y transformado de aquellas experiencias adversas y/o traumáticas, logrando así un despliegue de sus capacidades (emocionales, cognitivas, sociales) para alcanzar una vida significativa y productiva, dicha capacidad puede ser promovida y desarrollada por la familia o bien por el contexto que rodea a las personas.

Los sistemas familiares pueden tener características y recursos que favorecen la resiliencia. En algunos sistemas será por ejemplo la comunicación, en otros pueden ser sus marcos de referencia, pero lo importante es la función de la familia como factor protector dependiendo de la situación y de lo que ésta le exija al sistema.

Para Díaz y Leguizamo (2005), el término adaptado a las ciencias sociales caracteriza a aquellas personas que a pesar de nacer y vivir en situaciones de riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos.

Los factores protectores que promueven la resiliencia se encuentran vinculados a los recursos personales, que se mencionan a continuación: (Kotliarenco y Dueñas, 1994, citado en Pérez 2005):

- La independencia y la autonomía en donde la persona tiene la capacidad de tomar decisiones libres y responsables que no le impliquen riesgo.
- La capacidad de establecer límites entre el mismo, la familia y/o el ambiente, que le permita ejercer su independencia.
- La orientación hacia las tareas es otro factor importante, ya que la persona muestra una buena actitud o disposición para conseguir sus propias metas o alguna tarea que le sea impuesta para conseguir otros objetivos.

Es importante considerar que la vida familiar comprende muchas fases que implican acontecimientos y dificultades que llegan a perturbar la estructura de ésta, por lo que su capacidad para hacer frente a esos sucesos y para conseguir luego su reintegración, nos daría una medida de su resiliencia, así como el crecimiento y enriquecimiento de estas relaciones familiares, después del evento o eventos (Manciaux, 2003).

En el modelo de resiliencia familiar del que partió la investigación realizada, se distinguen tres procesos fundamentales (Walsh, 1998):

1. El sistema de creencias, el cual implica dotar de sentido a la adversidad, es decir, que haya un sentido de coherencia al percibir las crisis como un desafío significativo, en una evaluación que va desde las creencias facilitadoras contra creencias limitativas dentro del sistema familiar. Por lo que es necesario contar con una perspectiva positiva y con una trascendencia y espiritualidad que incluya valores, rituales, fe, creatividad y la apertura hacia el aprendizaje y el crecimiento a partir de las adversidades.
2. Patrones organizacionales, el cual abarca la flexibilidad ante el cambio y la continuidad del mismo, la conexión mutua, así como el respeto por las necesidades y las diferencias individuales hasta contar con recursos sociales y económicos, en donde la familia pueda moverse hacia la familia extensa, las redes sociales y comunitarias.
3. Los procesos comunicativos que implican claridad, expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de los problemas. A continuación serán detallados estos procesos, ya que para fines de esta investigación se tomarán en cuenta como favorecedores de la resiliencia.

La comunicación facilita el funcionamiento familiar en su conjunto y existen tres aspectos de la comunicación que son decisivos para la resiliencia familiar: la claridad, la expresión emocional sincera y la resolución cooperativa de problemas.

1. **CLARIDAD:** Se refiere a que la comunicación sea clara, específica y sincera, lo cual implica congruencia entre lo que se dice y cómo se dice.
2. **EXPRESIÓN EMOCIONAL SINCERA:** La cual puede verse u oírse en la conducta, el tono de voz, el contenido verbal y los patrones comunicacionales.

3. **RESOLUCIÓN COOPERATIVA DE LOS PROBLEMAS:** Se refiere a la participación de los miembros de la familia en la solución de los problemas. En este sentido es importante reconocer el problema para plantear ideas que poniendo en práctica ayuden a la familia a superar una situación.

II. Objetivo general del trabajo

Elaborar un instrumento que mida los factores comunicacionales que favorecen la resiliencia entre los miembros de la familia.

III. Resultados

Se diseñó un instrumento que está constituido por 33 reactivos, los cuales se agrupan en cuatro factores: Resolución de problemas y apoyo; claridad en la comunicación; empatía y expresión afectiva, y confianza; los reactivos fueron diseñados para identificar la forma en que la persona a la que se le aplica el instrumento responde ante los eventos difíciles que ha vivido, así como el apoyo que recibió de su familia frente a éstas. Las opciones de respuesta a las preguntas fueron diseñadas como escala tipo Likert, asignando los valores conforme a: 5 muy frecuentemente; 4 frecuentemente; 3 a veces; 2 casi nunca; 1 nunca. (Anexo I de este reporte).

a) Desarrollo de la prueba

Se construyeron 63 reactivos a partir de la Teoría de Walsh (1998), los cuales fueron sometidos a la prueba de claridad, posteriormente se obtuvo la validez teórica a través de la Técnica de Q-Sort, con la ayuda de expertos en el estudio de la resiliencia. De esta primera fase el Instrumento quedó con 36 reactivos para su aplicación.

La aplicación se llevó a cabo en dos grupos, el grupo experimental lo constituyeron sujetos que estuvieron en prisión y el grupo control sujetos que no estuvieron en prisión,

pero con características similares en cuanto a variables socio-demográficas y se equiparó la muestra en escolaridad, estado civil, número de dependientes económicos y percepción sobre eventos difíciles que han vivido.

Posteriormente a la aplicación, se realizó un análisis con la Prueba T, para conocer si los reactivos discriminaban y se encontró que la prueba cuenta con buena discriminación intra-grupo, y de los 36 reactivos existentes, sólo se eliminó uno.

En el análisis factorial realizado a los 35 reactivos que quedaron después de la comparación con la prueba t, el análisis factorial arrojó 4 factores, lo cuales son:

- ✓ Factor 1. Resolución de problemas y apoyo
- ✓ Factor 2. Comunicación
- ✓ Factor 3. Empatía y expresión afectiva
- ✓ Factor 4. Confianza.

Del instrumento aplicado se eliminaron dos reactivos que no cargaron en ningún factor, una vez eliminados y aleatorizados la prueba final quedó conformada con un total de 33 reactivos, divididos en los cuatro factores enlistados arriba.

Estos factores coincidieron con los de la teoría en la que se basó la realización del instrumento, aunque arrojó uno más al que se le denominó “Confianza” por el contenido de los reactivos.

En cuanto a la confiabilidad, la prueba total obtuvo un alfa de cronbach total de .964, por lo que la prueba tiene un buen nivel de confiabilidad tanto general como por cada factor.

En lo que se refiere a la validez de criterio, las puntuaciones obtenidas no mostraron diferencias entre el grupo control y el experimental.

b) Discusión

El resultado de esta investigación es la creación de un nuevo instrumento que mide los factores comunicacionales en la familia que influyen en la resiliencia entre sus miembros, el cual cuenta con validez teórica, validez de jueces, confiabilidad (alfa de cronbach) y permite hacer una diferenciación entre la presencia e identificación de dificultades en la comunicación familiar. Por el momento, el instrumento no cuenta con validez de criterio.

Los cuatro factores que arrojó el análisis estadístico fueron los siguientes: Resolución de problemas y apoyo, Comunicación, Empatía y expresión afectiva y Confianza, los cuales corresponden a las dimensiones propuestas en la Teoría de Resiliencia Familiar de Walsh (1998) que son: claridad, expresión emocional sincera y resolución cooperativa de los problemas.

En comparación con la teoría de Walsh (1998) esta investigación arrojó un factor adicional que es el de Confianza, que implica la libertad para expresar lo que se piensa y/o se siente sin ser juzgado por los demás.

Por otra parte, la validez de criterio, no se obtuvo con el criterio planteado al inicio de la investigación con las características de la muestra; las posibles causas de esto pueden ser: que los sujetos del grupo experimental regularmente respondían con una gran deseabilidad social, ya que aún se encontraban en procesos jurídicos e incluso muchos mencionaron que el haber estado en prisión no fue algo significativo en sus vidas y reportaron no sentir diferencias en sus relaciones familiares dentro y fuera de la prisión, lo cual pudo haber afectado la validez de criterio.

En lo que se refiere al grupo control las respuestas fueron semejantes a las del grupo experimental, debido a que la muestra del grupo control se obtuvo de lugares diversos, donde es posible que hayan influido los espacios de donde fue obtenida la muestra y por otra parte en el grupo experimental los participantes tenían características similares.

De acuerdo a lo anterior, es importante considerar estas limitantes en futuras investigaciones, a fin de elegir un criterio diferente que permita incrementar la validez de este instrumento.

3.2.2. Reporte de la investigación realizada utilizando metodología cualitativa

Los factores de la comunicación que favorecen la resiliencia entre los miembros de la familia pueden también ser promovidos por las redes sociales con las que cuente el individuo. Los grupos de apoyo que forman parte de la red social de una persona aportan a sus asistentes habilidades que fortalecen en ellos su capacidad de respuesta ante la realidad, con lo que se constituyen en agentes de cambio para el sistema familiar. Las personas que participaron en la investigación fueron los asistentes a un grupo de apoyo: Escuelas de Perdón y Reconciliación (ESPERE), en las instalaciones de un centro comunitario ubicado en una colonia considerada de alto riesgo en la que existe violencia social e intrafamiliar, desempleo, alcoholismo y drogadicción.

I.Marco teórico

El término resiliencia tiene su origen del latín “resilio”, que significa volver atrás, resaltar, rebotar. Este término, comenzó a utilizarse en diversas disciplinas como la física, la ingeniería y la mecánica para referirse a las características de ciertos materiales empleados en la construcción, los cuales recobran su forma original después de haber sido sometidos a una fuerza deformadora (García, 2006).

Walsh (1998); Manciaux (2003); Díaz y Leguizamo (2005); Rutter (1993, en Barudy, 2005) y Cordova (2006) han buscado componentes y características que expliquen la resistencia que se genera ante la posibilidad de destrucción y la capacidad de desarrollarse psicológicamente sano y exitoso en situaciones de riesgo; y han encontrado

que la resiliencia se caracteriza por ser multidimensional, ya que abarca tanto el área personal, familiar y social.

Características del proceso de resiliencia.

