



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Psicología
Residencia en Terapia Familiar

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

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

P R E S E N T A

IVETTE JOSEFINA DELGADO VINCERO

DIRECTORA DEL REPORTE:
DRA. MARYBLANCA MOCTEZUMA YANO.

JURADO DEL EXAMEN:
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO.
MTRA. OFELIA DESATNIK MIECHIMSKY.
DRA. DOLORES MERCADO.
DRA. MARÍA ELENA RIVERA.

MÉXICO, D. F. SEPTIEMBRE DE 2007



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.

"A la memoria de Isaac Seligson. Por tu gran alegría, comprensión y optimismo. Gracias por el apoyo incondicional que siempre me brindaste"

AGRADECIMIENTOS

A Dios, a la Virgen de Guadalupe y a la Virgen de Coahuila, por iluminar mi camino y llenarlo de fe y esperanza.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por darme la oportunidad de continuar mi desarrollo profesional.

Al Dr. Javier Nieto Gutierrez, Coordinador del Programa de Maestría y Doctorado y a la Dra. Cecilia Silva por sus consejos, orientación y apoyo.

A mis papás, Lourdes y Rafael por su confianza y apoyo en los momentos más difíciles.

A mi esposo Jorge por estar siempre conmigo, por brindarme su amor, su comprensión, su confianza y su compañía.

A mis hermanas, Ivonne e Ivianne por alentarme a seguir luchando para alcanzar mis metas.

A mis sobrinos, Sharon y Miguel Ángel que con sus sonrisas llenan mi vida de alegría.

A las familias que atendí durante mi formación, por permitirme conocerlas, comprenderlas y guiarlas en su proceso de cambio.

A todas aquellas personas que aportaron un granito de arena para que pudiera llegar a mi meta.

INDICE

I.- INTRODUCCION	1
1.1. Análisis del campo psicosocial y la problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar.	2
1.1.1. Características del campo psicosocial.	2
1.1.2. Principales problemas que presentan las familias.	3
1.1.3. La Terapia Familiar Sistémica y la Terapia Posmoderna.	5
1.2. Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico.	6
1.2.1. Descripción de los escenarios.	6
1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios.	6
1.2.3. Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios.	7
II.- MARCO TEORICO	
2.1. Análisis teórico- conceptual del marco epistemológico que sustenta el trabajo.	9
2.1.1. Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	17
2.1.2. Análisis de los principios teóricos y metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.	19
III.- DESARROLLO Y APLICACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES	
3.1. Habilidades Clínicas Terapéuticas.	52
3.1.1. Integración de expedientes de trabajo clínico.	55
3.1.2. Análisis y discusión teórico- metodológico de la intervención clínica con familias.	74
3.2. Habilidades de Investigación.	75
3.2.1. Reporte de investigación.	75
3.2.1.1. Investigación cuantitativa.	75
3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del conocimiento.	81
3.3.1. Productos tecnológicos.	82
3.3.2. Programas de intervención comunitaria.	82
3.3.3. Reporte clínico y de investigación.	83
3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional.	84
IV.- CONSIDERACIONES FINALES	
4.1. Resumen de las habilidades y competencias profesionales adquiridas.	87
4.2. Incidencia en el campo psicosocial.	87
4.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total.	88
4.4. Reflexión y análisis de la experiencia.	91
4.5. Implicaciones para el terapeuta en el campo de trabajo.	92
V.- BIBLIOGRAFIA	94
VI.- ANEXOS	98
6.1. Proyecto No. 1: Escala de medición de la comunicación aprehensiva en la pareja.	98
6.2. Proyecto No. 2: Proceso de duelo de familiares de pacientes con VIH/SIDA.	108

I. INTRODUCCION

La Terapia Familiar concibe a las personas como el producto de su contexto, del cual el más significativo es la familia y hace énfasis en el análisis de sus características, las interacciones entre sus miembros y su relación con el contexto, entre otros aspectos.

Bajo este enfoque, los problemas psicológicos no son vistos como individuales, sino familiares. Aunque estos problemas parecieran ser un obstáculo para la interacción, ellos forman parte de la tendencia de la familia a mantener una estructura viable y cohesiva. (Nichols, 1986)

Al igual que las otras corrientes terapéuticas la práctica de la Terapia Familiar requiere un proceso formativo que permita conocer las bases teóricas y epistemológicas que contempla este modelo y desarrollar las habilidades y competencias profesionales propias del terapeuta.

El entrenamiento que ofrece la *Maestría en Psicología Profesional con Residencia en Terapia Familiar* de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, permite a los alumnos realizar actividades prácticas en diversas modalidades, tales como: desarrollo de proyectos de investigación, proyectos comunitarios y atención a pacientes; lo que favorece un amplio panorama y diversidad de lentes para abordar las problemáticas que presentan las familias en México.

En mi experiencia personal el haber ingresado al programa de Maestría fue enriquecedor, ya que tuve la oportunidad de aprender acerca de la visión sistémica y de los diferentes modelos, lo que me permitió desarrollar una visión holística del individuo, de la terapia y de la Psicología.

Aproximarme a un tipo de población desconocida me hizo reflexionar acerca de la importancia de conocer sus características, conflictos, historia, creencias, etc., con la finalidad de comprender sus conductas, acciones y reacciones.

El presente *Reporte Profesional* es el producto de este proceso y tiene como finalidad mostrar las habilidades adquiridas y desarrolladas durante mi entrenamiento en la Maestría.

Consta de cuatro secciones. En la primera se presentan las características de la familia mexicana, los principales problemas que enfrenta y la importancia de la visión sistémica y posmoderna para abarcar los mismos.

En la segunda sección, se hace una presentación de las bases teóricas y epistemológicas del enfoque sistémico y posmoderno y las características de los diferentes modelos terapéuticos en la Terapia Familiar, abordados durante la formación.

En la tercera parte, se hace una presentación de las actividades realizadas para el desarrollo de las habilidades clínicas, de enseñanza y difusión del conocimiento y de Compromiso y Ética que conforman las competencias profesionales en el entrenamiento como Terapeuta Familiar.

Por último, se muestran las consideraciones finales en un breve resumen de las competencias profesionales adquiridas, la incidencia de la Terapia Familiar en el campo psicosocial, análisis del sistema terapéutico total, una reflexión sobre la experiencia dentro de la Maestría y las implicaciones de la formación profesional en la persona del terapeuta.

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

La familia es el foco principal de intervención de la Terapia Familiar y puede ser definida como el núcleo en el cual cada uno de sus miembros puede desarrollar habilidades y recursos que luego serán de utilidad para su adaptación e interacción con otros grupos y con la sociedad en general.

En la familia se desarrollan algunas de las normas y comportamientos sociales que permitirán a cada uno de sus miembros desenvolverse en su contexto social y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía.

En este apartado se presentan las características que presentan las familias en el contexto mexicano y las problemáticas más frecuentes que pueden ser abordadas por los terapeutas familiares.

1.1.1. Características del campo psicosocial

En el caso de México como el de muchos otros países de América Latina, la familia ha tenido que sufrir ciertos cambios en lo que a sus roles se refiere, a consecuencia de la situación económica general. (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 1998)

Actualmente las funciones que desempeña la familia se han visto modificadas en mayor o menor medida como consecuencia de la evolución demográfica, las transformaciones en la organización de la sociedad y el avance tecnológico, entre otros.

Según estadísticas del INEGI, para el año 2000 se contaban 20,751,979 familias constituidas, de las cuales 15,294,905 se consideraban nucleares y 5,457,074 extensas.

En lo que se refiere al jefe del hogar, en 17,671,681 el proveedor era el padre y en 4,597,235, la madre. De acuerdo con estas cifras, se ha podido observar en la sociedad mexicana la aparición de familias matriarcales, donde sólo se ve a la madre como figura jerárquica principal. Por otro lado se observa la necesidad de ampliar la red social, teniéndose en muchos casos la obligación de contar con el apoyo de la familia extensa; se ha incrementado la participación económica de los miembros del hogar, habiendo un cambio en cuanto a la figura de proveedor se refiere.

Los abuelos juegan un papel importante en la familia, tienen gran influencia en la conducta de los hijos y los nietos, son quienes transmiten los valores; en situaciones de crisis, los hijos recurren a ellos para buscar ayuda y consuelo. La pareja en su etapa inicial vive físicamente alejada de ellos sin que exista una separación emocional de la familia de origen. Con la llegada de los nietos la relación cambia y pasa por una etapa de ajustes (Moctezuma, 1986).

Por su parte, el promedio nacional de hijos por familia en hogares con jefatura femenina es de 2; el cual se incrementa en áreas rurales a 2.3 y disminuye en urbanas a 1.9. El 23.3% de los hogares, reside en áreas rurales; en éstos hay una jefa de familia por cada 5 hogares a diferencia de los hogares urbanos donde es una por cada 3.5.

Según Moctezuma (op.cit.), las realidades familiares son flexibles y diversas; y su organización depende de múltiples variables. Es

importante destacar la variedad cultural existente en las diferentes zonas del país, para ello es necesario partir de una visión de la diversidad regional y de la distribución de las familias en el territorio nacional. En las regiones rurales o localidades pequeñas, la dinámica familiar depende del control social, con una gran vinculación social y lealtad interna. Todos tienen que actuar a la vista de los demás, se conserva el sentido comunitario y de pertenencia. En las ciudades, las familias presentan una dinámica individualista, egocéntrica, anónima, más materializada y orientada al consumo. El modelo familiar es nuclear; la autoridad de los padres hacia los hijos tiende a ser menor.

1.1.2 Principales problemas que presentan las familias

Las dificultades socioeconómicas derivadas de la pobreza, aumento del desempleo y el acceso limitado a los servicios de salud repercuten negativamente en la población. La incidencia de estos factores en la dinámica familiar se refleja en el surgimiento de diversas problemáticas. Entre éstas se resumen las siguientes:

- **Depresión:** Según Ibarra (2004) en México, una de cada cinco personas ha sufrido de depresión en algún momento de su vida, problema que en algunos de los casos los ha llevado a la muerte. Este tipo de trastornos, disminuye la efectividad en el quehacer cotidiano, además de afectar las relaciones interpersonales del ser humano, en algunos de los casos, al grado de aislarlo por completo del mundo circundante.
- **Alcoholismo:** El 31.5% de las mujeres de entre 18 y 24 años de edad abusan del alcohol, frente al 28.2% de los varones que oscilan en las mismas edades. El efecto que puede causar el alcoholismo tanto en la persona como en su familia puede ser negativo. Según las estadísticas, se ha determinado que uno de los problemas que surgen como consecuencia del alcoholismo son los casos de violencia intrafamiliar (INEGI,2003)
- **Violencia intrafamiliar:** Algunos estudios resaltan la violencia doméstica que afecta a niños y mujeres como uno de los grandes problemas actuales que preocupa a diferentes profesionales de la salud.

Para este caso, el INEGI (2003) muestra los siguientes datos, pertenecientes a la Ciudad de México específicamente:

- a. En uno de cada tres hogares del área metropolitana de la Ciudad de México, se registra algún tipo de violencia.
- b. Los miembros más frecuentemente agresores son el jefe del hogar, 49.5%, y la cónyuge, 44.1%.
- c. Las víctimas más comúnmente afectadas son hijas y/o hijos, 44.9%, y cónyuges, 38.9%.
- d. Las expresiones más frecuentes de maltrato emocional son los gritos y los enojos mayores; 86% de los hogares con presencia de agresiones de tipo emocional sufrieron gritos y 41%, enojos mayores.

- e. Las formas de maltrato que con más frecuencia se presentan en la violencia física, son los golpes con el puño, 42%; bofetadas, 40% y golpes con objetos 23%.
- Divorcios: Otra variable importante a analizar es el divorcio. Las estadísticas que publica el INEGI en el 2003 muestran las causas más comunes que se refieren a: separación de los cónyuges sin especificar el motivo y abandono del hogar, entre otros aspectos.
- Adaptación a las enfermedades crónicas: Frente a una enfermedad crónica muchas familias tienden a aislarse y necesitan redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad. Los terapeutas familiares deben familiarizarse con los otros sistemas a los que pertenece la familia como las escuelas, instituciones religiosas y lugares de trabajo. Es esencial explorar con las familias el posible efecto que tiene la enfermedad de uno de sus miembros sobre la relación con estos sistemas.

Una de las principales enfermedades crónicas es la diabetes, considerada como uno de los principales problemas de salud pública en México, ubicándose entre los que mayor número de casos tiene registrados en el ámbito mundial. (García de Alba, Salcedo, Covarrubias, Colunga y Milke, 2004)

- Adaptación de la familia a las enfermedades terminales: En referencia a las enfermedades terminales, éstas causan un desequilibrio de la dinámica familiar, existiendo la necesidad de solicitar ayuda terapéutica para sobrellevar las consecuencias de las mismas. Entre estas enfermedades se encuentra el Cáncer y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)
 - a. Cáncer: Es uno de los problemas de salud más graves que ha enfrentado el hombre. Junto con la idea de que esta enfermedad inevitablemente culmina con la muerte, quien la padece piensa que la simple mención de su padecimiento genera temor en quien le escucha. Uno de los cánceres con mayor índice de mortalidad entre las mujeres es el Cervicouterino, aparición de células anormales en el cuello uterino, considerado un problema de salud pública y que ocupa el primer lugar como causa de muerte en mujeres de entre los 25 y 60 años, las cuales son las más propensas a dicha enfermedad. Las estadísticas muestran que un promedio de 18 personas mueren diariamente en el mundo a consecuencia de dicho padecimiento. Y es la causa del fallecimiento anual de 3 mil mujeres en México. Además de ser la primera causa de muerte en la mayoría de los países latinoamericanos. (Salud de la mujer, s.f. Recuperado 8 de mayo, 2005 de <http://www.mediweb.com.mx/scripts/viewart.php?id=38>)
 - b. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA): En las últimas décadas, la sociedad ha estado amenazada por una gran enfermedad que termina poco a poco con la salud de las personas que la padecen: el SIDA.
 - c. El SIDA, como todas las infecciones de transmisión sexual ha sido objeto de discursos e interpretaciones apoyados en mitos y creencias. Se encuentra asociado con dos procesos

trascendentales del ser humano: la sexualidad y la muerte. El grupo de riesgo se ha definido por aquellos individuos cuya conducta sexual no sigue los parámetros establecidos que se relacionan con la homosexualidad y la promiscuidad.

- d. Ha sido alarmante el alto índice de casos de SIDA, siendo la población joven (de 15 años en adelante) quien ha sufrido las consecuencias de llevar a cabo conductas sexuales de riesgo.

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

No todas las familias mexicanas pueden acceder a tratamientos terapéuticos a largo plazo por el alto costo de las mismas; la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna ofrece tratamientos más cortos que permitirían a los pacientes resolver sus conflictos en un menor tiempo y con un costo más accesible.

Por las características que presenta la Terapia Familiar Sistémica, un terapeuta tiene la ventaja de tener múltiples visiones de la percepción que le presenta cada uno de los integrantes de la familia, lo que le permite construir pautas que conecten dichas visiones. Esto además le daría al terapeuta mayor información acerca de la influencia de la problemática en el sistema familiar y le ayudaría a planear la estrategia más adecuada para la resolución de la misma.

Considerando las características de totalidad, interaccionalidad y no normatividad que tiene la Terapia Familiar Sistémica, es de gran utilidad para los pacientes porque en caso de no darse la posibilidad que asista la familia completa, cualquier cambio que se produzca en una parte del sistema, se reflejará en el resto de los miembros.

La Terapia Familiar Posmoderna por su parte enfatiza la construcción del yo y del mundo, a través del lenguaje y las implicaciones de dichas construcciones en el bienestar del cliente.

La terapia bajo este enfoque se opone a la idea modernista de que existe un mundo real que se puede conocer con certeza objetiva. Se opone también a los conceptos de normalidad, patología y cura.

El papel del terapeuta en el pensamiento posmoderno permite la aceptación de la realidad y de la narración de historias que tienen las familias acerca de su problemática y la posterior construcción de narraciones alternativas que conduzcan a los pacientes a observar su problemática desde una perspectiva diferente.

No se debe olvidar que como profesionales de la salud tenemos la obligación de mantenernos conscientes de los cambios que la sociedad sufre día con día y de la incidencia de dichos cambios en las familias. Cuando aceptamos y comprendemos la forma como viven su realidad estamos ayudándolos a partir de su propia experiencia.

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

Las actividades correspondientes a la práctica clínica de la Residencia en Terapia Familiar se llevaron a cabo en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" ubicado en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

A continuación se presenta la descripción de la sede clínica y del trabajo realizado en la misma.

1.2.1. Descripción de los escenarios

En el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" se desarrollan actividades relacionadas con la docencia, investigación y servicios clínicos.

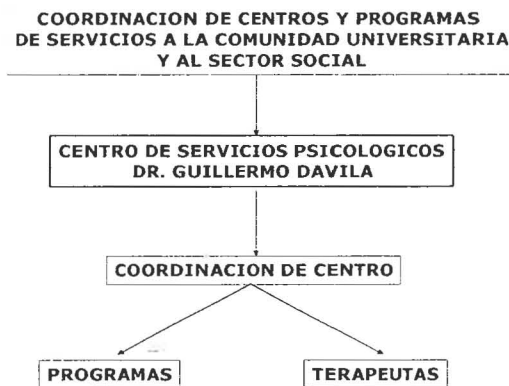
Este centro cuenta con un total de 15 cubículos destinados para llevar a cabo las sesiones de supervisión. Ocho de ellos están dotados con cámara de Gesell, circuito cerrado y equipo de videograbación para fines clínicos.

Los siete cubículos restantes son también de doble vía pero no cuentan con equipo de videograbación.

1.2.2. Análisis sistémico de los escenarios (personal, redes, roles, organigrama, sectores implicados, fuentes de referencia, contexto, etc.)

El Centro de Servicios Psicológicos depende directamente de la Coordinación de Centros y programas de servicios a la comunidad universitaria y al sector social.

El organigrama del centro se estructura de la siguiente manera:



Para dar a conocer el funcionamiento de la sede donde se realizaron las actividades clínicas, se procederá a presentarlo en el siguiente diagrama:



Cada programa de residencia tiene características que la definen y de acuerdo con sus objetivos académicos están estructuradas para dar servicios clínicos a una población en particular, lo que permite atender una amplia gama de problemáticas.

La atención que se brinda puede llegar a todos los estratos sociales por la accesibilidad de sus costos.

1.2.3. Explicación de trabajo y secuencia de participación en las distintas sedes que fueron escenarios de trabajo clínico

El trabajo clínico estuvo enfocado a la atención de pacientes bajo el enfoque sistémico y posmoderno en las siguientes modalidades: individual, familiar y pareja.

Los motivos de consulta que se abordaron fueron:

- ψ Problemas de comunicación con hijos adolescentes.
- ψ Infidelidad.
- ψ Separación.
- ψ Divorcio.
- ψ Duelo.
- ψ Problemas de estudio.
- ψ Problemas de comunicación en la pareja.
- ψ Violencia intrafamiliar.

De acuerdo a las actividades llevadas a cabo en la supervisión clínica, los alumnos desempeñaron las siguientes funciones:

ROL DE TERAPEUTA:

- ψ Petición de solicitudes de personas interesadas en recibir terapia.
- ψ Citar a entrevista inicial, de acuerdo con los horarios establecidos por el Centro.
- ψ Realizar entrevistas iniciales y subsecuentes bajo el modelo teórico a supervisar.
- ψ Evaluar, junto con el equipo terapéutico lo ocurrido durante la sesión y planear la siguiente.
- ψ Elaborar el informe de sesión para incluirlo en el expediente del paciente.

ROL DEL EQUIPO TERAPEUTICO:

- ψ Observar comunicación verbal y no verbal de los pacientes.
- ψ Estar atento a las intervenciones desarrolladas por el terapeuta durante la sesión.
- ψ Identificar pautas de interacción familiar.
- ψ Estar atento a las sugerencias del supervisor y miembros del equipo terapéutico.
- ψ Participar en la planeación de la sesión y en la elaboración de intervenciones, mensajes y/o tareas para los pacientes.

II. MARCO TEORICO

2.1. Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico que sustenta el trabajo

Terapias Sistémicas

La Terapia Familiar Sistémica tiene tres ejes fundamentales que han servido para plantear modelos de estudio de las familias. Estos son: la Teoría General de Sistemas, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética.

✓ *Teoría general de sistemas*

La Teoría General de Sistemas es una teoría general del comportamiento que se aplica a la familia como guía que permite una nueva conceptualización de lo que sucede en el interior de este grupo humano.

Los conceptos básicos del pensamiento de sistemas están relacionados con la integridad, la organización y la regulación. Los hechos se estudian dentro del contexto en el que están ocurriendo y se presta atención a las conexiones y relaciones, más que a las características individuales. Las ideas centrales de esta teoría radican en que la totalidad se considera más que la suma de sus partes; a su vez cada parte sólo puede ser comprendida en el contexto de la totalidad; un cambio en cualquiera de las partes afecta a todas las demás. La totalidad se regula a sí misma por medio de una serie de circuitos de realimentación que se denominan *circuitos cibernéticos*. El sistema global mantiene su forma a medida que cambia el patrón de los vínculos entre las partes. (Papp, 1988)

La primera formulación en tal sentido es atribuible al biólogo Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), quien acuñó la denominación "Teoría General de Sistemas". Para él, la TGS debería constituirse en un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales; y ser al mismo tiempo un instrumento básico para la formación y preparación de científicos. (Osorio y Arnold, 1998)

Para el desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica los conceptos de regulación y organización circular surgidos de la Teoría General de Sistemas se convirtió en uno de los pilares fundamentales para la comprensión del comportamiento de los sistemas familiares ya que supone que ningún hecho o comportamiento aislado ocasiona otro, sino que cada uno está vinculado en forma circular a muchos otros hechos y comportamientos aislados.

✓ *Cibernética*

Según Keeney (1983) la Cibernética pertenece a la ciencia de la pauta y la organización, que se diferencia de cualquier búsqueda de elementos materiales, objetos, fuerzas y energías. En la cibernética, cualquier idea es real.

La idea primordial que dio origen a la cibernética es que hay una pauta organizadora de los procesos físicos y mentales.

Por su parte, la idea básica de la cibernética es la de retroalimentación que Wiener, 1954 en Keeney, 1983 definió así:

"La retroalimentación es un método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados meramente como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, tenemos la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esa información de retorno sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta de desempeño actual, tenemos un proceso que puede llamarse aprendizaje" (p. 84)

Dicho de otro modo, toda regulación, así como todo aprendizaje implican retroalimentación. Los contextos del cambio y del aprendizaje están principalmente destinados a establecer o modificar la retroalimentación. En este sentido, para que una terapia tenga éxito debe crear formas alternativas de retroalimentación, que muestren un camino para un cambio adecuado.

La cibernética sugiere que puede entenderse todo cambio como el empeño por mantener una cierta constancia y puede interpretarse que toda constancia se mantiene a través del cambio.

La retroalimentación puede referirse al éxito o fracaso de un acto simple, o bien producirse en un nivel más alto, en el cual se retroalimenta la información correspondiente a toda una modalidad de conducta o pauta de comportamiento, permitiendo así al organismo cambiar la planificación estratégica de su acción futura.

Si la retroalimentación no está sujeta a un control de orden superior, conducirá a la intensificación descontrolada y a la cismogénesis. En general, los procesos de retroalimentación deben corporizarse en una jerarquía recursiva de circuitos de control. (Keeney, 1983)

Un aporte fundamental de la Cibernética a la Terapia Familiar Sistémica es el concepto de retroalimentación. Aplicando este concepto a la atención de familias, se puede decir que todas las familias mantienen procesos de retroalimentación que permiten la estabilidad de la organización familiar en su conjunto. La familia puede mantenerse unida gracias al control de los fragmentos intensificados de conducta, los temas de interacción y las pautas complejas de la coreografía.

La Terapia Familiar toma de la Cibernética los lineamientos en los que se concibe al terapeuta y a la familia como dos sistemas que interactúan y uno de los sistemas controla o maneja al otro.

Bajo la perspectiva cibernética, el terapeuta es capaz de distinguir no sólo la retroalimentación simple, que mantiene el problema presentado por el cliente, sino también la retroalimentación de orden superior que mantiene esos procesos de orden inferior. El objetivo del terapeuta es activar el orden del proceso de retroalimentación que permita a la ecología perturbada autocorregirse. (Keeney, 1983)

✓ *Cibernética de Segundo Orden*

Los desarrollos de la física cuántica, los aportes del filósofo Ludwig Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren Mc. Culloch, del físico, ciberneta, biomatemático y filósofo Heinz von Foerster y los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares

sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden. (Jutoran, 1999)

Según von Foerster (1991), la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla entre niveles de complejidad: una cibernética de 0 orden, implícita; una cibernética de 1er orden y una cibernética de 2do orden; esta última, es una reflexión sobre la reflexión de la cibernética, imposible de acceder a un nivel más superior, se cierra la argumentación produciéndose una clausura organizacional, que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma. Para este autor, los objetos son construidos a través de las acciones motoras, es decir que el conocimiento es inseparable de la acción.

En su análisis del lenguaje von Foerster plantea que se lo puede considerar desde dos puntos de vista diferentes: el lenguaje en su apariencia, que se refiere a las cosas como son, o el lenguaje en su función, que se refiere a las nociones que cada uno tiene de las cosas. Desde la primera posición uno es un observador independiente, separado del Universo y el lenguaje es monológico, denotativo y descriptivo, sintáctico. Desde la segunda posición uno es un actor participante en mutua interacción con los otros y el lenguaje es dialógico, constructivo, semántico, participativo. (Jutoran, 1999)

En su trabajo sobre la organización de los seres vivos Maturana y Varela, proponen que éstos se constituyen y operan como sistemas cerrados de producciones moleculares abiertos al flujo material y energético. Maturana acuña el término autopoiesis para referirse a la organización que define y constituye a los seres vivos (autos= sí mismo; poiesis=producir) (Maturana y von Foerster, 1988 en Jutoran, 1999)

Maturana aplica a los seres vivos la noción de determinismo estructural señalando que los seres vivos, en tanto sistemas moleculares, son sistemas determinados en su estructura, de modo que lo externo sólo puede producir en un ser vivo cambios estructurales determinados en él. Esto significa que el ser humano, en tanto ser vivo, sólo podrá oír y actuar desde sí mismo. (Jutoran, 1999)

En general, la cibernética de segundo orden plantea la imposibilidad de que exista un observador de un sistema fuera de éste, necesariamente el observador se incluye en el territorio de lo observado, modificando con su acción a lo que observa y a sí mismo. En el caso de la práctica terapéutica los terapeutas y clientes son miembros de un universo participativo en que cada uno de ellos contribuye a la construcción y mantenimiento de una realidad. (Jutoran, 1999; Nardone y Watzlawick, 1999)

Acerca de la realidad, la cibernética de segundo orden afirma que todos los intentos humanos de explicarla "son y han sido construcciones, representaciones, modelos de ella, mapas de territorios". (Keeney, 1983)

Toda conceptualización parte de una percepción, limitada por nuestra propia estructura humana, cognitiva y sensorial, y por lo tanto es una "construcción" humana, un mapa entre muchos posibles, de la realidad, y no la realidad misma:

"Lo que está en dicho mapa es la producción de nuestros sentidos, de nuestra percepción de la realidad. Dado que es imposible captar totalidades en las cuales estamos nosotros mismos incluidos, y debido a la limitación de nuestra capacidad perceptiva, cada percepción es un modelo, un mapa de la realidad; pero demasiado frecuentemente se considera lo percibido como la realidad, se confunden los modelos con la realidad."
(Keeney, 1983)

De la Cibernética de 2do orden surgen los conceptos de causalidad circular y desviación en el sistema; elementos fundamentales dentro de la Terapia Familiar para dar explicación por un lado a las relaciones familiares como recíprocas, pautadas y repetitivas, lo cual conduce a la noción de "secuencia de conductas" y por otra cuando el sistema familiar se enfrenta a cambios ambientales que arriesgan su estabilidad y desarrolla muchas respuestas, algunas de las cuales pueden ser consideradas como "desviadas".

En la Terapia Familiar al explorar solamente al paciente desde una postura de observador se quedan por fuera muchos elementos que permitirían una mejor interpretación. Por el contrario, al estudiar la relación paciente - terapeuta se abarcarían dichos elementos. De allí la importancia de observar tras el espejo para entender la relación familia - terapeuta. Esta Segunda Cibernética permite clasificar dicha relación en diferentes lugares según la recursividad usada.

Con la cibernética de segundo orden, el terapeuta se incluye como parte del sistema observado; así, observador y observado forman parte del mismo sistema. Se incorpora además la idea de cambios de segundo orden, que tienen que ver con cambios en la estructura familiar, cambios en las reglas y el desarrollo de nuevos recursos para la resolución de los problemas.

✓ *Teoría de la comunicación humana*

La teoría moderna de la comunicación, surge cuando Shannon y Weaver publican en 1949 el libro "La Teoría Matemática de la Información" Este trabajo propone los alcances y limitaciones de la transmisión de mensajes e indican que no trata del significado de los mismos, sino de problemas como la codificación y decodificación de mensajes. Estos autores definen la comunicación de manera amplia, incluyendo los procedimientos y medios por los cuales un mensaje puede afectar a otro.

El observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación.

Dichas manifestaciones se presentan dentro de la comunicación, la cual puede subdividirse en tres áreas fundamentales: la sintáctica, referida a la transmisión de la información; la semántica, referida al significado; y la pragmática, referida al efecto que produce la comunicación en la conducta. (Watzlawick y Jackson, 1982)

Al estar este enfoque basado en las manifestaciones observables de la relación, toma de las matemáticas conceptos para su explicación, como por ejemplo la noción de función y relación. En este sentido, al nacer el

concepto de variables se logra una nueva dimensión de información y así se formó la nueva matemática, estableciendo así el concepto de función conocido como la relación entre variables expresadas por lo común como una ecuación.

Se postula que los sistemas interpersonales pueden entenderse como circuitos de retroalimentación, ya que la conducta de cada persona afecta la de cada una de las otras y es a su vez afectada por éstas. (Watzlawick y Jackson, 1982)

Cuando usamos la comunicación para referirnos a como se está dando dicha comunicación, utilizamos conceptualizaciones que forman parte de la denominada metacomunicación. (Watzlawick y Jackson, 1982)

Del modelo pragmático de la comunicación humana destacan los siguientes axiomas:

- a) No es posible no comunicarse.
- b) Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional, tales que el segundo incluye al primero y es por ende una metacomunicación.
- c) La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.
- d) Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente.
- e) Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o diferencia. (Watzlawick y Jackson, 1982)

Para la Terapia Familiar Sistémica, la Teoría de la Comunicación Humana constituyó otro aporte significativo, ya que a partir de sus lineamientos se pudo establecer que la comunicación puede implicar diferentes niveles y que los mensajes creados por el lenguaje interfieren con la emisión verbal, produciéndose interacciones que alteran y desorganizan a la familia.

✓ *Constructivismo*

El constructivismo se basa en planteamientos teóricos provenientes de diversas disciplinas (biología, neurofisiología, cibernética, psicología, etc.) que comparten la idea de que el conocimiento no se basa en su correspondencia con la realidad externa, sino únicamente sobre las construcciones de un observador. (Eguiluz, 1997, p.11)

Una de las características fundamentales del constructivismo es el reemplazo de la noción de descubrimiento por el de construcción o invención.

El constructivismo afirma que nunca se podrá llegar a conocer la realidad como lo que es ya que, al enfrentarse al objeto de conocimiento, no se hace sino ordenar los datos que el objeto ofrece en el marco teórico del que se dispone. (Jutoran, 1999)

A diferencia de la epistemología tradicional cuyo objetivo es "qué es lo que conocemos", el constructivismo se basa en una epistemología del

observador, planteándose "cómo es que conocemos". En este sentido, el conocimiento es un conocimiento del propio conocimiento.

Los constructivistas descartan la objetividad e intentan desarrollar una epistemología "de adentro hacia fuera".

El constructivismo radical propuesto por Ernest von Glasersfeld afirma que lo observado es modificado por el observador y que existe una interdependencia entre ellos. Von Glasersfeld se fundamenta en cuatro fuentes: el lenguaje; el escepticismo; la teoría de la evolución de Darwin y la cibernética. (Jutoran, 1999; Watzlawick, 2000)

Para este autor, el conocimiento, sin importar cómo se defina, está en la mente de las personas, y el sujeto cognoscente no tiene otra alternativa que construir lo que él o ella conoce sobre la base de su propia experiencia. El conocimiento entonces es construido a partir de las experiencias individuales. Todos los tipos de experiencia son esencialmente subjetivos y aunque se puedan encontrar razones para creer que la experiencia de una persona puede ser similar a la de otra, no existe forma de saber si en realidad es la misma.

von Glasersfeld considera que el mundo es diferente de acuerdo al lenguaje, al igual que lo planteado por los construccionistas sociales, se afirma que la interacción con los individuos a través del lenguaje va a construir una realidad determinada, la cual es común para aquellos que comparten dicho lenguaje.

Las ideas que surgen del constructivismo han sido de utilidad para la Terapia Familiar, ya que además de interesarse en estudiar al individuo en su contexto, comienza a centrarse en las ideas, creencias y actitudes que este individuo crea y cómo estos aspectos influyen en su manera de interpretar la realidad.

Terapias Posmodernas

La concepción popular del pensamiento postmoderno es la de aquel que afirma que todo es relativo, que todo vale, y que no hay criterios absolutos, tales como la Verdad y la Razón, mediante los cuales podemos evaluar y juzgar.

Aplicando esta concepción a la terapia, implica introducirse en la narración del cliente sin prejuizar, analizar o dictaminar teórica o a priori el problema del cliente, implica meterse en su relato, preguntar y dialogar para saber su historia, no para dictaminar si es falsa o verdadera.