Las características de la resiliencia surgen de diferentes modelos y perspectivas. Desde el modelo de los *factores de protección individual y ambiental*, los estresores amenazan con causar una perturbación o un desequilibrio de la homeostasis, lo que lleva al individuo a 4 resoluciones diferentes:

- 1) Disponer de una capacidad mayor de resiliencia y de resistencia después de una crisis.
- 2) Reintegración homeostática o una vuelta al estado en que los sujetos estaban antes del trauma.
- 3) En algunos casos el modo de reintegración es inadaptado.
- 4) La reintegración de un sujeto puede ser disfuncional, Kumpfer (1999, en Manciaux, 2003).

Procesos familiares que intervienen en la resiliencia.

En lo que respecta a la familia, Barudy (2005), hace hincapié en que los factores familiares que inciden en la resiliencia, son el reconocimiento, el estímulo de las interacciones, un clima de afectividad, una actitud parental competente y una buena relación entre padres e hijos.

Walsh (1998) por otro lado, nos remite a tres procesos fundamentales para la resiliencia entre los miembros de la familia:

1. El sistema de creencias

2. Patrones organizacionales
3. Los procesos comunicativos

Esta investigación se basó en los procesos comunicativos del modelo propuesto por Walsh (1998), debido a que la comunicación es un factor importante en la interacción de los miembros del sistema familiar, de acuerdo a lo desarrollado en el apartado 3.2.1.

Por otro lado, es importante mencionar que los individuos tienden a solicitar ayuda cuando la movilización individual no es suficiente, de esta manera las redes sociales juegan un papel importante dentro del proceso de resiliencia.

Redes Sociales: Definición y aspectos generales

El constructo de red social, se ancla en la visión sistémica utilizada por la terapia familiar, y coincide con la propuesta de Gregory Bateson en cuanto a que las fronteras del individuo no están limitadas por su piel sino que incluyen todo aquello con lo que el sujeto interactúa: la familia nuclear o extensa, el conjunto de vínculos interpersonales (amigos, relaciones de trabajo, de estudio y de inserción comunitaria) (Sluzki, 1998).

La red social puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas. Constituye una clave central de la experiencia individual de identidad, bienestar, competencia, protagonismo o autoría; incluyendo los hábitos de cuidado de la salud y la capacidad de adaptación en una crisis (Sluzki, 1998).

Por su parte la red secundaria es el conjunto de personas reunidas alrededor de una misma función, en un marco institucionalizado tal como un sindicato, una cooperativa o un club social (Desmarais, Laviguer, Roy y Blanchet 1989).

Funciones de las redes sociales

Sluzki (1998) menciona que las funciones de las redes, se relacionan con el tipo de intercambio interpersonal entre sus miembros e incluye:

- Compañía social, que implica la realización de actividades conjuntas.
- Apoyo emocional, que incluye intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo.
- Guía cognitiva y consejos, en donde las interacciones están destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas, y proveer modelos de rol.
- Regulación o control social, es decir, interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles, neutralizan las desviaciones de comportamiento que se apartan de las expectativas colectivas y favorecen la resolución de conflictos.
- Ayuda material y de servicios, que involucra la colaboración específica sobre la base de conocimiento experto o ayuda física, por ejemplo el terapeuta.
- Acceso a nuevos contactos, es decir, la apertura de puertas para conexión con personas y redes que hasta entonces no eran parte de la red social del individuo.
- Finalmente, desde distintos ámbitos socioculturales, existe un número creciente de personas en situación de riesgo y en lo referente a Latinoamérica, las problemáticas económicas se entrecruzan con las sociales y psicológicas, las cuales generan

miedo, angustia y sensación de desamparo ante el incremento de la violencia, ya sea en el interior de las familias o en las calles, aunado a las constantes migraciones del campo a la ciudad o de ciudades pequeñas a otras más grandes que conllevan a la pérdida de la seguridad de los contextos locales, a fin de adaptarse a la nueva situación (Dabas, 1995).

Ante estas necesidades y otras más observadas en países de Latinoamérica como situaciones de violencia prolongadas, surge el grupo de las ESPERE, que tienen una función de red social y su objetivo es que las personas puedan “aprender a manejar las emociones y las secuelas que dejan las agresiones y así recomponer el equilibrio perdido en la persona”, lo cual a su vez puede generar factores resilientes.

De acuerdo a lo anterior, la propuesta de esta investigación fue observar de qué manera se dan los procesos de comunicación y cuál es el papel de los grupos de apoyo en una comunidad en donde existen factores de riesgo.

II. Objeto de estudio

La vida familiar comprende muchas fases que implican acontecimientos y dificultades que llegan a perturbar la estructura de ésta, por lo que su capacidad para hacer frente a esos sucesos y conseguir su reintegración, nos daría una medida de su resiliencia, así como el crecimiento y enriquecimiento de estas relaciones familiares, después del evento (Manciaux, 2003).

La presente investigación pretendió observar 1) de qué manera se dan los procesos de comunicación de claridad, expresión emocional sincera y resolución cooperativa de los problemas planteados por Walsh (1998), incluyendo además el factor de confianza

(Asunción, Rodríguez y Villegas, 2007) a fin de conocer si estos factores pueden favorecer la resiliencia, entre los miembros de algunas familias pertenecientes a una comunidad con factores sociales considerados de riesgo, tales como: violencia social, desempleo, alcoholismo y drogadicción. Además de 2) conocer el papel que tienen los grupos de apoyo dentro del proceso de resiliencia.

III. Objetivos de la investigación

- Describir la percepción que tienen los asistentes de las ESPERE de los factores comunicacionales en su familia.
- Describir de qué manera dichos factores comunicacionales ayudan a los individuos a superar experiencias difíciles de su vida.
- Conocer las expectativas de los asistentes con relación al apoyo que pueden recibir de las ESPERE e identificar el tipo de apoyo que éstas proporcionan a sus asistentes

IV. Justificación

La práctica de la terapia familiar se lleva a cabo en diferentes contextos, en donde las familias presentan diversas características, recursos y problemáticas. Por lo que la tarea del terapeuta es acompañar a las familias en el proceso que los lleva de un estado en el que experimentan dolor a un estado más amable de la vida.

Este proyecto de investigación, pretendió conocer si la comunicación en un ambiente de confianza al interior de la familia, proporciona a sus miembros recursos que favorezcan la resiliencia, es decir, que contribuya a que superen los eventos difíciles y aún más, tengan aprendizaje a partir de ellos.

Por otra parte, se exploró si las ESPERE crean un ambiente de confianza para las personas y al expresar sus emociones, se generan factores protectores entre sus miembros y cómo esto se puede observar en el sistema familiar.

V. Metodología

La resiliencia ha sido investigada en grupos de riesgo, por lo que la muestra de esta investigación fue tomada de un centro comunitario, ubicado la Delegación Miguel Hidalgo en la Ciudad de México. El tiempo de existencia de dicho Centro es de aproximadamente 50 años y en sus inicios el apoyo fue enfocado principalmente a la población obrera, actualmente es abierto a otros sectores de la población, brindando apoyo psicoterapéutico en diferentes modalidades: individual, pareja, grupos y terapia ocupacional, entre otros.

a) Hipótesis de investigación

1. Los factores comunicacionales influyen para generar resiliencia entre los miembros de la familia.
2. El grupo de las ESPERE genera factores de apoyo entre sus asistentes

b) Metodología

El tipo de instrumento que se utilizó en esta investigación fue la entrevista a profundidad, para las que se crearon dos guías de preguntas: una dirigida a aquellas personas que inician o que ya han concluido el proceso de participación en las ESPERE y, la segunda dirigida a los facilitadores de los talleres.

c) Resultados

Retomando el planteamiento inicial de esta investigación, se pretendió conocer si la comunicación en un ambiente de confianza al interior de la familia proporciona a sus miembros recursos que favorezcan la resiliencia en ellos, y explorar si al hablar de las experiencias difíciles que han vivido y resignificarlas en el espacio de contención que generan los grupos de apoyo, se promueven factores protectores entre los asistentes y cómo esto se puede observar en su sistema familiar.

A continuación se exponen las conclusiones generales a las que llegó el equipo de trabajo a través del análisis y discusión de resultados:

Hipótesis 1

1. Los factores comunicacionales influyen para generar resiliencia entre los miembros de la familia, en donde se pudo apreciar que en la relación de los entrevistados con su familia de origen, no ha habido una comunicación del todo clara y que en algunos casos no existe la confianza para decir lo que piensan o demostrarse el afecto, por el temor a la crítica. En cuanto al apoyo que reciben de sus familias, es más frecuente el apoyo instrumental que el afectivo.

En este sentido, si bien son importantes los procesos comunicacionales al interior de la familia, no son un factor decisivo para que sus miembros generen factores resilientes, sin embargo se observó que una vez que han aprendido nuevas estrategias a través de los grupos de apoyo, los procesos de comunicación se modifican y esto se ve reflejado en las nuevas generaciones.

Hipótesis 2

2. El grupo de las ESPERE genera factores de apoyo entre sus asistentes, de acuerdo a lo que se pudo conocer de las personas entrevistadas, esta hipótesis es aceptada, ya que se aprecia que los grupos han generado factores protectores en estas personas, tanto para poder hablar de las experiencias dolorosas en un ambiente de confianza, expresar claramente lo que quieren y aprender a negociar las diferencias.

Se conoció que la disposición de las personas que asistieron al taller de Perdón y Reconciliación fue incrementando una vez que se generó un ambiente de confianza en el grupo.

d) Conclusiones

Los participantes habían asistido no sólo a CELAMEX, sino también a otros grupos de apoyo como Neuróticos Anónimos y Alcohólicos Anónimos, terapia grupal y/o grupos religiosos, y han podido construir factores protectores que no recibieron en su familia de origen y que ahora transmiten a sus familias, tanto de origen como nucleares.