A continuación se presentan las bases que fundamentan esta nueva forma de ver la terapia.

✓ *Construccionismo social*

Al igual que el constructivismo, el construccionismo social niega la posibilidad de que exista una realidad objetiva, sin embargo, a diferencia del primero:

"...los teóricos del construccionismo social consideran que las ideas, los conceptos y las memorias surgen del intercambio social y son mediados por el lenguaje. Los construccionistas sociales sostienen que todo el conocimiento evoluciona en los espacios interpersonales en el ámbito del *mundo común*, la *danza común*. Sólo a través de la continua conversación con gente íntima el individuo puede desarrollar un sentido de identidad o una voz interior". (Maldonado, 1997, p.15)

Un autor de relevancia dentro del construccionismo social es Kennet Gergen, para este autor el conocimiento y el significado son un producto del intercambio social mediado por el lenguaje y la comunicación, siendo considerada cualquier realidad como intersubjetiva, es decir, como una invención compartida por una comunidad de seres cognoscentes. Gergen (1991) asegura que no hay nada fuera del texto y que las palabras aunque son meros sonidos tienen el poder al ser empleadas por personas en relación. Por esto, el análisis del lenguaje es una exploración de las formas sociales en el discurso, cuyas implicaciones pragmáticas son destacadas por la crítica ideológica, lo cual deja fuera de consideración la cuestión de la verdad. (Munné, 1999)

Para Gergen, 1996 (en Pakman, 1996), los supuestos considerados centrales dentro de la concepción del construccionismo social son los siguientes:

- a) Los términos mediante los cuales describimos el mundo y a nosotros mismos no están dictados por los objetos hipotéticos de tales descripciones.
- b) Los términos y formas mediante los cuales obtenemos la comprensión del mundo y de nosotros mismos son artefactos sociales, productos de intercambios históricos y culturalmente situados entre las personas.
- c) La medida en la cual una descripción dada del mundo o de nosotros mismos se mantiene a través del tiempo no depende de la validez empírica de la descripción, sino de las vicisitudes del proceso social.
- d) Como el lenguaje es un subproducto de la interacción, su principal significado se deriva del modo en que está inmerso dentro de patrones de relación.
- e) Apreciar las formas existentes de discursos es evaluar patrones de vida cultural; cada evaluación da voz a un enclave cultural dado, y compartir apreciaciones facilita la integración del todo.

Desde la perspectiva construccionista, las relaciones tenderán por sí mismas hacia la estabilidad. Esto se produce a través de procesos de ajuste y negociación, en los cuales las personas llegarán a compartir patrones reiterativos de intercambio. Estos patrones incluyen formas de lenguaje que son inseparables de los patrones relacionales en los que están enredados. (Gergen, 1996 en Packman, 1996)

Bajo este enfoque el terapeuta familiar puede tomar en consideración la forma en la que el paciente construye su realidad a través de las narraciones e interacción con las otras personas.

✓ *Hermenéutica:*

La hermenéutica es una interpretación basada en un conocimiento previo de los datos (históricos, filosóficos) de la realidad que se trata de comprender, pero que a la vez da sentido a los datos a través de un proceso inevitablemente circular, muy típico de la comprensión en cuanto método peculiar de las ciencias del espíritu. (Caldeiro, 2006)

La hermenéutica contemporánea más que un movimiento definido es una "atmósfera" general que empapa grandes y variados ámbitos del pensamiento, calando en autores tan heterogéneos como Michel Foucault, Jacques Derrida, Jürgen Habermas, Otto Apel y Richard Rorty. (Caldeiro, 2006)

✓ *Deconstrucción:*

La deconstrucción es un término usado por el filósofo postestructuralista francés Jacques Derrida. Consiste en mostrar la forma en que se ha construido un concepto a partir de procesos históricos y acumulaciones metafóricas (de ahí el nombre de deconstrucción), mostrando que lo claro y evidente dista de serlo, ya que las construcciones de estos conceptos son de tipo histórico, relativo y sometido a las paradojas de las figuras retóricas de la metáfora.

✓ *Narrativa:*

Uno de los maestros teóricos del movimiento narrativo en psicología, es el psicólogo cognitivo Jerome Bruner, quien plantea que hay dos maneras diferentes de conocer, vale decir, dos modalidades de funcionamiento cognitivo, de pensamiento y que cada una de ellas nos entrega modos característicos de construir la realidad. Estas dos modalidades de pensamiento no se pueden reducir una a la otra sin el riesgo evidente de pérdida de la riqueza que encierra la diversidad del pensamiento. Aún más, estas dos maneras de conocer son autónomas, tanto en sus principios de funcionamiento como en los criterios de verificación del conocimiento que alcanzan.

Las modalidades de pensamiento que Bruner, 1986 en Ruiz (s/f) distingue son el modo de pensamiento paradigmático y el modo narrativo. La modalidad paradigmática o lógico-científica como la define Bruner intenta ser un sistema matemático, formal de descripción y explicación. Con este pensamiento es que resolvemos la mayoría de los problemas prácticos de la vida diaria. Para la mayoría de las personas es el único tipo de pensamiento que hay.

El modo de pensamiento narrativo consiste en contarse historias de uno a uno mismo y a los otros, al narrar estas historias vamos construyendo un significado con el cual nuestras experiencias adquieren sentido. La construcción del significado surge de la narración, del continuo actualizar nuestra historia, de nuestra trama narrativa.

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

Bajo la perspectiva sistémica la familia es considerada como un sistema dinámico vivo sometido a un proceso de establecimiento de reglas; y de búsqueda de acuerdo con ellas. (Brenes, 1970). Al tiempo que se considera al grupo familiar como un verdadero aparato cibernético y por ello, autocorrector, donde las modalidades transaccionales que caracterizan las relaciones entre los miembros dependen de las reglas o leyes en base a las cuales funcionan los miembros del sistema en relación recíproca.

Esto hace que la familia sea un sistema abierto y por tanto, en continua transformación, ocasionando cambios y modificaciones que son distintos en cada momento de su evolución. Esta característica es admitida por todos los teóricos de la familia, lo que permite enormes posibilidades en torno a lo que constituye el trabajo de la Terapia Familiar. (Ríos, 1994)

En la Terapia Familiar Sistémica se ha establecido que la mayoría de los sistemas cibernéticos constituyen ciclos homeostáticos. La tarea del terapeuta familiar en este sentido consiste en identificar los ciclos recursivos problemáticos y planear intervenciones directas para ellos. (Keeney, 1983)

Esta concepción de la organización recursiva de los sucesos constituye uno de los principales avances en la Terapia Familiar, ya que a partir de ésta el terapeuta puede explorar y analizar las pautas que mantienen el síntoma dentro del sistema familiar y las posibilidades de ingreso de nueva información para romper dichas pautas y producir así un cambio en la estructura.

La Terapia Familiar Sistémica además tiene la ventaja de proporcionar al profesional múltiples visiones; el terapeuta tiene que construir pautas que conectan estas diversas visiones. (Keeney, 1983)

El concepto central de este enfoque es la idea de la circularidad. Se podría ver la comunicación y conductas de todos los presentes en la sesión que pudiesen afectar al paciente identificado, dentro de una amplia danza recursiva. (Hoffman, 1981). Este concepto ha sido utilizado en varios modelos teóricos de la Terapia Familiar, siendo de gran utilidad para los terapeutas familiares para explorar de una forma adecuada las diferentes interacciones conductuales y comunicacionales en torno al síntoma y desarrollar de esta manera intervenciones que permitan un cambio de las mismas.

Los terapeutas familiares también han recurrido a los conceptos posmodernos como una nueva manera de explorar e interpretar las experiencias de los individuos.

Dentro del pensamiento posmoderno se establece que el sistema de creencias y las realidades aparentes que residen en uno, se constituyen socialmente en lugar de venir dadas y por lo tanto, pueden adoptar formas muy diferentes en las distintas culturas.

Los constructos y el pensamiento estructural y cibernético son reemplazados por la co-construcción y la acción del lenguaje.

Para Anderson y Goolishian, 1996 (en McNamme y Gergen, 1998) la Cibernética tiene limitaciones al sustentarse en la retroalimentación cibernética, señalando que dentro de esta metáfora hay pocas oportunidades de tratar con la experiencia misma de un individuo. Por lo tanto los enfoques posmodernos se inclinan hacia una posición más hermenéutica e interpretativa. Esta concepción

destaca que los significados los crean y experimentan los individuos que conversan.

Para estos autores al adoptar este punto de vista, el terapeuta presenta una postura de ignorancia en la comprensión que se desarrolla a través de la conversación terapéutica.

La familia puede ser entendida bajo este enfoque como algo plural, es decir, van a haber tantas definiciones de familia como narrativas existan de la misma.

El enfoque posmoderno permite al terapeuta ser un artista de la conversación, cuya pericia se manifiesta en el campo de la creación de un espacio que facilite la conversación dialogal. (Anderson y Goolishian, 1996 en McNamme y Gergen, 1998)

La terapia bajo este punto de vista se transforma en una acción conversacional de co-participación. El énfasis está en hacer algo "con" y hablar "con" como opuesto a hacer algo "para". El cambio no está definido en términos de estructura social sino como un cambio en la narrativa, la historia y el significado.

Esta epistemología enfoca la terapia bajo los conceptos de construcción social y dialógica de la realidad y en el rol de la conversación y el diálogo en este proceso. El énfasis para el terapeuta no está en producir cambio, sino en abrir espacios para la conversación. Esto requiere que el terapeuta adopte una posición no-conocedora, en vez de transmitir opiniones y expectativas acerca del cliente o el problema. (McNamme y Gergen, 1998)

Los terapeutas familiares bajo este enfoque están más interesados en el lenguaje y las historias que las familias tienen acerca de ellos que en describir estructuras psicológicas en individuos y familias.

A continuación se presenta un cuadro comparativo de algunas de las características que tienen la Terapia Familiar Sistémica y las Terapias Posmodernas.

	TERAPIA FAMILIAR SISTEMICA	TERAPIA FAMILIAR POSMODERNA
BASES EPISTEMOLOGICAS	Teoría General de Sistemas, Cibernética de 1er y 2do. Orden, Teoría de la Comunicación Humana. Constructivismo	Construccionismo Social. Hermenéutica, Reconstrucción, Narrativa.
CONCEPCION DE FAMILIA	La familia como un sistema dinámico vivo sometido a un proceso de establecimiento de reglas; y de búsqueda de acuerdo con ellas- Estructural.	La familia definida a partir de la narrativa de los individuos. La familia vista de forma plural (tantas definiciones como narrativas existen)- Postestructural.
ROL DEL TERAPEUTA	Construye pautas que conectan las diversas visiones de la familia con respecto al problema. Identificar ciclos recursivos y planear estrategias para su modificación.	Posición no concedora del problema y las narrativas de los pacientes. Interesado en el lenguaje y las historias que tienen las familias de sus problemas.
CAMBIO TERAPEUTICO	Cambios en la estructura y retroalimentación familiar.	Cambio en la forma de ver la realidad, modificando metafóricamente la narrativa, la historia y los significados.

2.1.2. *Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna: Modelos Estructural, Estratégico, de Terapias Breves, orientado a Soluciones, de Milán, y modelos derivados del Posmodernismo*

Dentro de la Terapia Familiar Sistémica y las Terapias Posmodernas podemos encontrar modelos de intervención cuyos principios teóricos y metodológicos ofrecen al terapeuta una amplia gama de intervenciones que pueden conducir a un cambio estable en el tiempo.

TERAPIAS SISTEMICAS

2.1.2.1. **Modelo Estructural**

ψ **ANTECEDENTES**

En los años 70 ´s la Terapia Familiar Estructural emergió como uno de los modelos más populares. Entre sus bases epistemológicas se encuentra la Cibernética, ya que dentro de este modelo se plantea que la familia es observada como un sistema y el terapeuta como otro sistema, cuyas intervenciones van a influir en la familia para modificar su estructura y organización.

Otro aporte epistemológico para este modelo fue la Teoría General de Sistemas, sobretodo lo relacionado con el concepto de circularidad. El autor más representativo de este modelo es Salvador Minuchin.

ψ *CARACTERISTICAS PRINCIPALES DEL MODELO*

La Terapia Estructural es una terapia de acción. La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, no en explorar e interpretar el pasado. El foco de las intervenciones es el sistema familiar. El terapeuta se asocia a este sistema y utiliza su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambian sus experiencias subjetivas. Una vez que se ha producido un cambio, la familia lo preservará. Estos conceptos de estructura constituyen el fundamento de la terapia familiar. La Terapia Estructural debe partir de un modelo de normalidad que le permita medir las anomalías. (Minuchin, 1976)

Para este modelo los aspectos más importantes son: la estructura familiar, los límites y los subsistemas.

La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de la familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas interaccionales (que establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse) y éstas apuntalan el sistema regulando la conducta de los miembros de la familia. El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. (Minuchin, 1976)

Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. (Minuchin, 1976) La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema. Todo subsistema familiar posee funciones específicas y plantea demandas específicas a sus miembros.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros.

El autor propone el subsistema conyugal para distinguir al constituido cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención de formar una familia. Posee tareas o funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia. El subsistema parental surge cuando nace el primer hijo; se alcanza un nuevo nivel de formación familiar. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño a ambos padres y al mismo tiempo que lo excluya de las relaciones conyugales.

Por último, el subsistema fraterno está constituido por los hermanos quienes se apoyan, aíslan, descargan sus culpas y aprenden mutuamente. (Minuchin, 1976)

Los miembros de la familia individualizan en uno de ellos la localización del síntoma. Esperan que el terapeuta se concentre en él y procure cambiarlo. Los miembros de la familia tenderán a destacar en exceso el sector problemático y en esa situación tensionada se inclinarán a aferrarse excesivamente a las respuestas familiares. En

la mayoría de los casos, la familia aceptará al terapeuta como líder de la sociedad. (Minuchin, 1976)

ψ **EVALUACION**

El terapeuta parte de una serie de hipótesis sobre la interacción sistémica entre el contexto familiar y las conductas sintomáticas de sus miembros.

ψ **PROCESO TERAPEUTICO**

Para el Modelo Estructural el proceso terapéutico se lleva a cabo en las siguientes etapas:

EL TERAPEUTA DE FAMILIAS COMO ANFITRION	El contacto inicial con una familia puede servir como una relación anfitrión- invitado. La primera preocupación del terapeuta es lograr que la familia se sienta cómoda. Se presenta y ayuda a la familia a presentarse ante él. Cuando la familia se sienta, el terapeuta familiar debe prestar atención al modo en que se ubican.
ESTABLECIMIENTO DE LOS CONTACTOS TERAPEUTICOS	Tan pronto como el terapeuta considera que la familia se siente más cómoda, pregunta cuál ha sido el problema que trajo a la familia a sesión. Esta pregunta honesta dirigida a ningún miembro en particular. El terapeuta presta atención al contenido de la presentación del problema por parte de la familia y también observa el modo en que se comportan.
EXPLORACION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR	El terapeuta comienza a formarse una idea de la estructura familiar observando el orden en que sus miembros hablan. Observa el modo en que éstos se relacionan entre sí.
AMPLIACION DEL FOCO	El terapeuta extiende el foco de la exploración desde el paciente identificado a diferentes aspectos de la organización familiar.

ψ **ROL DEL TERAPEUTA**

El terapeuta familiar se considera a sí mismo como un miembro actuante y recreativo en relación con el sistema terapéutico. Conserva la libertad de ser espontáneo en sus indagaciones experimentales. (Minuchin, 1976)

La función del terapeuta familiar consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar, se asocia a la familia en una posición de liderazgo, saca a la luz y evalúa la estructura familiar subyacente y crea circunstancias que permitirán la transformación de esta estructura. (Minuchin, 1976). El terapeuta cuestiona la percepción de la realidad de los pacientes y apoya a los miembros de la familia, pero sugiere que más allá de lo que han percibido hay otras cosas. Utiliza el espacio para expresar la proximidad y la distancia. (Minuchin, 1976)

ψ *TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN*

Entre las intervenciones se pueden enumerar las siguientes:

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
Coparticipación	Se refiere a hacer saber a los miembros de la familia que el terapeuta los comprende y trabaja con ellos y para ellos. (Minuchin y Fishman, 1981).
Reencuadre	Convencer a los miembros de la familia de que el mapa de la realidad por ellos trazado se puede ampliar o modificar.
Escenificación	El terapeuta asiste a los miembros de la familia y ello con el propósito de vivenciar la realidad familiar como aquellos la definen
Enfoque	El terapeuta tras seleccionar elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema que les imparte un sentido nuevo
Intensidad	El terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico, destaca la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, se cuestionan el síntoma y la posición que su portador ocupa en la familia (repetición del mensaje, repetición de interacciones)
Paradojas	El terapeuta enfrentará la contradicción por medio de una serie de enérgicas redefiniciones que conectarán el síntoma con el sistema de tal manera que resulte imposible modificar el uno sin hacerlo con el otro. (Minuchin y Fishman, 1981).

ψ *CONSIDERACIONES FINALES*

El Modelo Estructural puede presentar ventajas y desventajas en su aplicación en el marco terapéutico. Entre sus ventajas, se puede mencionar la importancia de identificar y analizar las pautas de interacción que estarían incidiendo en el mantenimiento del síntoma; la identificación de los recursos de la familia como forma de enfrentar y solucionar el problema; el uso del reencuadre como manera de cambiar la visión que tiene la familia sobre la problemática y que el terapeuta debe tener un papel activo para observar atentamente las interacciones y conductas sintomáticas de los miembros que conforman el sistema familiar.

Como desventaja, considero que es un modelo rígido, basado en conceptos poco flexibles, que no permiten involucrarse en otros aspectos que pudiesen ser de utilidad en el proceso terapéutico. La postura del terapeuta como un sistema aparte, hace pensar que se trata de un experto que tiene en sus manos la solución de los problemas, que es ajeno a lo que pasa en el sistema familiar. El concepto de síntoma no deja de relacionarse con el etiquetamiento que se le puede dar a la problemática. Se puede considerar que este concepto está orientado a la dicotomía normalidad- anormalidad. Aspectos que están siendo olvidados o son poco usados en otros modelos de intervención.

2.1.2.2 Modelo Estratégico

ψ ANTECEDENTES

La Terapia Estratégica deriva de la Terapia Familiar tradicional basada en la Teoría General de Sistemas y la Cibernética. El análisis está basado en la teoría sistémica, pero las intervenciones son pragmáticas. Jay Haley quien es el representante más significativo de este modelo, acuña el término "terapia estratégica" cuando describe el trabajo de Milton Erickson.

Uno de los aportes de Milton Erickson para este modelo fue la responsabilidad que deben tener los terapeutas de planear las estrategias para resolver los problemas de sus clientes. Sus estrategias para resolver problemas psicológicos tuvieron un gran impacto en el desarrollo de la terapia estratégica. El modificaba la conducta entre las personas mediante un enfoque que se ha desarrollado directamente a partir de una orientación hipnológica. (Haley, 1986)

ψ CARACTERISTICAS DEL MODELO

Una terapia puede considerarse estratégica si el terapeuta diseña un enfoque particular para cada problema. Cuando un terapeuta y un paciente se encuentran, la acción que tiene lugar está determinada por ambos, pero en gran medida la iniciativa corresponde al terapeuta. (Haley, 1986)

Los objetivos de la terapia son impedir la repetición de secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Para alcanzar estos objetivos, se programan varias etapas en la terapia. Se define a cada problema como abarcando a no menos de dos personas y habitualmente tres. Lo primero que debe discernir el terapeuta es quiénes están involucrados en el problema presentado y de qué manera. Luego, resolverá cómo va a intervenir a fin de modificar la organización familiar para que el problema presentado ya no sea necesario. El cambio se planea en etapas; de manera que el cambio en una situación o en un conjunto de relaciones provocará otro cambio en la relación. (Madanes, 1982)

El terapeuta estratégico busca ayudar a las personas a sobrellevar las crisis que enfrentan en determinadas etapas de la vida familiar, a fin de pasar a la etapa siguiente. (Madanes, 1982)

Para Haley (1986), estas etapas de la vida familiar se enumeran como sigue:

- Período de galanteo
- Matrimonio
- Nacimiento de los hijos
- El destete de los padres
- El retiro de la vida activa y la vejez

Los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se interrumpe. El síntoma es una señal de que

la familia enfrenta dificultades para superar el ciclo vital. (Haley, 1986)

En este modelo interesa la jerarquía familiar. Se pone especial cuidado en el lugar en que se sitúa el terapeuta en la jerarquía, para que no forme coaliciones con los miembros que ocupan los escalones inferiores en contra de los que ocupan los superiores.

Se le pide al paciente que siga instrucciones específicas que le implican en una labor de cooperación cuyo fin es modificar su conducta sintomática.

Se responsabiliza a la familia del avance y beneficios que obtengan en la terapia y se marca la jerarquía del terapeuta en la relación del tratamiento.

ψ **EVALUACION**

Haley (1988) manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía.

ψ **PROCESO TERAPEUTICO**

El proceso terapéutico empieza por la manera de examinar el problema, la intervención saca a la luz los problemas y las pautas de relación a modificar.

Una entrevista comienza con el primer contacto establecido con relación a un problema. Al presentarse la familia, la entrevista presenta las siguientes etapas:

ETAPA SOCIAL	Al entrar al consultorio, los miembros de la familia se sentarán donde y como lo deseen. Una vez que el terapeuta se haya presentado deberá dirigirse a cada integrante de la familia y preguntarle como se llama. No permitirá que nadie empiece a comentar el problema hasta tanto no se haya obtenido de todos alguna respuesta "social".
PLANTEO DEL PROBLEMA	Lo frecuente es que el terapeuta pregunte por qué han venido o qué problema los aqueja, pasando así de una situación social a una situación de terapia.
INTERACCION	El terapeuta estimulará a los miembros de la familia a conversar entre sí en torno a las discrepancias. La observación de cómo se conducen entre sí servirá para que el terapeuta visualice la clase de secuencia existente en esa familia.
DEFINICION DE LOS CAMBIOS DESEADOS	El terapeuta obtiene una formulación suficientemente clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia.
CONCLUSION DE LA ENTREVISTA	Se concreta una nueva cita.

ψ **ROL DEL TERAPEUTA**

El terapeuta dirige al paciente para que realice cosas voluntariamente y luego pide un cambio espontáneo o comunica su expectativa de que ese cambio se produzca. (Haley, 1986)

Establece objetivos claros para la solución del problema presentado. No aplica un mismo método a todos los casos sino que diseña una estrategia específica para cada problema. (Madanes, 1982)

El terapeuta debe adecuar la tarea a las personas. Mientras entrevista a una familia, observará qué clase de gente la integra y así podrá amoldar la tarea a su manera de ser. (Haley, 1988)

ψ **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

Las intervenciones más utilizadas en este modelo son las siguientes:

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
Directivas	Hay dos maneras de impartir directivas: decirle a la gente qué debe hacer con el propósito de que lo cumplan y decirse lo con el propósito de que no lo cumplan, o sea, de que cambien por vía de la rebelión. (Haley, 1988)
Analogías	La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es la relación de analogía entre una cosa y otra. Las metáforas no se expresan sólo con palabras, también hay acciones metafóricas. (Haley, 1988)
Paradojas	Con las intervenciones paradójicas se puede adoptar dos enfoques generales: encarar a la familia en un sentido global e impartir directivas que involucren sólo a una parte de ella. El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes: "cambien" y dentro del marco del mensaje "no cambien". Cuando el enfoque tiene éxito, los miembros de la familia logran alcanzar el objetivo de la terapia que es demostrarle al terapeuta que son tan normales como el que más. Cambian "espontáneamente". (Haley, 1988)
Prescripción del síntoma	Se refiere a que el terapeuta le pide a la persona o familia que haga algo que ha venido realizando pero bajo unas instrucciones específicas. Generalmente esta prescripción está vinculada con el problema o motivo de consulta de la familia. Tiene efectos paradójicos
Aliento de la resistencia	Con esta técnica el paciente queda atrapado en una situación donde su intento de resistir es definido como una conducta cooperativa. Una vez que está cooperando se le puede desviar a llevar a cabo una nueva conducta.
Aliento de una recaída	Cuando un paciente está mejorando el terapeuta puede prescribirle una recaída. La única manera en que el paciente puede resistir es no tener una recaída y seguir mejorando. La prescripción de la recaída cuando se realiza con eficacia, impide la recaída en sí.

ψ **CONSIDERACIONES FINALES**

Como aspecto positivo de este modelo, son los conceptos provenientes del trabajo de Milton Erickson, relacionados con la hipnología y el uso de planes estratégicos de intervención. Son útiles para todo terapeuta, ya que permiten tener una idea clara de los pasos a seguir durante el proceso y llevar al paciente a realizar cambios usando técnicas paradójicas.

Al basarse en principios de la Cibernética de Primer Orden, aunque permite que el terapeuta tenga diversas visiones del problema, lo aleja del sistema familiar, colocándolo como un ente externo. En mi opinión le quita maniobrabilidad al momento de intervenir en el cambio de las pautas de interacción.

Igual al comentario realizado en el modelo anterior, considero que el uso de términos tales como "síntoma" o "paciente identificado",

conducen a un etiquetamiento de las conductas de las personas. En terapia un punto importante es ciertamente conocer esas conductas que mantienen el problema, pero verlas simplemente como eso, y buscar dentro del proceso las vías más adecuadas para introducir cambios en la forma que tiene el paciente para solucionar sus problemas.

2.1.2.3. Modelo de Terapia Breve

ψ ANTECEDENTES DEL MODELO

En marzo de 1959 Don D. Jackson funda, junto a Jules Riskin y Virginia Satir, el Mental Research Institute (MRI), que, aunque no tiene una continuidad institucional con el Grupo Bateson, sí representa una continuación en las ideas así como en la presencia de varios de los integrantes, como Haley y Weakland.

Hacia fines de 1959 Paul Watzlawick se incorpora al grupo, quien poco tiempo después se convertiría en símbolo de las ideas del MRI. El equipo del MRI se dedicó entonces a fundamentar una nueva visión de la psicoterapia, desde la perspectiva interaccional, cuyas características se presentarán posteriormente. En este marco Jay Haley desarrolló su modelo Estratégico de resolución de problemas, y en 1967 abandonó el MRI para unirse a Salvador Minuchin y Braulio Montalvo en la Philadelphia Child Guidance Clinic.

En enero de 1967 Richard Fisch, M. D. propuso a Jackson la creación de un proyecto para desarrollar un modelo de terapia breve. Ese proyecto dio origen al Brief Therapy Center, al que se sumaron Watzlawick, Weakland y Art Bodin. Este grupo desarrolló lo que hoy se conoce en el mundo entero como el Modelo de Palo Alto, generando un cambio radical en la psicoterapia al desarrollar un modelo breve, simple, efectivo y eficaz para ayudar a la gente a producir un cambio. (Cazabet, s.f.)

Entre las ideas que constituyen este modelo se encuentran las de Don D. Jackson quien plantea la importancia de las reglas de intercambio que se establecen en las relaciones interpersonales. Puede considerarse que una regla relacional es la explicación de la redundancia que restringe la diversidad de los comportamientos de los diferentes interlocutores. Por ello Jackson considera a la familia como "un sistema regido por unas reglas: sus miembros se comportan de una manera repetitiva y organizada y este tipo de estructuración de los comportamientos puede ser aislado como un principio director de la vida familiar". (Don Jackson en Watzlawick y Weakland, 1977)

Según Jackson las familias que presentan una disfunción (síntomas patológicos o problemas familiares) no disponen de una regla que permita gobernar los cambios. La función del terapeuta consistirá en facilitar y desarrollar unas reglas de cambio de las reglas. (Wittezaele y García, 1994)

Como aportación fundamental de Jackson está su desconfianza en las etiquetas, los diagnósticos psiquiátricos, lo cual permite ver el origen de la actitud no normativa que se convirtió en uno de los pilares esenciales de todos los trabajos posteriores del MRI. (Wittezaele y García, 1994)

ψ *CARACTERISTICAS DEL MODELO*

La Terapia Breve se desarrolló a partir de una investigación que intentaba precisar y sistematizar las condiciones que conducen a las personas a cambiar. Este punto de partida marcó una diferencia profunda con respecto a los otros enfoques terapéuticos. No hay una hipótesis de partida que se tenga que confirmar, como tampoco hay una concepción sobre el funcionamiento del hombre.

Las premisas explicativas del MRI sobre el comportamiento humano se nutren de los conceptos de la cibernética y de la teoría de la información. El modelo de funcionamiento "normal" es el que determina el sentido de las intervenciones terapéuticas. Aunque la pauta explicativa sigue siendo sistémica, lo que está en juego es el proceso mismo de cambio, en su carácter abrupto de ruptura de continuidad con los procesos reguladores habituales de la vida psicológica. (Wittezaele y García, 1994)

Para Weakland, 1977 en O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989, los problemas son de naturaleza interaccional. Se los ve como dificultades entre las personas más que como algo que surge desde el interior de los individuos.

Desde este punto de vista, los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una vez que la dificultad se ve como un problema, el problema es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlo.

En este enfoque el concepto de cambio se rige por la teoría de los grupos y la teoría de los tipos lógicos. La teoría de los grupos ofrece una analogía que permite ilustrar el hecho de que ciertas acciones, ciertas actitudes que se supone aportan un cambio benéfico no hacen más que poner en marcha unos mecanismos reguladores homeostáticos que restablecen el equilibrio anterior. Por el contrario, existen cambios que conciernen al conjunto del sistema, a la norma de su funcionamiento. La teoría de los tipos lógicos permite la doble mirada y puede, explicar el proceso de trascendencia del marco de referencia. (Wittezaele y García, 1994)

Estas dos teorías proporcionan dos formas de cambio: el primero permite incorporar el cambio que se produce en el interior de un conjunto que en sí permanece invariable; el segundo permite comprender la relación de los elementos con la clase y el cambio que constituye el paso de un tipo lógico a otro.

El cambio que conserva el sistema será llamado el cambio 1; el cambio del sistema mismo, un "metacambio" será llamado cambio 2.

Cambio de tipo 1: Se habla de un cambio de tipo 1 cuando las reglas de las relaciones siguen siendo las mismas. Toda idea nueva será

objeto de un proceso de "neutralización" que tendrá como fin dejar intacta la estructura general del sistema de pensamiento.

Cambio de tipo 2: Este cambio se produce repentinamente y de una manera imprevisible. Aparece como un cambio de las premisas que gobiernan el sistema como totalidad. (Wittezaele y García, 1994)

El trabajo terapéutico se centra en las interacciones de la conducta observable en el presente. Además de centrarse en lo que está sucediendo ahora, la indagación está enfocada sobre la dolencia o las dolencias principales de quienes buscan ayuda en términos de conducta. (Fish, Weakland y Segal, 1982)

El movimiento estratégico principal de la terapia breve es romper el círculo vicioso "problema → intentos de solución". Como consecuencia, el terapeuta debe imaginar un comportamiento o una actitud contraria a la tendencia general de los medios empleados por el paciente para solucionar su problema (Wittezaele y García, 1994)

Se considere o no como paciente, en el Modelo de Terapia Breve el cliente puede asumir una de estas dos posturas:

- O bien el problema es manifiestamente doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad.
- O bien el estado de cosas es indeseable pero no incómodo en exceso y no se necesita un cambio, o por lo menos, no con urgencia.

Por otro lado, cualquiera que sea el problema, las personas manifestarán posturas como las siguientes: una postura pesimista con respecto a la solución del problema o una grandilocuente expectación con respecto a lo que se puede y se debe conseguir durante el tratamiento. (Fish, Weakland y Segal, 1982)

En referencia a la terapia misma, los pacientes pueden asumir una de estas tres posturas:

- Se convierten en receptores pasivos de los conocimientos y consejos del terapeuta.
- Toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como caja de resonancia pasiva.
- Busca ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta. (Fish, Weakland y Segal, 1982)

ψ *EVALUACION*

El terapeuta obtiene una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas. (Ochoa, 1995)

ψ *PROCESO TERAPEUTICO*

Según Wittezaele y García, 1994 las etapas concretas del proceso terapéutico desde el Modelo de Terapia Breve son:

DETERMINAR QUIEN ES EL "QUE SE QUEJA"	Dentro del enfoque sistémico el síntoma es considerado como la expresión de una adaptación idiosincrásica al entorno. Dicha adaptación puede producir sufrimiento. En esta alternativa una persona del entorno puede sufrir por la situación y hacia ella se dirigirá el terapeuta para encontrar el motor del cambio.
DEFINIR EL PROBLEMA	La definición se lleva a cabo permaneciendo en un nivel descriptivo y de comportamiento. El terapeuta intentará conocer los contextos precisos que producen la insatisfacción.
EXAMINAR LAS SOLUCIONES INTENTADAS	La exploración de las soluciones aplicadas por el paciente para superar su problema aporta información sobre lo que hay que evitar. Uno de los puntos importantes de esta etapa es que contribuye a comprender la red relacional, el "sistema" pertinente para la intervención, los mecanismos de comunicación que alimentan la dificultad y hacen que persista.
DEFINIR UN OBJETIVO ACCESIBLE	La precisión del objetivo permite delimitar mejor el problema. Hacer que el paciente acepte unos objetivos concretos y accesibles permite también prever un límite temporal al tratamiento, lo que produce un efecto favorable del tratamiento y modificar su percepción del problema.
ANALIZAR LA POSTURA DEL PACIENTE Y SU VISION DEL MUNDO Y DEL PROBLEMA	El terapeuta analiza a través del lenguaje del paciente sus creencias hacia el mantenimiento del problema y hacia el proceso terapéutico.
FORMULAR Y PONER EN EJECUCIÓN UN PROYECTO DE CAMBIO	Se trata de la fase de elaboración de la estrategia y las tácticas del cambio. Lleva consigo también la definición de un objetivo para la acción del terapeuta y de los medios más adecuados para realizarla.