El apoyo grupal que habían recibido los sujetos entrevistados, les permitió lograr cambios satisfactorios en su vida, (factor común en las personas entrevistadas), por otro lado la idea de cambio se refleja en la relación que tienen con sí mismos y con las personas que les rodean, este tipo de cambio se denominó “cambio cualitativo” y se refiere a que las personas han podido expresar con más facilidad sus afectos, opiniones y problemas, así como dejar conductas de riesgo como beber o ser violentos; mejorar las relaciones con sus familias, acercarse a nuevas personas y lugares, entre otros, ya que las características del ambiente familiar, escolar y comunitario, facilitan que las personas manifiesten su capacidad de resiliencia. (Werner y Smith, 1989, en: Cordova, 2006)

Otro factor común entre las personas entrevistadas fue la capacidad de introspección, que los llevó a buscar distintas respuestas a las experiencias que han vivido y que se aprecia también en la búsqueda de trascendencia o espiritualidad, donde el grupo o red social contribuye substancialmente al reconocimiento propio como individuo (Sluzki, 1998).

El modelo de resiliencia propuesto al inicio de la investigación, describe a una persona resiliente como aquella que “es capaz de sobreponerse a las experiencias dolorosas de la vida haciendo un despliegue de sus capacidades”, se puede decir que entre las personas que participaron en esta investigación se observó dicha capacidad a diferentes niveles y que desde sus propios recursos les ha permitido sobreponerse a la adversidad y darle un sentido a su vida, a partir de ello podemos decir que las características de resiliencia están presentes en ellos.

3.3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento; atención y prevención comunitaria.

3.3.1. Productos tecnológicos

Se desarrollaron durante la residencia tres productos tecnológicos aplicados en diferentes escenarios de la formación:

3.3.2. Taller de inducción posgrado UNAM

Se participó en el diseño y aplicación del taller de inducción posgrado UNAM, el objetivo general de este trabajo fue integrar a los alumnos de primer semestre. El taller está compuesto por cuatro sesiones, de las cuales las tres primeras son teóricas, con una duración de una hora y media cada una y la última es una visita guiada.

Objetivo general:

Integrar a los alumnos de primer semestre, que ingresan al programa de Residencia en Terapia Familiar.

Objetivos específicos:

Conocer:

- La UNAM, su surgimiento y principales símbolos.
- Los servicios que brinda la UNAM y la Residencia en Terapia Familiar a sus alumnos.
- La Facultad de Psicología.
- El programa de Residencia en Terapia Familiar.

Plan:

El taller está compuesto por cuatro sesiones. Las tres primeras son teóricas, con una duración de una hora y media cada una y la última es una visita guiada.

Temario:

1. Introducción a la UNAM

- Proyecto el “Elefante Blanco”.
- Símbolos: biblioteca central, escudo, lema, himno, goya, puma.
- Mapa General de C.U.
- Centro Cultural, Biblioteca Central, alberca olímpica y centro médico, transporte interno (pumabús), RIU.

2. Introducción a la facultad de Psicología

- Localización de la Facultad de Psicología.
- Facultad de Psicología (Historia, descripción de edificios y oficinas que la componen).

3. Programa de residencia en Terapia Familiar

- UAP

- Objetivo general del programa.
 - Perfil del egresado.
 - Materias de Tronco Común.
 - Materias de la Residencia en TF.
 - Mapa curricular.
 - Sedes de entrenamiento.
 - Responsable académico.
 - Tutores, Supervisores y Docentes.
- Servicios a estudiantes
- Centro de Cómputo.
 - Préstamo de libros, cañón, lap top, proyector de acetatos, T.V., vídeo reproductor, videocámara, tripie.
 - Apoyos económicos. Becas y apoyos especiales a los alumnos.
- Información Administrativa y Académica
- Trámites
 - Formatos
 - Reporte Semestral de Actividades
 - Titulación (Reporte Final, Examen de competencias profesionales).

3.3.3. Taller “Encuentro conmigo misma”.

La autoestima es el sentimiento valorativo de nuestro ser; es decir, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad (Álvarez, 1999). Ésta se aprende, cambia y la podemos mejorar. (Branden, 1995). La Facultad de Psicología de la UNAM a través del centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro” busca impactar en diferentes problemáticas que afectan a la comunidad, entre ellas la violencia familiar que, entre otros, está asociada con una baja autoestima en las mujeres.

En este contexto se desarrolló el taller “Encuentro conmigo misma”, que tuvo por objetivo fomentar la valoración personal de las participantes, para ello se diseñaron cuatro sesiones, con una duración de 2 hrs. cada una.

El taller tuvo como temas centrales los sentidos, los sentimientos, las emociones, la autoestima y las relaciones interpersonales. Cuyo objetivo principal fue fomentar la valoración personal de las participantes, profundizando en el concepto que tienen de ellas y cómo éste influye en la forma en que se relacionan consigo mismas y con los demás. Derivándose a su vez objetivos específicos en dos categorías: reconocer sus sentidos, emociones y sentimientos; y cómo estos influyen en la forma de relacionarse consigo mismas y los demás y explorar de qué manera se perciben a sí mismas y cómo esto influye en la relación que tienen consigo mismas y con los demás. La muestra estuvo integrada por un grupo que osciló de 10 a 15 participantes por sesión. Con un rango de edad de 17 a 53 años. Ocupación, amas de casa, empleadas y profesionistas. Estado civil, solteras, casadas y divorciadas o separadas. El taller fue impartido por estudiantes de la maestría en psicología con residencia en Terapia Familiar. Se realizaron 21 actividades distribuidas en 4 sesiones de 2 horas. Se obtuvo como resultados que las participantes se sintieran satisfechas con los temas abordados, mismos que refirieron son de importancia para mejorar su vida. Finalmente, se concluye que la impartición de talleres puede ser una herramienta de prevención y contención ante ciertas problemáticas que presenta la comunidad.

Objetivo General:

Fomentar la valoración personal de las participantes, profundizando en el concepto que tienen de ellas y cómo éste influye en la forma en que se relacionan consigo mismas y con los demás.

Objetivos específicos:

- Que las participantes reconozcan el papel que tienen los sentidos para tener una experiencia más rica de la vida

- Que identifiquen cómo sus sentidos, emociones y sentimientos influyen en la forma de relacionarse consigo mismas y los demás
- Que exploren de qué manera se auto perciben a sí mismas
- Que identifiquen cómo evalúan sus pensamientos, conductas y emociones
- Que conozcan cómo la forma en que se autoevalúan influye en la relación que tienen consigo mismas y con los demás
- Que logren aceptar tanto las cosas que les gustan como las que les disgustan de sí mismas
- Que reconozcan cómo se relacionan con las personas significativas para ellas

Población que participó en el taller:

La muestra se conformó por mujeres con un rango de edad de 17 a 53 años. Ocupación amas de casa, empleadas y profesionistas. Estado civil solteras, casadas y divorciadas o separadas. La asistencia varió en todas las sesiones, conformándose de la siguiente manera: sesión 1: 15 participantes; sesión 2: 12 asistentes; sesión 3: 11 participantes y sesión 4: 10 participantes. A partir de los datos mencionados sólo 10 participantes asistieron a todas las sesiones del taller.

Facilitadoras:

El taller fue impartido por dos psicólogas, estudiantes de la maestría en psicología con residencia en Terapia Familiar; las cuales asumieron las funciones de orientar, dirigir, cuestionar y organizar las actividades del taller.

Escenario y periodo de trabajo:

El taller se impartió en el aula de usos múltiples del centro comunitario Dr. Julián Mc Gregor, ubicado en Tecacalo Mz. 21, Lt. 24 Col. Ruiz Cortinez. Los días lunes y

miércoles de 16:00 a 18:00 hrs., del 5 al 14 de mayo del 2008, con un total 8 horas distribuidas en sesiones de 2 horas cada una.

Materiales y recursos utilizados:

1 Madeja de estambre
15 Láminas de papel bond
5 Marcadores de distintos colores (negro, azul, rojo, verde, café)
Música de relajación
30 Chocolates
1 kg. de uvas
3 Aceites aromáticos de distintos olores (menta, limón, coco)
15 Pañuelos para taparse los ojos
30 barras de plastilina
1 Cinta masking tape
5 cajas de crayones
5 cajas de colores
5 cajas de gises de colores
100 hojas blancas
15 Plumas
Canciones: “Color Esperanza”, “La masa” y “Escucha tú corazón”
Computadora
Cañón
Presentación del taller el Power Point
2 manuales del instructor
15 manuales de los participantes
8 cartulinas

Procedimiento

El taller se inició dándoles la bienvenida a las participantes de forma general, presentándose las facilitadoras y el taller.

Posteriormente, se presentaron una a una todas las participantes mediante la dinámica de “la telaraña”, enfatizando su nombre, cómo se habían enterado del taller y cuáles eran sus expectativas respecto al mismo, ante esto en su mayoría mencionaron que se habían enterado por los carteles publicados dentro y fuera del centro o por invitaciones de familiares y/o amigos.

A continuación se explica en qué consistió cada una de las actividades que se realizaron a lo largo de las cuatro sesiones para alcanzar los objetivos planteados y cumplir las expectativas de las participantes.

Sesión 1

Actividad 1.- **“Las reglas del taller”**, consistió en elaborar de forma grupal una lista de 13 reglas que debían ser respetadas tanto por las participantes como por las facilitadoras, para lograr un clima de confianza y empatía a lo largo del taller.

Actividad 2.- **“Mito de Psiqué”**, una de las facilitadoras narró este mito y al finalizarlo conectó la historia con la importancia que los sentidos tienen para nuestra vida a partir de que nos permiten tener contacto con el mundo exterior, y por ello es indispensable que éstos se desarrollen y se utilicen al máximo.

Actividad 3.- **“Sensibilización de los sentidos”**, consistió en que las participantes se taparan los ojos y sensibilizaran el oído, el gusto, el tacto y el olfato experimentando nuevos sonidos, sabores, texturas y olores; al escuchar la música, oler aromas de distintas fragancias y degustar chocolates y frutas.

Actividad 4.- **“Cierre de la sesión”**, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron hoy de ellas mismas? y ¿qué se llevan hoy?, y quienes lo desearan lo compartieran con sus compañeras.