ψ **ROL DEL TERAPEUTA**

Para el Modelo de Terapia Breve el terapeuta debe permitir a los pacientes hallar lo más rápidamente posible los medios de continuar su marcha sin encontrarse constantemente frente a las mismas dificultades. (Wittezaele y García, 1994)

El terapeuta breve intenta inducir cambios desde la primera sesión. Cuando está obteniendo información, utiliza técnicas que preparan el terreno para el cambio. El proceso terapéutico es controlado por el terapeuta.

El terapeuta debe tener capacidad de maniobra, que consiste en saber cual será la mejor manera de actuar en un tratamiento, poniendo en práctica lo que juzgue mas apropiado en el transcurso del mismo. Esto implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten. (Fish, Weakland y Segal, 1982)

En este sentido, el terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, modificando su curso de la forma más necesaria durante el tratamiento. La dirección del tratamiento constituye una responsabilidad del terapeuta. (Fish, Weakland y Segal, 1982)

El terapeuta es capaz de modificar y/o retirarse de la postura que haya asumido con un paciente, que puede estar referida a abandonar la estrategia que comenzó a poner en práctica en vez de aferrarse a ella (oportunidad y ritmo). Al recibir de parte del paciente respuestas vagas con respecto al problema, el terapeuta debe manifestar verbal y no- verbalmente que la falta de comprensión se debe a un supuesto defecto del propio terapeuta. (Fish, Weakland y Segal, 1982)

Es relevante además que el terapeuta presente una actitud igualitaria con los pacientes, de esta forma servirá al menos para no obstaculizar a los pacientes que se hallan dispuestos a cooperar. (Fish, Weakland y Segal, 1982)

ψ **TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN**

Las intervenciones más frecuentes en este modelo son:

INTERVENCIÓN	DESCRIPCIÓN
El reencuadre	Significa modificar el contexto conceptual y/o emocional de una situación, o el punto de vista según el cual es vivida, situándola en otro marco, que corresponde igual, o incluso mejor, a los "hechos" de esta situación concreta. Esta intervención implica que el terapeuta aprenda el lenguaje del paciente y no que el paciente entre en el sistema explicativo del terapeuta. (Wittezaele y García, 1994)
Prescripción del síntoma	En esta intervención, el terapeuta utiliza el doble vínculo terapéutico. Consiste en pedir a los pacientes que experimenten el síntoma que intentan combatir.
Paradojas	Supone una comunicación explícita o implícita dirigida a un cliente e insertada en otra comunicación que la contradice, de modo que se produce un dilema. Se promueve la continuidad o incluso el empeoramiento del problema.
Tareas directas	Intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún componente de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento de síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa. (Ochoa, 1995)

ψ **CONSIDERACIONES FINALES**

Un punto importante considerado en este modelo es la actitud igualitaria que tiene el terapeuta con respecto al cliente. No se muestra como un experto en el problema, ya que el único experto en la situación es el mismo cliente.

Al basarse en la Cibernética de Segundo Orden, el terapeuta se incluye en el sistema terapéutico lo cual le facilita la identificación y observación de las conductas e interacciones que mantienen en problema. Se habla de buscar los intentos de solución que generan la problemática. No se indaga en el pasado del cliente, sino en aspectos del momento (aquí y ahora).

Este modelo de intervención parece ser más flexible que los anteriores, ya que el terapeuta tiene una mayor capacidad de maniobra; los objetivos terapéuticos surgen de la negociación que se hace con el cliente.

No se habla de "síntoma", sino de intentos de solución y el problema surge en las interacciones repetitivas dentro del sistema familiar.

2.1.2.4 Modelo de Soluciones

ψ ANTECEDENTES DEL MODELO

Entre los precursores de este modelo se encuentra el trabajo desarrollado por Milton Erickson y el Modelo de Terapia Breve del Mental Research Institute (MRI) y el Centro de Terapia Familiar Breve (BTFC).

El psiquiatra Milton Erickson fue pionero en diversas áreas de la terapia: hipnosis, terapia familiar, terapia breve y terapia estratégica. Erickson consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales los cambios que necesitaban hacer. Subrayaba la importancia de respetar las capacidades del cliente. (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1989)

Por su parte, el Mental Research Institute (MRI) proponía que la terapia se podía realizar en menos tiempo de lo que era la práctica habitual en aquellos momentos. Trabajaron con un límite de 10 sesiones. Una directriz de su trabajo era que debían intentar resolver el problema presentado en vez de reorganizar las familias o producir insight. (O'Hanlon y Weiner- Davis, 1989)

ψ CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

Un aspecto central de este modelo es su énfasis en las fuerzas y capacidades de los clientes.

Según O'Hanlon y Weiner- Davis (1989), los principios y supuestos en los que se basa este modelo son los siguientes:

- Establecimiento de un enfoque positivo.
- Excepciones sugieren soluciones.
- Nada es siempre lo mismo.
- Los pequeños cambios son generativos.
- La cooperación es inevitable.
- Las personas poseen recursos.
- Los significados y experiencias son construidos interaccionalmente.
- Recursividad.
- El significado está en la respuesta.
- El cliente es el experto.
- Efectos del cambio.
- Sistema terapéutico.

Dentro del proceso terapéutico basado en Soluciones, es importante emplear inicialmente las palabras que usan los clientes como forma de unirse a ellos y establecer rapport. Al adoptar el lenguaje del cliente se puede canalizar la conversación hacia descripciones menos patológicas, más normales de la dificultad. El terapeuta puede hacer

uso intencional de términos de posibilidad en vez de términos definitivos para poner en duda las certezas poco útiles que mantienen los clientes. Otra forma de crear un contexto para el cambio es introducir nuevas distinciones en el pensamiento del cliente. (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989)

Dentro de este modelo podemos observar tres tipos de relación paciente-terapeuta: cliente comprador, cliente demandante y cliente visitante. (Kim Berg y Miller, 1992)

ψ *EVALUACION*

El síntoma que presentan los clientes comprende una dificultad a la que se suman intentos reiterados para superarla.

Después de lograr una descripción del problema, el terapeuta busca soluciones eficaces para orientar la conversación hacia aquello que funciona.

ψ *PROCESO TERAPEUTICO*

Según de Shazer (1987) dentro de una sesión terapéutica se pueden diferenciar las siguientes etapas:

PLANIFICACIÓN PREVIA A LA SESION	El equipo compara los datos que conoce con otros casos que incluyan elementos similares a la familia o paciente que solicita consulta.
PRELUDIO	El terapeuta recoge información de manera espontánea para evaluar el motivo de consulta centrándose en el contexto social.
RECOLECCION DE DATOS	El terapeuta procede a preguntar al paciente el motivo por el cual asiste a terapia. Se usa una técnica de diagramación que incluye tanto las secuencias de conducta como los encuadres y las intervenciones que se van desarrollando. El terapeuta contribuirá a que el paciente se fije una meta o metas para la terapia que puedan ayudar a focalizar las tareas.
PAUSA PARA LA CONSULTA-DISEÑO DE LA INTERVENCION	Consta de dos partes: el elogio (alabanzas dadas a la familia basadas en el reencuadre del mapa) el indicio (invención de la tarea).
TRANSMISIÓN DEL MENSAJE	Una vez que el terapeuta se sienta seguro que la familia ha aceptado el elogio, continúa desarrollando el indicio, tras lo cual se proporciona un tiempo para aclarar las sugerencias y reaccionar ante el mensaje total.
ESTUDIO POSTERIOR	El equipo indicará qué ha observado en la respuesta de la familia frente al elogio y al indicio. El equipo predecirá la probabilidad de que la familia dé cuenta de ciertos cambios en la pauta o muestre algunos cambios en la siguiente sesión.

ψ *ROL DEL TERAPEUTA*

El terapeuta actúa sólo para suscitar en el paciente aquellas características que le dan a la solución un singular toque personal. Se esfuerza por cooperar con los pacientes que acuden en busca de tratamiento. Se plantea que el terapeuta es el experto y asume una

responsabilidad mayor por el tipo de relación que se desarrolla con el paciente. (Kim Berg y Miller, 1992)

Ayuda a crear una realidad determinada por medio de las preguntas que formula a los clientes.

No acepta la creencia de que en los individuos, relaciones o familias, los síntomas cumplen determinadas funciones. Centra su atención en los aspectos cambiantes y cambiables de la experiencia de los clientes. Participa en la cocreación del cliente a través de preguntas que generan información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos. Se halla orientado a la negociación de un problema resoluble con los clientes. (Kim Berg y Miller, 1992)

ψ **TECNICAS DE INTERVENCION**

El proceso de entrevista es considerado una intervención, es decir, mediante el uso de preguntas presuposicionales, los clientes pueden experimentar cambios importantes en la forma de ver su situación.

Las preguntas que se formulan tienen una finalidad, dependiendo de la información que se desea obtener del cliente. En la siguiente tabla se muestran las diferentes preguntas que se pueden realizar durante el proceso terapéutico:

PREGUNTAS QUE DESTACAN EL CAMBIO PREVIO A LA SESION	
¿CÓMO SE LAS ARREGLÓ PARA DEJAR DE PELEAR CON SU ESPOSO DESPUES DE QUE LLAMÓ PARA VENIR?	Por medio de esta pregunta el terapeuta explora los posibles cambios producidos antes de la primera sesión.
PREGUNTAS SOBRE EL PROBLEMA	
¿CUAL CONSIDERAS QUE ES EL PROBLEMA?	Se explora la opinión que tiene el paciente con respecto a la dolencia que lleva a consulta.
PREGUNTAS PARA ESTABLECER LA META	
¿CUÁL SERÁ LA PRIMERA SEÑAL DE QUE LAS COSAS VAN POR BUEN CAMINO?	Esta pregunta permite al terapeuta identificar la o las metas del paciente.
PREGUNTAS PARA IDENTIFICAR EXCEPCIONES	
¿QUÉ ES DIFERENTE EN LAS OCASIONES QUE NO OCURRE EL PROBLEMA?	Esta pregunta permite que el paciente identifique los momentos en que el problema no está presente como forma de establecer una excepción.
PREGUNTAS USANDO ESCALAS	

<p>DIGAMOS QUE 10 SIGNIFICA QUE HA RESUELTO SU PROBLEMA Y 1 SIGNIFICA COMO ESTABAN MAL LAS COSAS CUANDO LLEGO AQUI, DONDE DIRÍA USTED QUE ESTÁ EL PROBLEMA HOY?</p>	<p>El terapeuta busca que el paciente identifique los cambios alcanzados durante el proceso terapéutico y la resolución del problema inicial de consulta.</p>
<p>PREGUNTAS PRESUPOSICIONALES</p>	
<p>¿ QUE ES DIFERENTE EN LAS OCASIONES EN QUE...?</p>	<p>Se exploran cada una de las diferencias existentes entre los momentos problemáticos y los no problemáticos.</p>
<p>¿ COMO CONSEGUISTE QUE SUCEDIERA?</p>	<p>Esta pregunta reúne información sobre lo que ha hecho el cliente para superar el problema. Esto aporta claridad tanto para el terapeuta como para los clientes.</p>
<p>¿ DE QUE MANERA EL QUE... HACE QUE LAS COSAS VAYAN DE OTRA FORMA?</p>	<p>Esta pregunta sugiere que hay una conexión entre las cosas positivas que suceden en un área de la vida de una persona y las que suceden en otras áreas.</p>
<p>¿ QUIEN MAS ADVIRTIO QUE...? ¿COMO PUEDES SABER QUE SE DIO CUENTA, QUE HIZO O DIJO?</p>	<p>Esta pregunta tiene un impacto similar al de la anterior. Además se recibe información acerca de cuáles conductas de otras personas resultan agradables.</p>
<p>¿ COMO CONSEGUISTE QUE DEJARA DE...? ¿ COMO CONSEGUISTE QUE DEJARA LA PELEA?</p>	<p>La atención de los clientes está centrada en la pelea, no en las causas del acuerdo o la tranquilidad subsiguiente.</p>
<p>¿ DE QUE MANERA ES ESTO DIFERENTE DE LA FORMA EN QUE LO HUBIERAS MANEJADO HACE... (UNA SEMANA, UN MES, ETC.)</p>	<p>Desde el punto de vista clínico, establecer la distinción es un paso inapreciable en la construcción de soluciones, ya que es más probable que las conductas que favorecen las soluciones sean advertidas por los clientes.</p>
<p>¿ QUE HACES PARA DIVERTIRTE? ¿CUALES SON TUS AFICIONES O INTERESES?</p>	<p>Con esta pregunta se busca en otros contextos de la vida del cliente las capacidades y el "saber cómo hacer" que se necesita para resolver su problema.</p>
<p>¿ HAS TENIDO ALGUNA VEZ ESTA DIFICULTAD ANTERIORMENTE? ¿ COMO LA RESOLVISTE ENTONCES? ¿QUE TENDRIAS QUE HACER PARA CONSEGUIR QUE ESO VOLVIERA A SUCEDER?</p>	<p>Con esta pregunta se investigan las soluciones pasadas para la dificultad presente, ya que a veces lo único que el cliente necesita hacer es volver a aplicar una solución conocida.</p>

NORMALIZAR Y DESPATOLOGIZAR

- Considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano. Se hacen comentarios como: "bueno, eso es muy comprensible"
- Interrumpir la descripción que el cliente hace de una situación y proceder a terminar la historia con algunos detalles sacados del trabajo con otras personas y de la propia experiencia en situaciones similares.

PREGUNTA DEL MILAGRO

- Se pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Se pregunta: "supón que sucede un milagro y te despiertas mañana y tu problema está resuelto, ¿que será diferente?"

BUSCAR RECURSOS Y SOLUCIONES COMO "MAS DE LO MISMO"

- Cuando el hecho de rastrear excepciones, soluciones y un futuro sin problemas produce la sensación de estar nadando contra corriente, se cambia de dirección y se centra en el problema o se adopta una actitud pesimista y se observa qué ocurre.

A continuación se presentan una serie de técnicas utilizadas en este modelo:

INTERVENCION	DESCRIPCION
Intervención sobre el patrón de la queja.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar la frecuencia o tasa de la queja. • Cambiar el horario de ejecución de la queja. • Cambiar la duración de la queja. • Cambiar el lugar en que se produce la queja. • Añadir (al menos) un elemento nuevo al patrón de la queja. • Cambiar la secuencia de elementos /eventos en el patrón de la queja. • Descomponer el patrón de la queja en piezas o elementos más pequeños. • Unir la realización de la queja a la de alguna actividad gravosa.
Intervención sobre el patrón del contexto.	<p>Modificar patrones que no tienen que ver directamente con la realización de la queja. Pedir descripciones de las acciones e interacciones no relacionadas directamente con la queja y alterar aquellas que parecen acompañarla habitualmente.</p>
Tarea de fórmula	<p>Con esta tarea el paciente se dedica a buscar cosas positivas y probablemente descubra cosas que quieren que continúen. (O´Hanlon y Weiner- Davis,1989)</p>

ψ **CONSIDERACIONES FINALES**

Este modelo enfatiza la importancia de identificar y ampliar los recursos que tiene el cliente para solucionar su problema. No se habla de síntomas ni de pacientes identificados, sino de las

excepciones al problema. Aquí existe una diferencia con respecto al Modelo de Terapia Breve. Mientras éste busca cambiar los intentos de solución al problema, el Modelo de Soluciones se focaliza en las excepciones, en una vida sin el problema. No se habla de lo que se ha hecho para solucionarlo, sino de cómo sería la situación si no existiese la problemática.

Es un modelo con un enfoque muy positivo, en el que a través de preguntas el terapeuta facilita la creación a través del lenguaje de nuevos significados del problema.

Por su estructura y técnicas flexibles, considero que puede ser usado para cualquier tipo de problemática.

2.1.2.5. Modelo de Milán

ψ ANTECEDENTES DEL MODELO

Un antecedente importante de este modelo son los estudios sobre la esquizofrenia del Grupo de Palo Alto, basada específicamente en la teoría de los tipos lógicos de Russell, lo que llevó a la formulación de la teoría de doble vínculo como comunicación paradójica observada con la mayor frecuencia en familias con pacientes esquizofrénicos. (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata 1988)

Otro antecedente de este modelo lo constituye el estudio de la comunicación de Watzlawick, Beavin y Jackson quienes publicaron en 1967 un libro titulado "Pragmática de la comunicación humana" El aspecto central de esta obra consiste en ofrecer los instrumentos adecuados para el análisis de la comunicación, que son: el concepto de contexto como matriz de los significados, la coexistencia, en el hombre, de dos lenguajes (analógico, digital); el concepto de necesidad de definición de la relación y los distintos niveles verbales y no verbales sobre los que puede darse tal definición; los conceptos de complementariedad y de posición simétrica y los conceptos fundamentales de paradoja sintomática y paradoja terapéutica. (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata 1988)

ψ CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

El Modelo de Milán es un patrón de práctica clínica que fue desarrollado por un grupo de cuatro psiquiatras psicoanalistas en el Centro per lo Studio della Famiglia en Milán, Italia.

Su atención en terapia fue identificar el presente, aquí y ahora, patrones de interacción que fueran repetitivos y redundantes. El equipo de Milán planeó intervenciones que fueron formuladas para romper el patrón contradictorio para que la familia pudiera estar libre al cambio. Esto fue logrado introduciendo algo que fuera en contra o se opusiera a la paradoja familiar. (Tomm, 1984)

El foco es siempre identificar patrones circulares que son característicos de la retroalimentación cibernética. El Modelo de Milán incluye la hipótesis de que el terapeuta es también parte del patrón que él o ella está observando. (Tomm, 1984)

Por otro lado se asume que los patrones familiares de comportamiento se desarrollan a través de ensayo y error. Subsecuentemente los participantes en la situación pueden construir una "realidad social" para describir y explicar el patrón que ha evolucionado. Esta construcción de la realidad toma lugar a través del proceso de interacción comunicativa entre los miembros del sistema. Significados consensuales son asignados a comportamientos y eventos específicos y a los patrones que los conectan. Una vez creada, esta realidad se convierte en el mapa que canaliza las acciones de los miembros de la familia a lo largo de patrones redundantes. Estos mapas conducen los patrones de acción. (Tomm, 1984)

Desde la perspectiva del Modelo de Milán, los principios básicos de una entrevista son (Tomm, 1984):

- **Hipótesis:** Explicaciones tentativas sobre el funcionamiento familiar que el equipo terapéutico elabora con el propósito de seleccionar y ordenar dentro de un marco de referencia la información recabada durante la sesión. Las preguntas que se hacen en la sesión deben ser guiadas por una hipótesis. Esta suposición se conforma tanto con la comunicación verbal como con la no verbal.
- **Neutralidad:** Es la actitud de respeto, aceptación, curiosidad e incluso admiración que muestra el terapeuta hacia todos los miembros de la familia, a sus creencias, valores y opiniones. Es una maniobra técnica que le permite alcanzar el mismo grado de proximidad y distancia con todos e impide ser arrastrado hacia el juego familiar
- **Circularidad:** Es la capacidad del terapeuta para la búsqueda de información acerca de las relaciones, de las diferencias y el cambio en la familia. Con el cuestionamiento circular se confirma o rechaza la hipótesis planteada. Se fundamenta en la idea de que las personas se conectan entre sí a lo largo del tiempo según pautas particulares.

ψ *EVALUACION*

Se basa en la causalidad circular que propone un punto de vista más complejo del síntoma y su contexto.

Para facilitar la orientación circular cuando se describen conductas o interacciones, se sustituye el verbo "ser" por el verbo "mostrar". (Ochoa, 1995).

ψ *PROCESO TERAPEUTICO*

Una de las contribuciones más significativas del Modelo de Milán ha sido la introducción del ritual de la sesión en cinco partes y que incluye: (Tomm, 1984)

LA PRESESIÓN	Se establece la hipótesis sobre el proceso como guía de las preguntas a realizar.
LA ENTREVISTA	Generalmente dura una hora. Los terapeutas guían la conversación y solicitan información a la familia. Además de datos concretos, se observa el modo en que se suministra la información: su estilo interaccional. Se observan las secuencias de comportamiento verbales y no verbales y las redundancias que indican reglas secretas.
LA INTERSESIÓN	Los terapeutas se reúnen con el equipo, discuten la sesión y deciden como concluirla. Se realiza una discusión a profundidad con la cual se elabora una intervención o un mensaje que es enviado a la familia ya sea de forma verbal o por escrito. Es una etapa de intensa lluvia de ideas.
LA INTERVENCIÓN	Los terapeutas regresan con la familia para concluir la sesión con un breve comentario o prescripción muchas veces de tipo paradójico. Generalmente se hace uso del elemento sorpresa. Hay mínima interacción o discusión en esta fase.
LA POSTSESIÓN	El equipo y los terapeutas se reúnen nuevamente para discutir las reacciones observadas en el cierre de la sesión. Se formulan previsiones y se redacta un acta de la sesión

ψ **ROL DEL TERAPEUTA**

El terapeuta mantiene un estado de curiosidad, respeto y aceptación. Respeta la postura de cada uno de los miembros de la familia. Facilita la intervención de puntos de vista alternativos. No adopta una postura de instruir a la familia. Pone de manifiesto las pautas de interacción de la familia. Se conduce con responsabilidad sin tomar en cuenta el rol de controlador social. Se mantiene atento a su propio aburrimiento y experiencia psicósomática. Utiliza metáforas y el verbo "mostrar". Facilita la creación del contexto terapéutico. Adopta una metaposición con relación a cada miembro como individuo, a sus patrones y a sus creencias. Se mantiene neutral sin ser distante, frío e inactivo. Acepta la versión de la familia mediante la escucha. Rechaza en otro nivel mediante las preguntas. Persigue el metacambio de la familia: el cambio en la habilidad de la familia para cambiar. (Tomm, 1984)

ψ **TECNICAS DE INTERVENCION**

Las intervenciones más comunes utilizadas en este modelo son las siguientes. (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1988)

INTERVENCION	DESCRIPCION
La connotación positiva	Es referirse positivamente tanto al síntoma del paciente identificado como a los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia. Se pone a todos los miembros al mismo nivel y se evitan las alianzas.
Los rituales	Consiste en prescribir rituales a la familia ya sea para realizarse una sola vez o de forma repetitiva. Se trata de una acción o una serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales. Deben participar todos los miembros de la familia, y ser precisado por el terapeuta de preferencia por escrito. Se cambian las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar.
La declaración de impotencia por parte de los terapeutas	Consiste en que el terapeuta cambie su posición en la relación, es decir, en definir la relación declarando la propia impotencia, con lo cual toma en sus manos el control de la situación.
Recuperar a los ausentes	Consiste en agregar una sexta parte a la sesión, la conclusión de la sesión, la cual se realiza en el domicilio de la familia y estando todos reunidos. Esta es una forma de "hacer presente" al miembro ausente. Esta intervención implica aceptar el reto de la familia y mostrarnos crédulos de los motivos expuestos para la ausencia, pero estar atentos de todo lo que sucede en la sesión.
Prescripciones directas	Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas por intervenciones directas. (Ochoa, 1995)
Cuestionamiento Circular	Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar
Prescripciones paradójicas	Prescriben la secuencia patológica connotada positivamente. Se utilizan cuando la situación tiene un orden y secuencias rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias. (Ochoa, 1995)

ψ **CONSIDERACIONES FINALES**

Como aspecto positivo de este modelo está el uso del cuestionamiento circular, que permite incluir a todos los miembros de la familia en el sistema terapéutico, además que ayuda al terapeuta a identificar las pautas de interacción que mantienen el problema.

El principio de neutralidad es muy importante, ya que con ello, el terapeuta no construye alianzas con ningún miembro de la familia, sino que se permite escucharlos a todos con el mismo interés.

El concepto de curiosidad que usan los autores de este modelo, también es relevante. Los terapeutas permanentemente debemos indagar en el problema, cuestionar y hacer preguntas a los clientes.

Una desventaja que observo de este modelo es el uso de la técnica de los rituales. Creo que con no todas las familias puede funcionar y hay que tener cuidado en eso. Por otro lado, no necesariamente debemos entrar a sesión con una hipótesis de trabajo. A veces se pueden ir formulando a medida que se va escuchando a la familia. En este aspecto particular, lo considero un poco rígido.

2.1.2.6. Post-Milán

Desde 1980, Boscolo y Cecchin continuaron desarrollando nuevos métodos de entrenamiento mientras Selvini y Prata se dedicaron a nuevas investigaciones. En ese sentido, este grupo se ha orientado a los efectos de una sola intervención sustentada, la llamada prescripción "invariante" o "universal". Esta labor cuando es llevada a cabo cuidadosamente a la medida para encajar en cada familia y aplicada repetitivamente, parece tener un efecto poderoso para introducir un salto intergeneracional claro y estable en la familia. Las bases teóricas de esta intervención surgen de las ideas de Ashby (1954) quien considera que una fuerte y estable conexión en un sistema continuamente cambiante resulta en la ruptura de otros patrones repetitivos conectados a ese punto. En otras palabras, las alianzas anteriores y coaliciones a través de generaciones son desbaratadas por la redundancia de unión paternal. En algún modo esta intervención parece algo estructural e implica un modelo de normalidad. En las manos de Selvini y Prata estas intervenciones parecen haber logrado resultados gratificantes con algunas familias muy difíciles. (Tomm, 1984)

Boscolo y Cecchin diferían de Selvini y Prata en algunos aspectos. Cuestionaban la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o de patología. Además cuestionaban la utilidad de continuar reapplicando la misma intervención. Si una intervención trabaja una vez, puede no trabajar de nuevo con la misma familia o con cualquier otra familia. Boscolo y Cecchin prefirieron mantener una visión flexible, tratando de estimular a la familia a explorar una variedad de alternativas a la solución sintomática que la familia adopta en el curso de su evolución. (Tomm, 1984)

ψ *CONSIDERACIONES FINALES*

Estoy de acuerdo con los autores en el cuestionamiento hacia los conceptos de normalidad y patología. La Psicología tradicional tiende a etiquetar a los pacientes; estos nuevos enfoques permiten cambiar la visión hacia otras formas de ver a los pacientes y su problemática. Los síntomas no surgen del individuo, sino de su interacción con los demás.

TERAPIAS POSMODERNAS

A continuación se hace una presentación de los modelos conocidos como "posmodernos", ya que con estas perspectivas se busca generar un espacio en el que se pueden coconstruir múltiples discursos alternativos al discurso principal y problemático con el que llega la familia a terapia.

2.1.2.7. Modelo Narrativo

ψ *ANTECEDENTES*

Una influencia del Modelo Narrativo, son los escritos de Bateson, quien aplicó la cibernética a las ciencias sociales y elaboró una nueva visión de la "mente". Las contribuciones claves de Bateson incluyen la importancia que tiene la epistemología en el proceso de "cómo

sabemos lo que sabemos", la importancia de las "diferencias básicas que hacen una diferencia" en los sistemas vivos y de las "pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas". En este sentido, Bateson afirma que la comprensión que tenemos de un hecho, o el significado que le atribuimos está determinada y restringida por su contexto receptor, es decir, por la red de premisas y supuestos que constituyen nuestros mapas del mundo. Por otro lado, toda información es necesariamente la "noticia de una diferencia" y que es la percepción de la diferencia lo que desencadena todas las nuevas respuestas en los sistemas vivos. (White, 1989)

Otra fuente de inspiración de este Modelo es Michael Foucault, historiador y filósofo francés, que desarrolló un análisis de la aparición de la medicina moderna en la cultura occidental. Foucault descubre cómo los sistemas de conocimiento pueden llegar a ser opresivos al transformar a las personas en sujetos "deshumanizados" mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada.

Otros aspectos del pensamiento de Foucault son el poder y el conocimiento. Este autor señala que el ser humano experimenta los efectos positivos y constitutivos del poder, que está sujeto al poder por medio de "verdades" normalizadoras que configuran su vida y sus relaciones. (Foucault, 1989 en White y Epston, 1993)

Un último antecedente del Modelo es el trabajo realizado por Humberto Maturana quien ofrece una explicación de cómo surge la mente a través de la interacción humana y del empleo del lenguaje. La "mente no está en el cerebro", sino que surge de la interacción lingüística que se establece entre los actores humanos. (White, 1989).

ψ *CARACTERISTICAS DEL MODELO*

El Modelo Narrativo en vez de proponer que cierta estructura subyacente o disfunción de la familia determina el comportamiento y las interacciones de sus miembros, sostiene que es el significado que los miembros atribuyen a los hechos lo que determina su comportamiento. (White, 1989)

Se insiste en la idea de que las personas tienen experiencias vividas y que solo una parte de dichas experiencias puede relatarse y expresarse en un determinado momento y que otra inevitablemente queda fuera del relato dominante acerca de la vida y relaciones de las personas. Estos aspectos se han denominado "acontecimientos extraordinarios", que incluyen sucesos, sentimientos, intenciones, pensamientos, acciones, etc., que tienen una localización histórica, presente o futura y que el relato dominante no puede incorporar. (White, 1989)

White (1989) habla de la deconstrucción, la cual propone que la vida de las personas está modelada por el significado que asignan a su experiencia dentro de las estructuras sociales y del lenguaje del yo y de su relación. Dicha perspectiva es contraria a otras dentro de la psicoterapia, es decir, diferente a la perspectiva estructuralista (la conducta refleja la estructura del espíritu) y a la perspectiva funcionalista (la conducta sirve a los fines del sistema).

El autor hace una diferenciación entre las metáforas narrativas y las metáforas de conversación y lingüísticas, mencionando la importancia de las primeras dentro del modelo. En ese sentido, hace mención de Bruner (1986) quien propone la idea de que las historias están compuestas de panoramas duales: un panorama de acción y un panorama de conciencia.

Para Bruner, 1986 el panorama de acción está constituido por hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas específicas. El panorama de conciencia está integrado por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y también por las interpretaciones del lector cuando éste penetra en la conciencia de esos personajes.

A raíz de estos conceptos, White (1989) plantea que si hay identidad entre la estructura de los textos y la estructura de la historia o relatos que cuentan las personas y si el terapeuta se interesa por la constitución de la vida a través de las historias, se podrían considerar los detalles de la manera en que las personas viven sus vidas en los panoramas de acción y los panoramas de conciencia.

ψ *EVALUACION*

El terapeuta explora el significado que los miembros de la familia atribuyen a los hechos que determinan el mantenimiento del problema.

ψ *PROCESO TERAPEUTICO*

Más que hablar de etapas del proceso terapéutico en este modelo, se podría hablar de la posibilidad del terapeuta de identificar los logros aislados que tiene la familia con referencia al problema. Las preguntas formuladas para tal fin descubren lagunas en el conocimiento que tienen de sí mismos, de los demás y de sus relaciones.

Al haber identificado los logros aislados el terapeuta:

- Sitúa el logro aislado dentro del contexto de algún patrón de hechos y deriva así una explicación única.
- Asigna significación o sentido a las explicaciones únicas y deriva de ellas redescripciones únicas del sí mismo, de los demás y de sus relaciones.
- Especula sobre hechos futuros vinculados con las redescripciones únicas y deriva así posibilidades únicas. (White, 1989)

ψ *ROL DEL TERAPEUTA*

El terapeuta anima a las personas a situar el logro aislado dentro del contexto de algún patrón de hechos y derivando así una explicación única. Se asignan significaciones o sentidos a estas explicaciones únicas y se derivan así de ellas "redescripciones únicas" del sí mismo, de los demás y de sus relaciones. Estas explicaciones, redescripciones y posibilidades se hacen derivar dentro del sistema terapéutico y no son impuestas por el terapeuta.

El terapeuta contribuye a crear la buena disposición del sistema terapéutico mediante la introducción de un nuevo libro de códigos

que establezcan contradicciones y provoque un "relajamiento" de la red de supuestos de la familia. (White, 1989)

El terapeuta puede poner en tela de juicio la idea de que posee una explicación objetiva y sin prejuicios de la realidad y puede hacer dudar de la posibilidad de que las personas estén sometidas a la imposición de ideas, alentando a dichas personas a interpretarlo sobre la entrevista misma. Como resultado de esto, el terapeuta es capaz de deconstruir y sus respuestas pues situarlas dentro del contexto de su propia experiencia personal. (White, 1989)

ψ *TECNICAS DE INTERVENCION*

La externalización del problema es una técnica de intervención por excelencia de este modelo.

Consiste en la formulación de preguntas de influencia relativa que incitan a los miembros de una familia a derivar dos descripciones diferentes de su relación con el problema que presentan en la terapia. La primera se refiere a una descripción de la influencia que el problema tiene en la vida y en las relaciones de los miembros de la familia; la segunda es una descripción de la influencia que los miembros de la familia y sus relaciones tienen en la persistencia del problema mismo. (White, 1989)

ψ *CONSIDERACIONES FINALES*

Este modelo tiene como aspecto positivo, el énfasis en la búsqueda del significado o los significados de los problemas. A través del lenguaje, el paciente es capaz de construir nuevos significados y realidades. La técnica de la externalización, permite que el paciente se de cuenta que el problema no está en él, sino que ejerce algún tipo de influencia sobre él.

Se dejan de lado los conceptos estructurales, para dar paso a la deconstrucción, uso de metáforas y la redescrición de la realidad del paciente y de sus relaciones.

El terapeuta no se muestra como un experto, sino como un colaborador en la búsqueda de narraciones alternativas.

2.1.2.8. Modelo Colaborativo

ψ *ANTECEDENTES*

Harlene Anderson y Harold Goolishian fueron los que iniciaron el desarrollo del enfoque colaborativo. Se retoma la metáfora de la narrativa, el poder del lenguaje y de las historias con que la gente se sostiene a sí mismo.