Actividad 5.- **“Escucha tu corazón”**, se les indicó que se pondría una canción para que la disfrutaran a través de todos sus sentidos .

Actividad 6.- **“Tarea”**, se les pidió que observaran cómo y en qué momento utilizan sus sentidos en su vida cotidiana, y lo registraran en su manual para comentarlo en la próxima sesión.

Sesión 2

Actividad 1.- **“Emociones”**, consistió en que las participantes se agruparan en 4 equipos y elaboraran de forma conjunta una definición de emoción.

Actividad 2.- **“Cómo identifico mis emociones”**, las participantes reflexionaron sobre cómo identifican sus emociones y después lo fueron mencionando mediante una lluvia de ideas mientras una de las facilitadoras escribía sus comentarios en una lámina de papel.

Actividad 3.- **“Sentimientos”**, se realizó una reflexión grupal sobre cómo actuamos frente a nuestros sentimientos, enfatizándose que no hay sentimientos buenos y malos y cómo actuamos frente a ellos.

Actividad 4.- **“Escultura de uno mismo”**, consistió en que cada participante con los ojos cerrados y utilizando dos barras de plastilina, hiciera una escultura de sí misma reconociéndose como individuos más allá de los distintos roles que desempeñan.

Actividad 5.- **“Cierre de la sesión”**, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron hoy de ellas mismas? y ¿qué se llevan hoy?, y quienes lo desearan lo compartieran con sus compañeras.

Actividad 6.- “**La masa**”, se les indicó que se pondría una canción para que observaran qué emociones y sentimientos experimentaban al escucharla.

Actividad 7.- “**Tarea**”, se les pidió que observaran qué sentimientos y emociones experimentan durante la semana y cómo ocurre esto.

Sesión 3

Actividad 1.- “**Autoconcepto**”, se realizó una reflexión grupal para construir una definición grupal mediante una lluvia de ideas mientras una de las facilitadoras escribía los comentarios de las participantes en una lámina de papel.

Actividad 2.- “**El mercado**”, consistió en darles hojas blancas para que hicieran una lista sobre las cosas que más y que menos les gustaban de ellas mismas; después, se puso un lienzo de papel en el piso donde las asistentes representaron con un dibujo o símbolo algunas de las cosas de la lista y junto a ella escribieron en una palabra lo que habían representado gráficamente. Posteriormente, se les explicó que ese lienzo era como los puestos de un tianguis y todas iban a vender y a comprar, venderían las cosas que habían dibujado y lo pagarían con la lista de cosas que les gustaban y no de ellas mismas.

Actividad 3.- “**Cierre de la sesión**”, se les pidió a las participantes que reflexionaran sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron hoy de ellas mismas? y ¿qué se llevan hoy?, y quienes lo desearan lo compartieran con sus compañeras.

Sesión 4

Actividad 1. “**La escalera de las relaciones**”, consistió en explorar los tipos de vínculo que las participantes tienen actualmente y los que les gustaría construir con las personas significativas en su vida

Actividad 2.- **“Escuchando a la mujer sabia”**, se les indujo a las pacientes mediante una técnica de imaginación guiada a que imaginaran que estaban en la presencia de una mujer sabia y le preguntaban sobre cómo desarrollar nuevas formas para vincularse con las personas significativas en su vida.

Actividad 3.- **“El elefante encadenado”**, consistió en leerles un cuento y a partir de esto reflexionar sobre los momentos de la vida en los que intentaron hacer cosas y no lo lograron, y cómo jamás lo hicieron de nuevo a pesar de que ahora han desarrollado nuevas habilidades y fortalezas.

Actividad 4.- **“Evaluación del taller”**, se les pidió a las participantes que contestaran las siguientes preguntas para que evaluaran el taller y el desempeño que tuvieron las facilitadoras durante el mismo:

- 1.- ¿Cómo te sientes después de haber concluido este taller?
- 2.- ¿Cómo te sentiste con los temas abordados durante el taller?
- 3.- ¿Qué importancia tiene este tema en tu vida y por qué?
- 4.- ¿Cuál de las actividades realizadas durante el taller fue la que más te gustó y por qué?
- 5.- ¿Cómo te sentiste con el desempeño de las expositoras durante el taller?
- 6.- ¿Qué sugerencias deseas hacer a la(s) expositora(s)?

Actividad 5.- **“Poema Autoestima”**, se les dio el poema y se les pidió que durante la semana se tomaran un tiempo en casa para leerlo y reflexionar.

Actividad 6.- **“Cierre del taller”**, se les pidió a las participantes que se pusieran de pie y se les repartió la letra de la canción “Color esperanza”, misma que entonamos juntas facilitadoras y participantes.

Resultados

De acuerdo a la evaluación realizada por las participantes al finalizar el taller, éste cumplió con los objetivos propuestos, así como con las expectativas del grupo, ya que los temas abordados fueron de interés para las participantes, quienes manifestaron que son de importancia para su vida.

Las condiciones de lugar y espacio fueron un factor importante para que las actividades se realizaran de manera cómoda, además se contó con los materiales requeridos para las diferentes dinámicas.

En su mayoría las asistentes al taller fueron mujeres habitantes de la zona en la que está ubicado el Centro Comunitario en el que se impartió, esto facilitó el que pudieran mantenerse a lo largo de las cuatro sesiones, así mismo Adrián dos participantes que se trasladaron desde el otro lado de la Ciudad y asistieron constantemente.

La dinámica vivencial que se mantuvo a lo largo del taller, así como la retroalimentación grupal que se dio a las participantes, fomentó que se creara un ambiente de confianza y participación, lo que captó la atención de las asistentes, que al finalizar pidieron hubiera continuidad o un segundo módulo del taller que abordara codependencia.

Las características de la población al ser heterogéneas dio como resultado que las discusiones grupales aportaran diferentes elementos, desde algunos más teóricos, como en el caso de las asistentes estudiantes o profesionistas, hasta los más experienciales, como en el caso de las amas de casa.

Por otra parte, el rango de edad de las asistentes osciló entre los 17 hasta los 53 años, lo que permitió compartir diferentes tipos de experiencias desde los momentos de vida de cada una de las participantes, habiendo quienes atravesaban un momento de tranquilidad en su vida familiar, como otras que estaban en proceso de separación de sus

parejas, en este sentido el grupo dio la apertura para que éstas pudieran compartir su sentir y el mismo grupo fungiera como contención para ellas.

Conclusiones

La realización de talleres puede ser una herramienta de prevención para algunos problemas que enfrentan las comunidades, así mismo, a nivel terapéutico un medio de contención ante problemas como depresión y/o fungir como detonador de procesos que lleven a las personas a iniciar un proceso terapéutico.

Es importante tener en cuenta las características de la población para el diseño de las dinámicas, materiales a implementar y el lenguaje en las exposiciones, ya que se observó, por ejemplo, que entre el tipo de población asistente el uso de canciones facilitó el que las participantes contactaran con algunos de los temas abordados, siendo de mayor utilidad las canciones en que el lenguaje es más coloquial y menos metafórico.

Algo frecuente en el discurso de las participantes desde el momento de la presentación al hablar de las expectativas que tenían sobre el taller, fue querer estar mejor ellas para poder estar mejor con sus familias, especialmente con sus hijos en el caso de las que eran mamás, por lo que se puede decir que la importancia para la terapia familiar de este tipo de intervención comunitaria, es que a partir de las herramientas prácticas que se proporcionan a la población en la participación de este tipo de talleres, pueden mejorar aspectos de su vida familiar y tener otras alternativas.

3.3.4. Taller: “El cáncer en la familia”

El cáncer es una enfermedad cada vez más frecuente en las familias, desencadenando diferentes consecuencias en quien lo padece y los miembros de su sistema familiar. El desarrollo de este taller tuvo por objetivo desarrollar habilidades en las cuidadoras primarias y promover que identifiquen los recursos de diferente tipo que puedan

tener, a fin de que esto les permita sobrellevar de la mejor manera posible el tratamiento de la enfermedad que padece su hijo (a).

Objetivo General:

Desarrollar habilidades en las cuidadoras primarias y promover que identifiquen los recursos de diferente tipo que puedan tener, a fin de que esto les permita sobrellevar de la mejor manera posible el tratamiento de la enfermedad que padece su hijo (a).

Objetivos específicos:

- Informar a la familia y el paciente sobre la enfermedad y el tratamiento de la misma, con la intención de despejar todas las dudas que estos tengan.
- Desarrollar habilidades en las cuidadoras primarias para la resolución de problemas
- Proporcionar herramientas a las participantes que les ayuden a identificar y manejar sus emociones, sentimientos y pensamientos catastróficos en situaciones de crisis.
- Que las participantes identifiquen la red de apoyo: amigos, familiares e instituciones que puedan ayudar a la familia y al paciente
- Enfatizar y promover que las participantes reconozcan los aprendizajes que han tenido a partir de la enfermedad de su familiar, a fin de reelaborar las experiencias difíciles por las que han atravesado a partir del diagnóstico de sus hijos (as).

Plan:

El taller seguirá una dinámica vivencial y está compuesto por tres sesiones, con una duración de tres horas cada una.

Población:

La muestra se conformará por mujeres que tienen hospitalizado a uno de sus hijos en el instituto para que reciban su tratamiento contra el cáncer de hueso.

Lugar de aplicación

El taller se impartirá en la sala de residentes del Área de Tumores Óseos (6to piso) del Instituto Nacional de Rehabilitación; ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 289, Col. Arenal de Guadalupe. Los días lunes, miércoles y viernes, con un total de 9 horas, distribuidas en 3 sesiones de 3 horas cada una. En un horario de 10:00 AM. a 1:00 PM.

Facilitadoras

El taller fue impartido por dos psicólogas, estudiantes de la maestría en psicología con residencia en Terapia Familiar, quienes asumieron las funciones de orientar, dirigir, cuestionar y organizar las actividades del taller.

Temario

- 1.- Cáncer y tratamiento (cirugía y quimioterapia)
 - Cáncer de hueso
 - Cirugía
 - Quimioterapia

- 2.- Emociones y pensamientos catastróficos
 - Emociones
 - pensamientos catastróficos

- 3.- Resolución de problemas
 - Tipos de problemas: económicos, familia, laborales y escolares
 - Soluciones

- 4.- Red de apoyo
 - Apoyo institucional
 - Apoyo religioso
 - Apoyo familiar
 - Apoyo de amigos

5.- Aprendizajes logrados a partir de la enfermedad

- En el paciente
- En la familia

Materiales:

- Aceites aromáticos
- Antifaces o pañuelos
- Cinta Colores
- Chocolates
- Figuras de foamy en forma de rocas y un camino
- Formato de escritura emocional autoreflexiva
- Formato de evaluación del taller
- Formato de los tipos de problemas
- Formato de los círculos mágicos
- Formato de los cambios en mi familia
- Fotografías de diferentes temas: personas, paisajes, animales, cosas, etc.
- Frutas
- Grabadora
- Hojas blancas
- Láminas de papel bond
- Plumas
- Plumones
- Tarjetas autoaderibles
- Canción: “Coincidir”
- Canción : “Color Esperanza”
- Cuento: La conquista del río
- Láminas de papel bond
- Madeja de estambre
- Marcadores

- Música de relajación
- Poema “Luchar”

Procedimiento

El taller se iniciará dándoles la bienvenida a las participantes de forma general, presentándose las facilitadoras, quienes les mostrarán los objetivos del taller.

Posteriormente, se presentarán una a una todas las participantes mediante la dinámica de “fotopresentación”, enfatizando su nombre, cuáles son las expectativas que tienen del taller y por qué escogieron la foto que escogieron.

A continuación se explicará en qué consiste cada una de las actividades que se realizarán a lo largo de las tres sesiones para alcanzar los objetivos planteados y cumplir las expectativas de las participantes.

Sesión 1

Actividad 1.- **“las reglas del taller”**, consistirá en elaborar de forma grupal una lista de reglas que deberán ser respetadas tanto por las participantes como las facilitadoras, para lograr un clima de confianza y empatía a lo largo del taller.

Actividad 2.- **“Cáncer de hueso”**, una de las facilitadoras expondrá qué es el cáncer, cuáles son sus síntomas y cuál es el origen, esto se realizará integrando los conocimientos previos que tienen las participantes.

Actividad 3.- **“Tratamiento: cirugía y quimioterapia”**, otra de las facilitadoras expondrá los tipos de tratamiento que se utilizan para esta enfermedad, esto se realizará integrando los conocimientos previos que tienen las participantes.

Actividad 4.- **“Cambios en mi familia”**, se les pedirá a las participantes que reflexionen sobre qué cambios se han presentado tanto en su paciente, en sus hermanos, en la pareja y en la familia en general, a partir de la enfermedad y el tratamiento de su hijo; y esto lo escriban en el formato que se les entregará para que posteriormente se lo compartan a sus compañeras.

Actividad 5.- **“cierre de la sesión”**, se les pedirá a las participantes que reflexionen sobre estas dos preguntas: ¿qué descubrieron de ellas mismas? y ¿qué se llevan?, y quienes lo deseen lo compartan con sus compañeras.

Sesión 2

Actividad 6.- Sensibilización a los sentidos a través del contacto con su respiración y el latido de su corazón, así como con la degustación de sabores, identificación de sabores y la escucha de música de relajación.

Actividad 7.- Se realizará lluvia de ideas en la que se pedirá a las participantes que digan cómo definen las emociones y cómo los sentimientos. Se elaborará una definición de cada uno de acuerdo a los aportes del grupo.

Actividad 8.- **“Escritura Emocional Autoreflexiva”**, se les entregará el material y se les pedirá que escriban sobre un momento difícil de su vida, enfatizando cómo se sintieron y qué aprendieron.

Actividad 9.- **“¿Qué pienso cuando pienso?”**, se utilizará una técnica de imaginación guiada para que las participantes reflexionen sobre qué pensamientos catastróficos o negativos han tenido a partir del diagnóstico y el tratamiento de su hijo; y cómo esto ha impactado el funcionamiento de su familia; después una de las facilitadoras lo ira escribiendo mientras lo van mencionando en lluvia de ideas; para finalmente compartir cómo los han superado.

Actividad 10.- **“Las piedras del camino”**, se colocaran en la pared una figura de fomi en forma de un camino, y se les entregará a las participantes figuras de fomi en forma de rocas en donde escribirán los problemas que han tenido que enfrentar a partir de la enfermedad del hijo; posteriormente, de una en una irán mencionando las dificultades mientras pegan las rocas en el camino dependiendo de qué tan difícil de resolver les resulte su problema; es decir, si es difícil se colocara cuesta arriba.

Actividad 11.- **“Moviendo las piedras del camino”**, pasaran una a una las participantes y elegirán un problema propio o de sus compañeras que han podido solucionar, y mientras vayan explicando cómo lo hicieron, irán retirando las piedras del camino.

Actividad 12.- **“Cierre de la sesión”**, Se leerá a las participantes el cuento “La conquista del río”, a fin de que reflexionen sobre cómo actúan frente a los problemas que se les presentan.

Se pedirá a las participantes que escuchen la canción “Coincidir”, sugiriéndoles que piensen o recuerden a las personas con las que han coincidido a partir de la enfermedad de sus hijos.

Sesión 3

Actividad 13.- **“Los círculos mágicos”**, se les entregará a las participantes el formato del círculo mágico y se les pedirá que reflexionen sobre qué instituciones, familiares y amigos podrían apoyarlos durante el tratamiento del hijo; posteriormente, lo compartirán con las compañeras enfatizando cómo y en qué situación podrían recibir ayuda de las distintas personas.

Actividad 14.- **“Escritura en tres partes”**, se realizará una técnica de imaginación guiada a través de la cual las participantes podrán reflexionar sobre cómo el crecimiento que han tenido a través de las experiencias difíciles que han vivido a partir de la

enfermedad del hijo; posteriormente, escribirán cómo estaban antes, durante y después de esta experiencia, finalmente lo compartirán con sus compañeras.

Actividad 15.- **“Poema Luchar”**, se les entregará el poema y se les pedirá que alguna de las participantes lo lea, finalmente se reflexionará sobre este.

Actividad 16.- **“Evaluación del taller”**, se les pedirá a las participantes que contesten las siguientes preguntas para que evaluar el taller y el desempeño de las facilitadoras durante el mismo:

- 1.- ¿Cómo te sientes después de haber concluido este taller?
- 2.- ¿Cómo te sentiste con los temas abordados durante el taller?
- 3.- ¿Qué importancia tiene este tema en tu vida y por qué?
- 4.- ¿Cuál de las actividades realizadas durante el taller fue la que más te gustó y por qué?
- 5.- ¿Cómo te sentiste con el desempeño de las expositoras durante el taller?
- 6.- ¿Qué sugerencias deseas hacer a la(s) expositora(s)

Actividad 17.- **“Cierre del taller”**, se les pedirá a las participantes que se pongan de pie y se les repartirá la letra de la canción “Color esperanza”, misma que entonaremos juntas facilitadoras y participantes.

Capítulo 4. Consideraciones Finales

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

La formación profesional que brinda la Maestría en Psicología Profesional dota al egresado de una gran variedad de herramientas para el trabajo profesional, que le permiten flexibilidad y capacidad de respuesta ante múltiples escenarios y situaciones.

4.1.1. Habilidades teórico conceptuales

El aprendizaje y apropiación de los conceptos en que se basa el pensamiento sistémico nos da la capacidad de analizar, interpretar e intervenir en la realidad con un marco teórico sólido que permite claridad en los procesos, logrando la construcción y deconstrucción de lo observado para aportar nuevas perspectivas sobre ello.

4.1.2. Habilidades terapéuticas

Los modelos terapéuticos aprendidos durante la formación, cada uno con su particularidad y a la vez con puntos en los que coinciden, nos brindan la capacidad de tener en nuestras manos un cofre mágico del que pueden emerger según cada persona y proceso, diferentes herramientas para promover el cambio, donde contactar con las particularidades de cada persona y situación es lo que nos permite identificar la herramienta más conveniente: ya sea una escultura familiar en la que cada miembro del sistema identifique qué papel juega y cuál le corresponde dentro de la estructura de su sistema familiar; o bien un ejercicio de narrativa en el que a través de la adquisición de un nuevo sentido para las

palabras creen una realidad distinta, o tal vez frente a una confrontación hecha pregunta circular que permita que caigan los telones con que la familia ha encubierto el juego familiar.

De la misma manera, dichas herramientas nos dan la flexibilidad para establecer procesos terapéuticos de intervención breve o bien de dejar el tiempo abierto al proceso que cada familia o persona tenga.

Por todo lo anterior la formación en cuanto a habilidades terapéuticas nos constituye en agentes de cambio con gran capacidad de respuesta frente a las realidades en que desempeñamos nuestro trabajo profesional.

4.1.3. Habilidades de investigación

La aplicación de los marcos conceptuales al desarrollo de la investigación desde dos diferentes enfoques: cuantitativo y cualitativo, permite la aplicabilidad del bagaje teórico–conceptual aprendido al análisis de la realidad, desarrollando productos con sustento teórico que favorecen la intervención terapéutica, aportando elementos que enriquecen el trabajo propio y de los profesionales de la salud.

Respecto al enfoque cuantitativo, permite además de la acotación de variables, la medición a través de la estadística de los fenómenos observables con lo que se fortalece lo afirmado por el investigador.

4.1.4. Habilidades de docencia

Parte fundamental de la formación dentro de la Maestría es presentar el trabajo propio a los compañeros de grupo y a los supervisores, lo que afina y pule las habilidades para la docencia al tener que explicar de manera breve, concisa y creativa lo que se observa, desde dónde se observa y los logros al incidir en la realidad. Lo anterior brinda a los egresados de Maestría la capacidad de poder explicar, enseñar e impactar en el público que le observa.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial

La incidencia en el campo psicosocial del trabajo de Terapia Familiar se logra precisamente por el alcance que esta intervención tiene, ya que al lograr impactar en el sistema familiar desde diferentes realidades y formas distintas en que las familias se constituyen impacta en el tejido social, sistema del que la familia forma parte.