Comenzaron a trabajar formalmente desde 1977, con la fundación del Galveston Family Institute. Inicialmente, su trabajo estaba influenciado por el trabajo sobre comunicación humana del grupo de Palo Alto, sin embargo, su acercamiento a la obra de Humberto Maturana sobre la biología del lenguaje, al construccionismo social y a la hermenéutica, propiciaron que se cuestionaran las premisas que sustentaban el pensamiento sistémico cibernético. Es así como de considerar al lenguaje como una función o como una herramienta

semejante a la retórica, comenzaron a considerarlo como un evento generativo, como la esencia del diálogo, y por ende, del proceso terapéutico.

Surge así la posibilidad de considerar los "problemas psicológicos" en contexto, no como manifestaciones de características internas, sino como pautas de interacción. (Anderson, 1999)

ψ *CARACTERISTICAS DEL MODELO*

Este modelo sostiene que el conocimiento, el lenguaje y las relaciones interpersonales son ámbitos inseparables. El conocimiento es relacional (se crea y transforma en el intercambio social) y el lenguaje es generativo, conforma nuestras vidas y relaciones. (Anderson, 1997)

Estas premisas se expresan en una analogía: la terapia como conversación. La terapia es una relación en y a través del lenguaje. Esta analogía señala entre otras cosas el rol del terapeuta, las características del proceso y los miembros del sistema terapéutico.

La terapia puede describirse como un hacer que se hace inteligible dentro de un marco del pensamiento. Cada marco constituye un mundo particular de acción y existencia que crea terapeutas diferentes que ven a personas diferentes por razones diferentes. (Goolishian y Anderson, 1992 en Ibarra, 2004)

Para Anderson, 1997 la terapia es una conversación /diálogo entre y dentro de un cliente y un terapeuta. La conversación es considerada como un proceso generativo en el cual emergen nuevos sentido, diferentes maneras de entender, explicar y puntuar las experiencias vividas.

La terapia consiste en encontrar formas nuevas de dialogar acerca de las partes de las historias de los clientes. El objetivo no es describir conocimiento o información, sino crear un sentido y una comprensión. (Anderson, 1997)

Para el terapeuta colaborativo un "problema" no es una entidad objetiva y localizable. Por el contrario, hay tantas definiciones de problema como conversaciones en torno a él.

Los integrantes del sistema terapéutico son las personas que están en conversación sobre el problema.

La aproximación colaborativa se pregunta sobre la influencia que ejerce el conocimiento en las relaciones interpersonales y viceversa. El proceso terapéutico se acerca a las características de una conversación cotidiana.

En gran medida cualquier descripción o explicación depende del observador y cada persona que describa la misma situación tendrá su propia versión. Ninguna descripción será mejor que las demás; todas son igualmente válidas. Cada persona tiene una percepción de la situación a la que ella pertenece. Esta percepción es la "realidad" de la persona. "Realidad" existe sólo como la "realidad" del que la percibe. (Andersen, 1991)

Se puede ver al sistema del problema creado como un escenario en el que muchos pueden verse. Cada uno de ellos tiene una tendencia a quedarse prendido de una descripción del problema, tiene una explicación y un significado de cómo resolverlo. Cuando cada uno de los que se encuentra en la situación tiene significados que son en parte diferentes de los de los demás, pueden emerger nuevos significados si éstos son intercambiados en conversaciones. Si no existe la conversación, los significados tienden a no modificarse. (Andersen, 1991)

ψ *EVALUACION*

Los problemas con que se enfrenta el terapeuta son acciones que expresan las narraciones de tal modo que disminuyen el sentido de mediación y liberación personal

ψ *ROL DEL TERAPEUTA*

El terapeuta es un participante más dentro de la red conversacional. El tipo de participación del terapeuta se ha descrito como una postura filosófica: una forma de ser en relación con el otro, es también una postura de reflexión sobre los conocimientos. (Anderson, 1997)

Muestra una actitud de respeto, curiosidad y apertura. Desde esta postura el terapeuta participa en una exploración compartida.

De acuerdo a estos aspectos la escucha del terapeuta se puede considerar de carácter informativo, va encaminada a develar un estado de cosas. Las expresiones del terapeuta revelan al paciente la naturaleza real del problema y dictan las acciones pertinentes. (Anderson, 1997)

ψ *TECNICAS DE INTERVENCION*

En el modelo colaborativo, al establecerse una "conversación terapéutica" (Anderson, 1997), las técnicas usadas por el terapeuta están encaminadas a la formulación de preguntas, ya que son las herramientas del conocimiento del terapeuta. Desarrollan responsabilidad y una escucha activa, atendiendo las necesidades del cliente, y tratan de comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser

Cada pregunta viene de una honesta y continua postura terapéutica de no entendimiento, de no saber. Las preguntas no son generadas por una técnica. Esta posición sugiere que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del cliente. (Anderson, 1997)

ψ *CONSIDERACIONES FINALES*

Pienso que en este modelo el aspecto más importante es el uso de la conversación y el lenguaje dentro del proceso terapéutico, para describir las distintas historias que se generan en la realidad del paciente.

La postura igualitaria del terapeuta con respecto al paciente, también es significativa; para mí es importante mostrarme de esa forma porque así el paciente se siente en un ambiente de mayor confianza.

En lo que estoy en desacuerdo con este modelo, es que se compare con una conversación cotidiana, porque puede llegar a perder el sentido terapéutico.

2.1.2.9. Equipo Reflexivo

ψ ANTECEDENTES

Esta modalidad de trabajo para la práctica y el entrenamiento en terapia ha sido introducida por Tom Andersen, quien tomó algunas pautas de los trabajos realizados en el Instituto Ackerman de Nueva York y del Instituto de la Familia de Galveston, Texas, en lo que respecta al cuidado, respeto e integridad que tienen para con las familias.

Los antecedentes del Equipo Reflexivo se encuentran en el Modelo de Milán, en las aportaciones de Gregory Bateson y en las ideas de Humberto Maturana sobre la relación paciente-terapeuta, donde éste último indica que es el paciente quien forma su realidad, realizando un cuadro de lo que conocen de ésta y de su actitud ante el mundo. (Martínez, 2004)

ψ CARACTERÍSTICAS DEL MODELO

De acuerdo con Andersen (Beltrán, 2004), el trabajo con equipo reflexivo (como él empezó a denominarlo en 1985) surgió aproximadamente en 1984. En 1987 publica su artículo "El equipo reflexivo: diálogo en metadiálogo en el trabajo clínico" y con ello dio a conocer una concepción muy diferente acerca de la participación de los miembros del equipo en la terapia.

El equipo reflexivo consiste en observar y escuchar atentamente un diálogo determinado, por ejemplo, una sesión de terapia. Luego quienes dialogan (llamado "sistema participante") hacen una pausa para escuchar a quienes antes observaban y escuchaban. El equipo reflexivo comparte ideas, preguntas y observaciones referidas a lo observado y escuchado del sistema participante. Cada miembro del equipo comenta en primera persona, sin hacer interpretaciones y cuidando ser respetuoso con quienes escuchan.

El sistema participante tiene la oportunidad de comunicar e intercambiar sus reflexiones en torno a lo dicho por el equipo reflexivo. Ellos pueden acoger o no las reflexiones, darles sentido a unas y no a otras, integrarlas a sus propios relatos de vida o desecharlas totalmente. Esta forma de trabajo pretende facilitar que surja un abanico de visiones, que son presentadas a la familia consultante o al terapeuta. (Maida, A, Molina, M. y del Río, M., 2003)

ψ TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN

Se distinguen dos formas principales de intervención del equipo reflexivo (Licea, Paquetin y Selicoff, 2002). En la primera, los miembros del equipo conversan entre sí sobre aquellos aspectos que les "hizo sentido" del relato del cliente.

La segunda modalidad implica "hacer como si...", esto es, el equipo toma los papeles de los clientes y discuten como si fueran ellos. En

ambas, el equipo se cuida de no juzgar, no interpretar, no hacer contacto con el cliente y, sobre todo, no connotar negativamente. Además de estas dos modalidades, existen muchas otras variantes más, en las que se busca que se hagan reflexiones sobre las reflexiones de las conversaciones, lo que permite una multiplicidad de conversaciones y metaconversaciones.

ψ *CONSIDERACIONES FINALES*

En mi opinión, un aspecto importante de este modelo es el diálogo que realiza el equipo terapéutico con respecto a lo que escucha de los pacientes. Esta es una forma de que el paciente se de cuenta que puede haber alguien que haya pasado por su misma situación. Le permite además tener un abanico de visiones y posibilidades para cambiar su forma de interpretar sus experiencias.

2.1.2.10 .TABLA COMPARATIVA PARA LOS FUNDAMENTOS EPISTEMOLOGICOS DE LOS MODELOS POSMODERNOS

	MODELO ESTRUCTURAL	MODELO ESTRATEGICO	MODELO DE TERAPIA BREVE	MODELO DE SOLUCIONES	MODELO DE MILAN	MODELO NARRATIVO	CC
Teoría General de Sistemas							
1ª. Cibernética							
2da. Cibernética							

2.1.2.11. TABLA COMPARATIVA DE LOS FUNDAMENTOS TEORICOS DE LOS MODELOS SISTEMICOS Y PO

	MODELO ESTRUCTURAL	MODELO ESTRATEGICO	MODELO DE TERAPIA BREVE	MODELO DE SOLUCIONES	MODELO DE MILAN	MODELO NARRATIVO
Teoría de la Comunicación Humana						
Constructivismo						
Construccionismo Social						
Hermenéutica						
Narrativa						
Deconstrucción						

Residencia en Terapia Familiar

2.1.2.12. TABLA COMPARATIVA PARA LA INFLUENCIA DE AUTORES EN LOS MODELOS SISTÉMICOS Y PC

	MODELO ESTRUCTURAL	MODELO ESTRATEGICO	MODELO DE TERAPIA BREVE	MODELO DE SOLUCIONES	MODELO DE MILAN	MODELO NARRATIVO
Gregory Bateson						
Don D. Jackson						
Salvador Minuchin						
Milton Erickson						
Steve De Shazer						
Jay Haley						
Michael White						
Paul Watzlawick						
Arlene Anderson						

2.1.2.13. TABLA COMPARATIVA PARA LAS CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LOS MODELOS

	ESTRUCTURAL	ESTRATEGICO	TERAPIA BREVE	SOLUCIONES	MILAN	NARRATIVO	CO
Objetivo de la terapia	Cambio de la estructura familiar	Definición del poder en la familia	Cambio en el proceso interaccional	Explorar las excepciones y ampliarlas	Modificación del sistema de creencias	Identificar la influencia del problema	Cre esp la c dial
Teoría del cambio	Reequilibrar una nueva estructura	Cambio de secuencias de conducta inadecuadas	Alcanzar un cambio de segundo orden	Ampliar las soluciones eficaces. Cambios pequeños	Reemplazar el juego familiar por otro menos perjudicial	Situar el logro aislado dentro del contexto del problema	Cre de i nari
Rol del terapeuta	Directivo	Directivo	Directivo	Directivo	Directivo	No directivo	No
Técnicas	Reencuadre, escenificación, coparticipación	Tareas directivas, paradojas, prescripción del síntoma	Prescripción del síntoma, paradojas, tareas directas, reencuadre	Tarea de fórmula, "bola de cristal", normalizar	Prescripción, reencuadre, rituales familiares	Externalización del problema.	Pre: con

Residencia en Terapia Familiar

2.1.2.14. Aproximación hacia la integración de los modelos de intervención sistémicos y los modelos posmodernos

Luego de haber presentado los modelos de intervención más característicos de la Terapia Familiar Sistémica y de la Posmoderna, se puede deducir que existen diferencias en cuanto a los fundamentos epistemológicos y teóricos que sirven como bases para dichos modelos. Sin embargo puede haber puntos en común dirigidos hacia la identificación de los recursos de los pacientes, el énfasis en las interacciones y la construcción de realidades y significados alrededor del problema. Probablemente habrá otros, pero en este apartado considero los que son más importantes.

Cuando hablo de la identificación de los recursos de los pacientes me refiero a que el terapeuta puede acentuar los aspectos positivos que tienen dichos pacientes, hacerlos evidentes y ayudarlos a ponerlos en práctica para ensayar nuevas formas de solución a sus problemas. El cambio no solamente se realizaría por nuevas formas de actuar con respecto al problema o por la creación de nuevas narraciones, además se tendrían nuevas "creencias" en la capacidad para llegar a la solución.

Algunos Modelos Sistémicos enfatizan en que el mantenimiento del problema se produce por la interacción que existe entre el individuo que tiene el problema y sus otros significativos (familia, amigos, etc.). Por su parte, los modelos Posmodernos plantean que el problema se mantiene por la cocreación de realidades a través del lenguaje. Independientemente de cómo sea entendida esta interacción (conducta - lenguaje) el terapeuta busca conocer como ésta influye en la creación del problema. En resumen, las dos corrientes piensan que los "actores" que contribuyen a construir estas realidades son muchos. En un caso hablamos de sistemas que determinan y en el otro de relaciones sociales que avalan o no las construcciones.

Al hablar de construcción de realidades y significados quiero decir que tanto en los modelos Sistémicos como en los Posmodernos se busca que los pacientes creen formas más adecuadas de solucionar los problemas. Esto conduce a pensar que existen otras maneras de abordar y solucionar dichos problemas.

Aún y cuando existan diversos "lentes" por los cuales los terapeutas se aproximen a un fenómeno, observen y conozcan las realidades de los individuos o de las familias, sean de inclinación sistémica o posmoderna; considero que lo más importante es que la labor de un terapeuta tenga que ser siempre la de la búsqueda de soluciones y apoyo a los pacientes. Ya la forma de hacerlo dependerá del tipo de problema, de la persona que acude por ayuda y de las características del terapeuta y de su creencia o no en un modelo de intervención en particular.

III. DESARROLLO Y APLICACION DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

Durante el proceso de formación en la Residencia en Terapia Familiar se desarrollaron y aplicaron habilidades y competencias a través de diversas actividades que se llevaron a cabo en el transcurso del entrenamiento.

En el presente apartado se ofrece una descripción de cada una de ellas:

3.1 Habilidades Clínicas Terapéuticas

Dentro del Perfil de Egreso las Habilidades clínicas, de detección, evaluación sistémica y tratamiento son de especial importancia cuando de práctica clínica se trata. Estas habilidades contemplan lo siguiente:

- I. Capacidad de observación del proceso terapéutico.
- II. Establecer un contacto terapéutico con quienes demandan el servicio.
- III. Entrevistar, generar una relación de colaboración.
- IV. Técnicas de enganche y de alianza terapéutica.
- V. Definir motivos de consulta y demandas terapéuticas.
- VI. Evaluar el tipo de problema y opciones de solución.
- VII. Definir objetivos terapéuticos de manera colaborativa con los usuarios.
- VIII. Identificar necesidades y fuerzas dentro y entre los sistemas.
- IX. Generar y/o aplicar la metodología derivada de los diferentes modelos clínicos para evaluar y tratar las demandas intra e interpersonales de los usuarios.
- X. Formular hipótesis que promuevan el cambio o generen diferentes relaciones
- XI. Evaluar los resultados y terminar el tratamiento.

Durante el entrenamiento en la Residencia se tuvo la oportunidad de recibir supervisión en la sede clínica correspondiente, lo cual permitió aplicar los conceptos y estrategias de cada uno de los modelos terapéuticos de intervención contemplados en el programa.