Al fortalecer y sanear las relaciones al interior del sistema familiar sus miembros pueden comprender y apropiarse de la realidad desde un papel más activo, constituyéndose en creadores y generadores de una nueva realidad en la que se reconocen con mayores posibilidades, integrándose a su entorno y las personas que les rodean.

Por lo anterior, considero que la Terapia Familiar desde el enfoque sistémico es una respuesta eficiente y accesible a los problemas que se viven en las relaciones al interior del terreno familiar, aportando respuestas adecuadas para cada situación familiar en particular,

con alternativas que emergen desde la familia misma para hacer posible el cambio, de esta manera contribuye a lograr una sociedad menos violenta, deprimida y ansiosa, permitiendo que haya mayor apertura a la esperanza que deriva en una mejor actitud para afrontar y transformar la realidad.

4.3. Reflexión y análisis de la experiencia

Vivir la experiencia de formación como Terapeuta Familiar representó para mí en toda la extensión de la expresión: Un viaje al centro de mi tierra: la tierra que habito, la que me ha constituido y que se renovó y purificó a partir del proceso de formación, dando lugar a una tierra nueva en la que mi ser entero se redescubrió.

Considero que pocas profesiones nos permiten conocer tan profunda y amorosamente el barro del que estamos hechos, por lo que la práctica de la terapia familiar se convierte en un encuentro del rostro del otro, conociendo así el rostro que me constituye a mí.

4.4. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

La práctica de la Terapia Familiar brinda al terapeuta la oportunidad de ingresar a un mundo complejo, multicolor y multidimensional en cada una de las familias a las que atiende, ya sea porque acuden en su totalidad al espacio terapéutico, o representados en la persona que asiste a terapia constituyéndose en agente de cambio del sistema al que pertenece.

Por lo tanto, se vuelve necesario hablar de ética en el ejercicio de la profesión, precisamente por lo que implica ingresar a la vida del paciente y el compromiso que adquirimos con éste.

El objetivo principal de la terapia familiar es orientar y acompañar a las familias en el proceso de cambio que les procure un mayor bienestar emocional, por lo que cobra importancia fundamental tener un marco de referencia ético para orientar la práctica profesional.

El diccionario de Psicología define la Ética como "rama de la ciencia que estudia los actos de los individuos, no como hechos, si no juzgados por sus valores morales" (Diccionario de Psicología F.C.E. (1996). Por su parte el Diccionario de Filosofía (Abbagnano, 1993) refiere a la ética como la ciencia de la conducta, indicando dos concepciones fundamentales: 1) como ciencia del fin al que debe dirigirse la conducta de los hombres y 2) como la ciencia del impulso de la conducta humana **que** intenta determinarlo con vista a dirigir o disciplinar la conducta humana.

Si consideramos la ética entonces como la ciencia que se ocupa de la conducta de los individuos orientándolas al mayor bien, ¿de qué manera entendemos la ética en la práctica de la Terapia Familiar? Como Terapeutas somos corresponsables en el proceso de cambio que viven las personas que acuden a solicitar nuestros servicios, quienes generalmente depositan en el espacio terapéutico la confianza suficiente para poder abandonar sus máscaras y ser vistos tal como son.

De acuerdo a lo anterior se vuelve necesario que el desempeño de nuestra profesión lo realicemos no únicamente a partir de los modelos de intervención aprendidos, si no a través de modelar en el consultorio relaciones en las que exista claridad, respeto, honestidad y compromiso.

En este sentido tanto el Código de Ética de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar como el de la American Psychological Association aportan criterios para guiar en la práctica profesional lo relacionado a los siguientes aspectos:

- La confidencialidad, el respeto a la intimidad afectiva del paciente y a su realidad.
- Honestidad en cuanto a los servicios que podamos ofrecer, refiriendo con oportunidad a las personas que no estemos en posibilidad de atender con el profesional que sí pueda brindarles la atención que requieran.
- Responsabilidad a la profesión, en cuanto a la relación con los pacientes, los estudiantes, supervisados y con los participantes en investigaciones, procurando en cada caso que la relación de autoridad con ellos no derive en abusos de ningún tipo y se cuide en todo momento la integridad de las personas.
- Especificar con claridad desde el inicio del proceso el costo de la sesión.

Los cuatro aspectos enlistados tienen que ver con la relación paciente-terapeuta y brindan directrices en ese campo, si atendemos a que el terapeuta es un ser humano hecho

de la misma materia humana que quienes le consultan, de dónde parte para poner en práctica en el desempeño de su profesión lo que le permite mantener la conducta de respeto y reconocimiento del otro.

4.5. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

La persona del terapeuta está constituida por materia humana que al conjugarse con el conocimiento teórico y la experiencia de la práctica profesional, le brindan la capacidad y la oportunidad de introducirse a cada una de las realidades familiares con un bagaje del que cada vez puede sacar más partido para permitir a las personas que le consultan convertir sus problemas en oportunidades de cambio.

¿Hasta qué punto la propia historia y estructura de personalidad del terapeuta se reflejan en el sistema terapéutico?

Como sabemos a partir de nuestra formación, al formar el sistema terapéutico, la persona del terapeuta va a impactar en la vida del paciente no sólo desde los enfoques terapéuticos a través de los cuales se aproxima a la realidad del paciente, si no también partiendo de su propia persona, por lo que cobra importancia vital que el terapeuta procure en su vida personal el bienestar que promueve entre quienes le consultan.

Ya que formamos un sistema junto con el paciente, considero que cuidar los siguientes aspectos nos permiten entrar al sistema y salir de él de manera respetuosa, como

quien se interna en un mundo nuevo para descubrir lo mejor de éste y ofrecerlo a quienes viven en él:

- No etiquetar, saliendo de los propios prejuicios para poder respetar la cosmovisión y particularidad de cada familia y/o paciente.
- Mantener afinado el instrumento, considero fundamental para la práctica de la psicoterapia que el terapeuta se mantenga en supervisión y realice el ejercicio de auto observación cada día, a fin de identificar aquellos aspectos que puedan interferir y obstaculizar el proceso de sus pacientes.
- Cultivar el autocuidado mediante actividades que procuren bienestar integral a la persona del terapeuta: formación continua, meditación, intercambio con otros colegas, realizar alguna actividad artística o hobby y cultivar sus relaciones afectivas.

Para concluir esta reflexión, quisiera citar a Eve Lipchick, quien propone que la emoción denominada “amor” es la conducta que nos lleva a aceptar a otro ser humano “como otro legítimo que coexiste con nosotros” y, por tanto, nos permite vernos y oírnos a nosotros mismos y a las otras personas; en particular la emoción llamada “amor”, o la aceptación de otra persona junto a nosotros en nuestro diario vivir, es la base biológica de la vida social que hace posible la continuidad de las relaciones y de la vida misma (Maturana; Varela, 1987, en: Lipchick, 2004).

Considero que la práctica de la psicoterapia es posible también gracias a esta emoción llamada amor, convirtiéndose en un encuentro con el otro como mi alteridad y con el Otro, la divinidad, lo que personalmente confirmo en cada rostro y vida que se

transforma a través del proceso terapéutico, así como todas las ocasiones en que como ser humano me re-creo por medio de lo que mis pacientes me enseñan.

“La epifanía (revelación) de lo absolutamente otro es el rostro en el que el Otro (la divinidad) me interpela y me significa un orden, por su desnudez, por su indigencia. Es su sola presencia la que me es intimación a responder. El Yo no toma sólo conciencia de esta necesidad de responder, como si se tratara de una obligación o de un deber particular acerca del cual debiera decidir. En su posición misma es, de un lado al otro, responsabilidad o diaconía (diaconía es la respuesta de amor que damos al otro en correspondencia con el amor de Dios).”

Fr. Cornelio Pallares Romero

ANEXO I

**INSTRUMENTO: “FACTORES COMUNICACIONALES DE LA RESILIENCIA
EN LA FAMILIA”**

Instrucciones

A continuación te presentamos una serie de preguntas con 5 opciones de respuesta, que va desde muy frecuentemente hasta nunca y de la cual deberás elegir la que mayor se adecue a tu situación actual. A continuación se presenta un ejemplo en donde una persona contesto a la siguiente frase y tacho la opción que más se adecuó a su situación

1. Acostumbro ir al cine los fines de semana.

			X		
Muy frecuentemente	Frecuentemente	A veces	Casi nunca	Nunca	

Lo anterior quiere decir que dicha persona rara o en muy pocas ocasiones, asiste al cine

De manera similar al ejemplo anterior se presentarán una serie de frases en relación a tu situación con tu familia, que te pedimos que contestes con la mayor sinceridad posible. No hay respuestas correctas ni incorrectas. Cualquier duda, la puedes consultar con el entrevistador.

---Gracias por tu colaboración----

- 1.- En mi familia acostumbramos a demostrarnos el afecto
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 2.- Tengo claro lo que los demás miembros de mi familia piensan de mí
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 3.- Mi familia encuentra el lado positivo de las situaciones difíciles que hemos vivido
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 4.- En mi familia nos apoyamos económicamente en situaciones difíciles
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 5.- En mi familia respetamos los sentimientos de los demás
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 6.- Cuando platico con algún familiar un evento doloroso, comparten mis sentimientos hacia lo ocurrido
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 7.- En mi casa compartimos la responsabilidad de las decisiones que se toman
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 8.- Para resolver los problemas en mi familia, cedemos en algunas cosas
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
- 9.- En mi familia tenemos la confianza para demostrar sentimientos de amor (alegría, esperanza, gratitud, consuelo)
- | | | | | |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|
| Muy frecuentemente | Frecuentemente | A veces | Casi nunca | Nunca |
|--------------------|----------------|---------|------------|-------|

10.- Ante un problema no buscamos responsables, sino soluciones

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

11.- Ante un problema que tenga uno de los miembros de mi familia comentamos entre todos las posibles soluciones

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

12.- En mi familia nos apoyamos moralmente en situaciones difíciles

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

13.- Puedo apoyarme en mi familia para superar los cambios

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

14.- En mi casa nos comunicamos de manera directa

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

15.- Los mensajes entre los miembros de mi familia son claros y los entiendo sin dificultad

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

16.- En mi familia todos nos tenemos confianza para hablar de los eventos dolorosos vividos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

17.- Las situaciones difíciles que hemos superado como familia me dan confianza para enfrentar el futuro

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

18.- Tengo claro lo que los demás miembros de mi familia esperan de mí

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

19.- Cuando se presenta una crisis en mi familia, hablamos todos sobre la manera en que podemos enfrentarla

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

20.- En mi familia puedo darme cuenta cuando alguien se siente feliz

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

21.- En mi familia tenemos la confianza para demostrar sentimientos de ira, temor, tristeza y decepción

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

22.- En mi casa todos podemos opinar sobre las soluciones de los problemas que se nos presentan

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

23.- Las situaciones me han enseñado que puedo resolver los problemas mejor con el apoyo de mi familia

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

24.- Tengo la confianza suficiente para contarle a mi familia los eventos dolorosos que he vivido

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

25.- En mi familia nos organizamos con diferentes tareas para resolver dificultades

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

26.- Puedo distinguir cuando alguien de mi familia habla en serio

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

27.- Cuando alguno de los miembros de mi familia sufre por un fracaso lo apoyamos para resolverlo

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

28.- Cuando se nos presenta un problema todos colaboramos en la solución con acciones concretas

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

29.- Los mensajes entre los miembros de mi familia los entiendo fácilmente

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

30.- En mi familia me han enseñado a manejar mis emociones o sentimientos negativos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

31.- En mi familia actuamos conforme a lo que decimos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

32.- En mi familia me han enseñado a manejar mis emociones o sentimientos positivos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

33.- En mi familia tomamos las decisiones juntos

Muy frecuentemente Frecuentemente A veces Casi nunca Nunca

ANEXO II

**GUÍA DE ENTREVISTA DE COMUNICACIÓN FAMILIAR
PARA INICIADORES Y EGRESADOS DEL GRUPO DE ESPERE**

EE: Expresión Emocional

RC: Resolución de conflictos

C: Confianza

CL: Claridad

1. **EE.** ¿Cómo demuestran en tu familia los sentimientos de amor (alegría, esperanza y gratitud)?
 - Confianza /desconfianza.
 - Forma de demostración (corporal y/o verbal)
 - Solo un sentimiento se demuestra, ¿cuál?
 - Entre qué miembros de la familia

2. **RC.** ¿Quién toma las decisiones en tu familia?
 - Los miembros que deciden.
 - Cada cuándo.
 - De qué tipo son las decisiones (económicas, sociales, escolares y/o familiares)?

3. **RC.** Cuando hay dificultades en tu familia, ¿cómo se resuelven?
 - Proponen soluciones
 - Quiénes proponen las soluciones.
 - Quiénes intervienen en la solución
 - De qué forma colaboran
 - Qué acciones y/o tareas hacen.

4. **RC.** Cuando se toman decisiones familiares en tu casa que involucran a todos, ¿quién se hace responsable de las consecuencias (buenas o malas)?
 - Responsabilizan y buscan culpables.

- Se culpa a quien propuso la decisión.
 - Apoyo incondicional
5. **C.** ¿Sabes lo que tu familia piensa acerca de ti?
- Qué opina
 - Quién expresa las opiniones
 - Positivo y/o negativo.
6. **RC.** ¿Cómo se apoya tu familia cuando hay problemas o dificultades?
- Tipo de apoyo
 - Moral.
 - Económico.
 - Apoyo vs individualidad (indiferencia)
 - Cada quien resuelve sus problemas.
 - Participantes.
7. **EE.** ¿Cómo expresan en tu familia sus opiniones?
- Directamente (siendo claros) / indirectamente (por medio de burlas y/o indirectas).
 - Se utiliza un intermediario (quién)
 - Expresión /no expresión.
8. **C.** Cuando sufres o vives algún evento doloroso, ¿se lo cuentas a tu familia?
- Miembros participantes.
 - Confianza/ desconfianza
 - Según grado de dificultad del problema
9. **EE.** ¿Cómo se demuestran los sentimientos positivos y/o emociones en tu familia?
- Permisibilidad vs represión.
 - Pena vs reconocimiento.

- Burla /respeto

10. **RC.** ¿Qué pasa en tu familia cuando la solución a los problemas depende de que alguien ceda o cambie su actitud?

- Organización.
- Cooperación.
- Quién cede más/menos.

11. **EE.** ¿Cómo te das cuenta cuando alguien de tu familia tiene cambios de humor (ánimo)?

- Observación / ignorar sentimientos.
- Discriminación de actitudes.
- Convivencia

12. **RC.** ¿Quién te apoya en tu familia cuando vives cambios difíciles?

- Tipo de cambios.
- Tipo de apoyo.
- Miembros de la familia que brindan el apoyo.

13. **EE.** ¿Cómo se demuestran los sentimientos y/o emociones negativos en tu familia (ira, enojo)?

- Tipo de sentimiento y/o emoción.
- Permisibilidad vs represión.
- Pena vs reconocimiento.
- Burla /respeto

14. **C.** ¿Qué opina tu familia de los eventos difíciles que han vivido o has vivido?

- Tipo de experiencias.
- Comparten los mismos sentimientos /diferentes.
- Búsqueda de lo positivo vs negativo.
- Forma de connotarlo.

- Quién connota diferente
15. **C.** ¿Qué haces cuando vives una experiencia difícil o dolorosa?
- Tipo de comunicación
 - Confianza /desconfianza
 - Miembros de la familia en quien confía.
16. **EE.** ¿Cómo demuestran en tu familia los sentimientos de temor, tristeza, y decepción?
- Confianza /desconfianza.
 - Forma de demostración (corporal y/o verbal)
 - Solo un sentimiento se demuestra, ¿cuál?
 - Entre qué miembros de la familia
17. **EE.** ¿Cómo demuestras tu afecto con tu familia?
- Corporal y/o físico.
 - Verbal.
 - Actividades (detalles, ayuda en actividades, salidas)
 - Demostración vs apatía.
18. **CL.** ¿Entiendes los mensajes que te dice tu familia cuando platican?
- Claridad vs confusión.
 - Entendibles.
 - Tipo de mensajes.
19. **RC.** ¿Qué has aprendido de los momentos difíciles que has vivido con tu familia?
- Posibilidad de soluciones.
 - Seguridad ante nuevos eventos.
 - Aprendizaje de los eventos pasados.
 - Miedo

- Cuenta con el apoyo familiar
20. **C.** Cuando te enojas, ¿demuestras que estás enojado o disimulas ante tu familia?
- Congruencia.
 - Solo con algunos miembros vs todos.
 - Con quiénes hay más congruencia.
21. **C.** Cuando estás contento, ¿demuestras que estás feliz o disimulas ante tu familia?
- Congruencia.
 - Solo con algunos miembros vs todos.
 - Con quiénes hay más congruencia.
 - Confianza /desconfianza.
22. **CL.** ¿Expresas en el momento lo que piensas o sientes?
- Congruencia.
23. **CL.** ¿Cuándo algo te inquieta se lo comentas a la persona indicada?
- Frecuencia
 - Que sentimientos o pensamientos.
 - Respuesta de los demás.
24. **CL.** ¿Existe congruencia en lo que dicen y hacen los miembros de tu familia?
- Frecuencia
 - Conductas en particular
 - Entre que miembros
25. **CL.** ¿Hay situaciones familiares que omiten o que no se comentan entre los miembros de tu familia?
- Secretos familiares
 - Ayuda entre ellos

26. **CL.** ¿Cuándo hay situaciones difíciles piden específicamente lo que necesitan los miembros de tu familia?

- Congruencia
- Entre que miembros
- Frecuencia

27. ¿Qué te motivo a asistir al grupo de las ESPERE?

28. ¿Qué esperas lograr en el grupo de las ESPERE?

Egresados de las ESPERE:

¿Qué esperaste y que lograste en el grupo de las ESPERE?

29. ¿Qué opinas de las ESPERE?

30. ¿Qué opinas de los coordinadores de las ESPERE?

31. ¿Qué opina tu familia de tu participación de las ESPERE?

32. ¿Qué piensas de trabajar en grupo las experiencias difíciles de tu vida?

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS FACILITADORES

EE: Expresión Emocional

RC: Resolución de conflictos

C: Confianza

CL: Claridad

MF: Misión del facilitador

PF: Percepción del facilitador

1.- **C** ¿Qué opinas de las ESPERE?

- 2.- **MF** ¿Qué te motivó a apoyar al grupo de las ESPERE?
- 3.- **MF** ¿Qué esperas lograr al apoyar al grupo de las ESPERE?
- 4.- **C** ¿Qué opinas de los coordinadores de las ESPERE?
- 5.- **CL** ¿Qué opina tu familia de tu participación en las ESPERE?
- 6.- **PF** ¿Qué tipo de dificultades observas en los asistentes a las ESPERE?
- 7.- **PF** ¿Cómo piensas que el trabajo en grupo ayude a los asistentes a superar sus experiencias difíciles?
- 8.- **EE** ¿Cómo se demuestran en el grupo los sentimientos de amor (alegría, esperanza y gratitud) ?
- 9.- **EE** ¿Cómo se demuestran en el grupo los sentimientos y/o emociones negativos (ira, enojo)?
- 10.- **C** ¿Consideras que hay apertura en las familias de los participantes para que puedan expresar sus emociones?
- 11.- **C** ¿Consideras que hay apertura en las familias de los participantes para que puedan expresar sus opiniones?
- 12.- **RC** ¿Consideras que la comunicación familiar es importante para superar situaciones difíciles?
- 13.- **CL** ¿Crees que la comunicación en la familia de los participantes es clara?
- 14.- **PF** ¿Qué otros factores consideras importantes para que los participantes puedan superar situaciones difíciles?

15.- **RC** ¿Consideras que la familia de los participantes los apoyan en sus dificultades?
¿Qué tipo de ayuda les proporcionan: instrumental/afectiva?

16.- **RC** ¿Qué tipo de habilidades le ha proporcionado la familia a los participantes para superar los eventos difíciles?

17.- **RC** ¿Has observado si la toma de decisiones en familia es algo que afecta a los participantes?

18.- **RC** ¿Consideras que hay involucramiento por parte de los familiares de los asistentes en la toma de decisiones?

19.- **CL** ¿Qué opinión (positiva o negativa) tiene la familia de los participantes de las ESPERE?

20.-**EE** ¿De qué manera el grupo ayuda a sus integrantes a expresar sus sentimientos positivos y negativos en su familia?

21.-**RC** ¿De qué manera el grupo ayuda a desarrollar habilidades de negociación en el participante hacia su familia? ¿Qué tipo de habilidades desarrollan?

EPÍLOGO

Había estado esperando el momento oportuno para que las ideas que me permitieran escribir la dedicatoria de este trabajo vinieran a mi mente y más aún, a mi corazón y ese momento no llegaba. ¿Será que esta etapa que se está cerrando ha sido fundamental en mi vida que no había encontrado las palabras para hacer el cierre? lo cierto es que es una época de mi vida que marcó el nacimiento a una nueva mujer, la que jamás imaginé pudiera llegar a ser tal como es ahora y que sin embargo siempre anheló esta libertad y capacidad de movimiento.

Ahora estoy en la sala de espera de la central de autobuses en mi ciudad natal, mientras llega la hora de mi salida para regresar al D.F., este fin de semana ha sido un regalo maravilloso que Dios le da a mi vida, ¡otro!

El sábado pasado impartí en esta amada Ciudad el taller de autoestima que diseñé con Xol durante la maestría, fue una gran alegría para mí impartirlo en mi tierra, con mujeres que tienen un sentir por la vida tan parecido a mí y que de manera tan sencilla y entusiasta llegaron al salón para disponerse a vivir el taller.

Las vi llegar al salón con mirada alegre, ávida y dispuesta. Las vi así, tan costeñas y sencillas, abiertas, mostrándose simplemente. Con sus colores muy vivos, con su aire de coquetería que fluye de manera tan natural entre las mujeres que viven en un entorno en el que el mar, el cielo azul, el movimiento de las palmeras y la música son parte del escenario cotidiano.

Se mostraron atentas y solemnes. Luego de la bienvenida comenzó la presentación y al topar con la mirada de la segunda participante que se presentó me sorprendí con una amabilidad y calidez que se me hacía familiar, era Lulú, mi primer psicoterapeuta, una mezcla de alegría, sorpresa, agradecimiento y respeto se suscitó en mí, tuve ganas de abrazarla y decirle en ese preciso momento: ¡GRACIAS! Tú eres parte de lo que ha hecho posible que hoy yo esté aquí.

Permití que se presentara como las demás asistentes y mientras mi corazón entusiasmado danzaba agradecimiento, también escuchaba a las demás y se alegraba descubriendo cada rostro. Puse atención a sus gustos, a sus nombres, al brillo de sus ojos y a la fuerza que imprimían en su voz.

Quería anunciarle al grupo que la vida acababa de hacerme un hermoso regalo, afirmando con la presencia de Lulú ahora como una asistente a mi taller, que elegí el camino correcto, que las dudas que en ese tiempo me asaltaban y que fueron tranquilizadas por aquella mujer al abrir la posibilidad a diferentes caminos, se habían disipado completamente y que hoy de manera contundente la vida en ese preciso instante me estaba confirmando que el camino andado es el mejor que pude andar.

Fue como volver a ver a la chica soñadora que sentada frente a Lulú hace varios años, le contaba los sueños que quería echar a andar, mientras su terapeuta con su mirada serena le decía: ¡LO PUEDES LOGRAR! En ese instante regresé a la escena, toqué por el hombro derecho a la chica y le dije: ¡LO LOGRASTE! Y no solamente llegaste a donde con tientos imaginabas que llegarías, si no que llegaste mucho más allá y aún la vida tiene mucho más que mostrarte. Vi a la chica mirarme emocionada y llorar de satisfacción y alegría, me sentí su más valiente guerrera y amiga, la abracé y la tomé en mi corazón con profundo amor.

La vida es tan sorprendente y generosa, que no sólo me permitió regresar a mi tierra a compartir mi trabajo que llena de sentido, pasión y sorpresa mi vida, si no que me permitió ser por un día terapeuta de la mujer que alimentó mis sueños en un momento decisivo de mi vida. Con humildad agradecí a Dios el regalo y me dispuse a disfrutar con todo mi ser el día de taller.

Conforme las participantes se fueron presentando hablaron de que ya ansiaban llegara el momento de poder tomar el taller, sentí un mayor compromiso, así como crecer el entusiasmo.

Iniciamos el contacto con un baile y ante mis ojos sorprendidos vi como esas mujeres se abandonaron a la música con la confianza y libertad de quien no teme ser visto y reconocido por el otro, de quien celebra la vida saliendo al encuentro del otro.

La mañana continuó y llegamos a la realización de la escultura en plastilina, ante mis ojos maravillados observé sus manos moldeando figuras que les representaban con elementos de su entorno: un mar azul y agitado, estrellas de mar, aves, la luna, canoas y una concha de esas que guardan a las perlas.

Cada una fue mostrándose, unas más abiertas, otras con más cautela, hasta formar un mismo grupo en el que de pronto se sorprendieron al reconocer los aspectos que las unían.

Al cierre del taller las participantes se percibían integradas y con confianza en sus compañeras, a la hora de acostarse en el suelo para la dinámica final lo hicieron con desenfado, dejando que su cuerpo se extendiera al centro del salón como si estuvieran descansando en su cama.

Las palabras con que resumieron lo que se llevaron de la experiencia del taller, fueron: claridad, esperanza, entusiasmo, confianza, que es necesario poner límites, amor, alegría.

Sentí que el corazón me brincaba llenándose de los colores de tan hermosos sentimientos y consideré era el momento oportuno de compartirles el regalo que ese día el destino me dio: entre las asistentes se encontraba la que fue mi primer terapeuta, quien tuvo un papel crucial en ese año 1996 para que mis pies fueran tras mis sueños, tal vez con algo de miedo, con un poco de nostalgia por lo que quedaba atrás, pero ávido y confiado ante todo lo que la vida le iba a mostrar.

Ese día recibí la afirmación por el camino que inicié hace 16 años, fue como recibir la coronación por toda la confianza y el esfuerzo puesto en el sueño que un día convirtió la vida en un constante descubrir.

Terminé el taller con el corazón retumbando al sonido de la alegría, el agradecimiento, la confianza y el amor ¡GRACIAS, GRACIAS, GRACIAS! Me repetí una y otra vez mientras volvía a repasar las miradas de las asistentes y en cada brillo me recreé: NELI, LULÚ, FORTINA, MARTHA, CONSUELO, ROSARIO, LINDA, VERÓNICA, LUISA, JUDITH, MARY Y LUCY. Mis madrinas en este nuevo comienzo, que el Señor bendiga el camino iniciado, que Él sane los corazones y multiplique el brillo de sus ojos.

Acapulco, Gro., febrero 25 de 2013.

Año de la Gracia del Señor.

BIBLIOGRAFÍA

- Abbagnano, N. (1993). *Diccionario de filosofía*. FCE. México
- Andersen, T. (1994). *Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. España: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Cade, B., O'Hanlon, B. (1993). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- Duarte, G. A. (2007). *Protocolo de tratamiento psicológico cognitivo conductual para pacientes con lupus eritematoso sistémico: un caso clínico*. Tesis Maestría en Psicología, UNAM. Facultad de Psicología. Cd. Universitaria: UNAM
- Eguiluz, L.L. (2004). *Terapia familiar*. Su uso hoy en día. México. Pax.
- Ferrat, M. A. F. (2006). *Pensar la Terapia Familiar Sistémica. Reflexiones sobre la teoría, la formación y la práctica. Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Figueroa, F. B. A. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Fish, R, Weakland, J., Segal, L. (1994) *La táctica del cambio*. España: Herder.
- Friedman, S. (2005). *Terapia familiar con equipo de reflexión. Una práctica de colaboración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1983). *Terapia No Convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1988) *Terapia para Resolver Problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Howard, C.W. (1996). *Diccionario de psicología*. FCE. México
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución: más allá de la técnica*. Buenos

Aires: Amorrortu.

- Madanes, C. (1982). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Mandujano, V.S.C. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. México: UNAM FES Iztacala.
- McNamee, S., Gergen, K. (1992) *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Mendoza, R. M. (2006). *Residencia en Terapia Familiar. Reporte de Experiencia Profesional*. Maestría. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Minuchin, S. (1986). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires. Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994) *Técnicas de terapia familiar*. México. Paidós.
- Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
- Navarro, J., Pereira, J. (2000). *Parejas en situaciones especiales*. Barcelona: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona. Herder.
- Perrone, R., Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la familia*. Barcelona: Paidós
- Ravazzola, M.C. (2003). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar. Modelos y técnicas*. México. El Manual Moderno.
- Sánchez, M. R. (2007). *Informe Anual de Actividades del Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila" 2007*. Cd. Universitaria: UNAM.
- Segal, L. (1994). *El constructivismo de Heinz von Foerster*. Paidós.
- Selvini, P.M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1990). *Los juegos*

psicóticos en la familia. Paidós. Barcelona.

- Selvini, P.M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A.M. (1998). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Paidós. Barcelona.
- Shazer de, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
Capítulos 5 y 8
- Umbarger, C. (1983). *Terapia familiar estructural*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Watzlawick, Beavin y Jackson (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona. Herder.
- Watzlawick, P., Nardone, G. (2000) *Terapia breve estratégica*. España: Paidós.
- White, M., Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. España: Paidós.
- White, M. (1989). *Guías para una terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.
- Wiener, N. (1981). *Cibernética y sociedad*. México. Conacyt.

Artículos internet:

- Secretaria de Salud (2008). Servicios de Atención Psiquiátrica. Recuperado de:
<http://sap.salud.gob.mx>