Las modalidades de trabajo utilizadas en la práctica supervisada fueron la individual, familiar y de pareja y se atendieron a lo largo de los dos años las siguientes problemáticas:

MOTIVO DE CONSULTA	SESIONES	STATUS	SUPERVISOR	TERAPEUTA	MODELO DE TERAPIA
Problemas de aprendizaje	15	Alta	Lic. Alicia Espinoza Dra. Moctezuma	Yazmín Quintero Joaquín Torres	Estructural MRI
Problemas de comunicación entre madre e hija	1	Baja	Mtra. Carolina Díaz Walls	Yazmín Quintero	Estructural
Problemas de conducta en hijo adolescente	6	Baja	Lic. Alicia Espinoza	Lic. Alicia Espinoza Blanca López	Estructural
Establecimiento de límites con los hijos	11	Baja	Mtra. Carolina Díaz Walls	Blanca López	Estructural
Separación	10	Alta	Dr. Raymundo Macías	Dr. Raymundo Macías Erika Trujillo	Integrativo
Problemas en la relación de pareja	8	Baja	Mtra. Carolina Díaz Walls	Erika Trujillo	Estructural
Establecimiento de límites con los hijos	17	Alta	Dr. Raymundo Macías	Blanca López	Integrativo
Problemas de conducta en hijo	13	Alta	Dr. Raymundo Macías	Joaquín Torres	Integrativo
Problemas padre-hija	2	Baja	Dr. Raymundo Macías	Joaquín Torres	Integrativo
Violencia intrafamiliar	20	Alta	Dr. Raymundo Macías	Yazmín Quintero	Integrativo
Problemas de conducta en hijo adolescente	8	Alta	Dr. Raymundo Macías. Lic. Patricia Moreno	Yazmín Quintero	Integrativo MRI
Problemas de pareja y de ansiedad	29	Alta	Lic. Piedad Aladro. Lic. Nora Rentería	Alma Téllez Blanca López	MRI Narrativa
Problemas de establecimiento de límites	23	alta	Lic. Patricia Moreno	Blanca López	MRI
Infidelidad	10	Alta	Lic. Patricia Moreno	Alma Téllez	MRI
Comunicación de la pareja	5	Baja	Dra. Moctezuma	Alma Téllez	MRI
Infidelidad	20	Alta	Dra. Moctezuma	Claudia Navarro	MRI

Adaptación a la vida de pareja	3	Baja	Lic. Patricia Moreno	Claudia Navarro	MRI
Violencia intrafamiliar	20	Baja	Lic. Piedad Aladro Dr. Raymundo Macías	Joaquín Torres Claudia Navarro	MRI
Proceso de duelo	10	Alta	Lic. Nora Rentería	Erika Trujillo	Soluciones
Depresión y sexualidad	1	Baja	Dra. Moctezuma	Blanca López	Soluciones
Problemas de comunicación	4	Baja	Dra. Moctezuma	Blanca López	Soluciones
Problemas de pareja	7	Baja	Dra. Moctezuma	Blanca López	Soluciones
Baja autoestima	15	Alta	Lic. Nora Rentería	Joaquín Torres	Narrativa Y Equipo Reflexivo
Problemas de comunicación y establecimiento de límites	16	Alta	Mtra. Carolina Díaz Walls	Erika Trujillo	Milán
Bajo rendimiento escolar y problemas de conducta de hijos adolescentes	17	Alta	Mtra. Carolina Díaz Walls	Yazmin Quintero	Milán
Problemas de comunicación en la pareja	5	Alta	Mtra. Carolina Díaz Walls	Claudia Navarro	Milán
Problemas de comunicación en la familia	8	Baja	Lic. Nora Rentería	Claudia Navarro	Narrativa y Equipo Reflexivo

Como terapeuta tuve la oportunidad de atender los casos siguientes:

CASOS	MOTIVO DE CONSULTA	No. DE SESIONES	STATUS	SUPERVISOR	MODELO DE TERAPIA
S.R.	Manejo de las relaciones interpersonales	5	Baja	Dr. Raymundo Macías	Modelo Estructural
A.P.	Separación - Divorcio	12	Alta	Lic. Piedad Aladro/Lic. Nora Rentería	MRI y Soluciones
J.Z.	Inseguridad y desconfianza	11	Alta	Lic. Piedad Aladro/ Dra. MaryBlanca Moctezuma	MRI y Soluciones
E.G.	Separación	1	Deserción	Lic. Patricia Moreno	MRI
M.R.	Problemas de comunicación con hijo adolescente	2	Deserción	Dr. Raymundo Macías	Modelo Integrativo
A.Ch	Alteración del estado de ánimo	3	Alta	Dra. Maryblanca Moctezuma	Modelo de Soluciones
M.G.	Problemas de comunicación	9	Alta	Lic. Patricia Moreno	MRI y Soluciones

3.1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta con base en el formato de registro estipulado

A continuación se presentan cuatro de los casos más relevantes en los que participé como terapeuta y que por sus características particulares enriquecieron mi conocimiento profesional y mejoraron mi desarrollo personal.

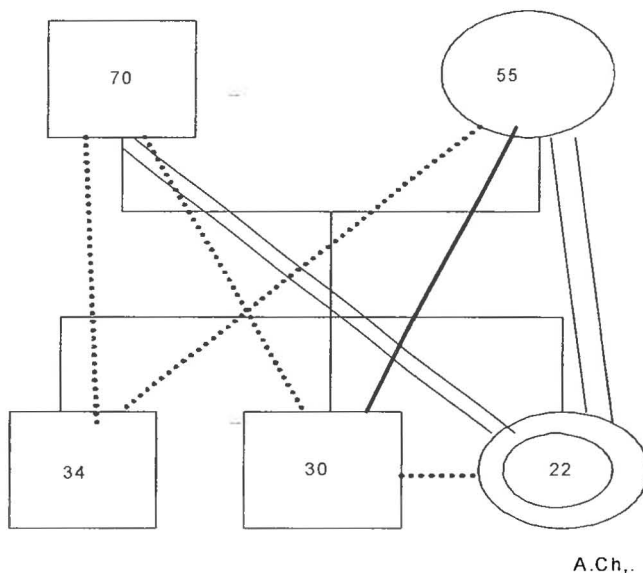
CASO # 1

FAMILIA: A.CH
PERIODO DE ATENCION: 25 de mayo del 2004 al 31 de mayo del 2004.
No. DE SESIONES: 3
MOTIVO DE CONSULTA: Cambio de estado de ánimo como consecuencia de un diagnóstico de fibrosis quística.
MODALIDAD DE TRABAJO: Individual.
MODELO(S) UTILIZADO(S): Modelo de Soluciones.

Descripción de la familia

A.CH. es una joven de 22 años, estudiante del 8vo. semestre de psicología en la UNAM. Es la menor de tres hermanos. Cada uno de ellos tiene 34 y 30 años respectivamente. El hijo mayor es médico. Todos viven juntos.

GENOGRAMA



Antecedentes del problema

A la paciente le diagnosticaron fibrosis quística. A partir de entonces estuvo sometida a un tratamiento con medicamentos e hizo cambios en su alimentación. Por no tener información precisa acerca de su condición presentaba alteraciones de estado de ánimo y falta de concentración en la escuela.

Motivo de consulta

De acuerdo a lo expresado por la paciente, a raíz del diagnóstico de fibrosis quística, surgieron cambios de estado de ánimo y falta de concentración en la escuela.

Objetivos terapéuticos

En conjunto con la paciente se establecieron los siguientes objetivos:

- Explorar la información que tenía la paciente con respecto a la condición de salud que presentaba en ese momento, así como información acerca del tratamiento médico y sus consecuencias.
- Explorar las fantasías y creencias en torno al concepto de salud-enfermedad en su contexto familiar.
- Explorar el sentido de responsabilidad de la paciente en cuanto al seguimiento del tratamiento.

Formulación del plan estratégico

- *Definición del problema de la paciente:* Se pudo obtener información acerca de cambios constantes de estado de ánimo reflejados en tristeza, enojo, desinterés por sus actividades y falta de concentración en la escuela. Por estos cambios de conducta ha tenido problemas con su familia y novio. Anexo a esto se pudo conocer a grandes rasgos, la secuencia de las conductas en torno al problema, las cuales estaban relacionadas con la insistencia y presión de la familia para que la paciente tomara la responsabilidad de su tratamiento. Esta insistencia provocaba en A.Ch. rechazo expresado en frases como: "ya se..." "no me digan lo que tengo que hacer..." "yo se lo que hago"...entre otras; lo cual era recibido por la familia como expresión de rebeldía, quienes tenían respuestas de mayor presión hacia ella.
- *Establecimiento de la meta terapéutica:* Se estableció como punto importante trabajar acerca de la forma de controlar los cambios de estado de ánimo con la finalidad de desarrollar nuevas secuencias de conductas que condujeran a cambios en cuanto a la relación de la paciente con su familia y su novio, a través de proporcionar información acerca de su enfermedad y de las formas de tratamiento y control.
- *Exploración de las excepciones al problema:* Se pudo explorar que la paciente tenía control de su estado de ánimo cuando iba a clases y estaba pendiente de sus materias y cuando estaba con sus amigas, ya que en esas situaciones no pensaba en su enfermedad. Al explorar las excepciones al problema se establece la pauta para que la paciente pueda identificar los recursos que le son útiles para enfrentar el problema cuando éste aparezca nuevamente.
- *Formulación de las estrategias de intervención:* Para este tipo de paciente fue importante explorar las creencias e ideas que tenía en torno al problema, puesto que dependiendo de éstas, así era como se podría estar manteniendo el mismo. Según el Modelo de Soluciones la identificación de las creencias y significados en torno al problema permite establecer la forma como han sido construidas interaccionalmente. En el caso de A.Ch., el significado que para la familia tienen los conceptos de salud y enfermedad influye en la adaptación de la paciente a su condición física y en la concepción de la responsabilidad y cuidados que se debe tener en torno al diagnóstico.

En este sentido la intervención dirigida a la modificación de estas creencias pudo facilitar asumir una postura diferente ante la situación y aprender a desarrollar estrategias para que no siguiera sucediendo.

En la segunda sesión se proporcionó a la paciente información acerca de la fibrosis quística y de los efectos del tratamiento y de cómo los medicamentos pueden influir en el estado de ánimo.

Durante el proceso terapéutico, se realizaron las siguientes intervenciones:

- Normalizar.
- Prescripciones para el cambio (intervención sobre el patrón de la queja)
- Tarea de fórmula.

Evolución del motivo de consulta

La evolución de la paciente en torno a los objetivos planteados al inicio del proceso se puede resumir de la siguiente forma.

Como necesidad principal de la paciente estaba el control del estado de ánimo. Durante el proceso se pudieron observar cambios en este aspecto, al proporcionarle a la paciente información acerca de la fibrosis quística, de los efectos secundarios del tratamiento, así como de la duración del mismo lo que pudo modificar las creencias con relación a su condición y crear así nuevos significados que le permitieran producir un cambio.

Al parecer los miedos que la paciente reportaba tenían más relación con el sentido de responsabilidad para seguir el tratamiento que con los antecedentes de enfermedad en la familia. Por ello fue relevante confrontarla y exponerle que era muy probable que ella estuviese reflejando con alguna actitud o conducta su incapacidad de hacerse cargo de su dieta y tratamiento; y por esa razón su familia estaba muy pendiente. Había que empezar en este sentido a creerse ella misma que podría hacerlo para que su familia no se preocupara tanto.

En vista de que se trataba de trabajar con las creencias de la paciente y el propio sentido de responsabilidad en cuanto al tratamiento que podría redundar en una menor preocupación de su familia y de que no existía otro aspecto para trabajar en terapia, se hizo el cierre del caso.

Este fue un proceso terapéutico muy específico, porque se trataba de proporcionarle a la paciente el sentido de responsabilidad sobre su salud, por ello fue de corto tiempo. Se pudo observar la efectividad que tuvo la aplicación de técnicas y formulación de preguntas propios del modelo supervisado. Como terapeuta me sentí segura de las estrategias que estaba aplicando y de como estaba llevando el proceso. Me di cuenta que cuando se tienen los conceptos claros, se pueden aplicar positivamente. La idea al final de cuentas es beneficiar al paciente con nuestros conocimientos.

CASO # 2

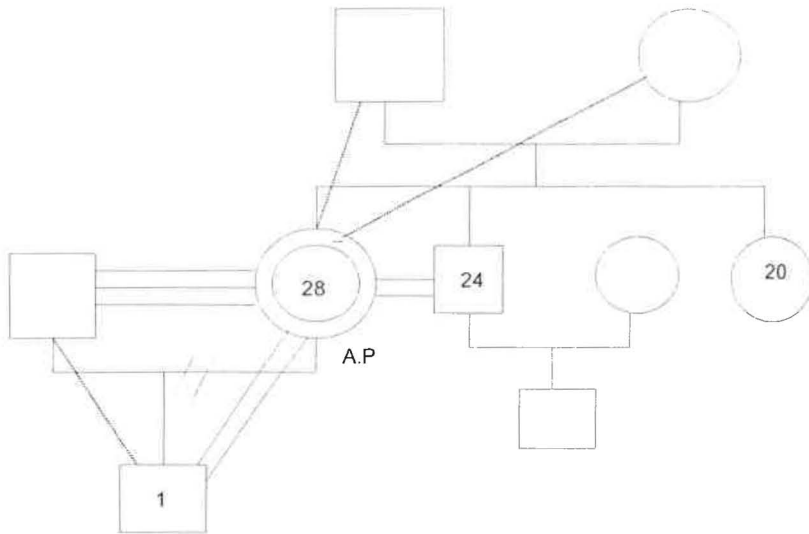
FAMILIA:	A.P
PERIODO DE ATENCION:	14 de marzo del 2003 al 11 de noviembre del 2003
No. DE SESIONES:	12
MOTIVO DE CONSULTA:	Ser firme en la decisión de separarse y de distanciarse de su esposo.
MODALIDAD DE TRABAJO:	Individual. Coterapia
MODELO(S) UTILIZADO(S):	Modelo de Terapia Breve y Modelo de Soluciones.

Descripción de la familia

Se trata de una paciente de 28 años quien después de una relación de 6 años, se separó de su esposo. Tienen un hijo de 1 año. Desde que se casaron vivieron con la familia de origen de ella. Aún luego de la separación, A.P. siguió viviendo

con ellos. La paciente tiene dos hermanos menores. Tanto la hermana menor como A.P. para es fecha vivían en casa de sus padres.

GENOGRAMA:



Antecedentes del problema

La paciente manifestó que conoció a su esposo en la secundaria, y sostuvieron una relación de aproximadamente 6 años, durante los cuales “terminaban” y reiniciaban. Una de las ocasiones en que se separaron fue porque él quería salir con otra persona, y para no salir con las dos terminaron. Pero siempre que se separaban él regresaba, pues decía que la quería.

Mientras fueron novios él la visitaba, iba por ella y tenía atenciones que la hacían sentir que la quería y se interesaba por ella. Como terminaban y regresaban constantemente, sentía que regresaba porque la quería, pero en realidad terminaba con ella porque “andaba con otras”, situación que le corroboró él mismo.

De todo esto, pensaba que su esposo en realidad regresaba por lástima, pero ella quería creer que la quería. Era alentado por un amigo para que estableciera la relación con A.P., pero él no tenía interés en ella.

Durante el tiempo que estuvieron juntos, vivían en casa de los papás de A.P.; la mamá de ésta los ayudaba (no pagaban renta, y les daba regalos en las fechas especiales).

La separación afectó su área familiar, se sentía sola con su hijo y arrimada en una casa que no era suya. En su trabajo estaba de malas, no podía hacer sus actividades, pues sentía que no valía nada.

Motivo de consulta

El motivo de consulta de la paciente fue el proceso de separación conyugal, quería llegar a aceptar que lo mejor era divorciarse, verlo como algo normal y que no le doliera, querer poder ser firme en su decisión porque sentía que en el momento que su esposo volviera a buscarla ella iba a regresar.

Objetivos terapéuticos

La paciente expresó su necesidad de trabajar en los aspectos siguientes:

- Ampliar las redes sociales.
- Explorar las áreas en las que ha podido ser firme y analizar si las herramientas que ha utilizado para serlo en esas situaciones, las pudiera aplicar a su área personal y de pareja.
- Contención emocional para adaptarse a la separación.

Formulación del plan estratégico

- *Definición del problema del paciente:* A raíz de la información obtenida durante la primera sesión, se estableció como problema la dificultad para tomar una decisión firme y poder terminar definitivamente su relación de pareja. Al conocer las secuencias de conducta tanto de la paciente como de su esposo, se pudo explorar lo que mantenía el síntoma.
- *Establecimiento de las soluciones intentadas por el paciente:* La paciente para lograr ser firme en su decisión de separación llevaba a cabo conductas que estaban dirigidas específicamente a decirle a su esposo que agilizará los trámites del divorcio colocándole así la responsabilidad de la separación y no permitía que su hijo saliera solo con su papá. En ocasiones le reclamaba a su esposo que saliera con otras mujeres, lo llamaba por teléfono para preguntarle cuando iba a visitar al hijo y mantenía relaciones sexuales con él. Estas conductas en vez de solucionar el problema lo hacían más difícil. Entendiéndose así que el problema son los intentos que hace la paciente para solucionarlo y no el problema en sí.
- *Establecimiento del impulso central de los esfuerzos realizados:* Con estas conductas de intentos de solución al problema, la paciente tenía el impulso básico de mantenerse finalmente cerca de su esposo, lo cual le daba esperanza de una posible reconciliación y por ende de no ser firme para tomar la decisión de separarse de él.
- *Formulación de las estrategias de intervención:* De acuerdo con el Modelo de Terapia Breve, se planeó trabajar la culpa y la responsabilidad de ambos en lo que a la relación de pareja se refiere. También se planeó trabajar las creencias en cuanto a la idea de que con el divorcio se va a desvincular emocionalmente de su esposo y la referida al concepto que tiene de sí misma.

Por esta razón se estableció una estrategia que fuera opuesta al impulso básico, referida a desarrollar en la paciente una actitud con mayor iniciativa y firmeza dirigida a que fuera ella misma quien agilizará los trámites y pudiera en un momento determinado decirle a su esposo que no quería tener más relaciones sexuales con él.

También se trabajó con ella el aspecto relacionado con su hijo, ya que la paciente podía desvincularse afectivamente de su esposo, pero al final de

cuentas seguían siendo padres del niño y ese vínculo no se podía romper. Se exploró en ese sentido como sería la relación de padres y cuales serían los límites que ella pondría en esa relación.

Como ya se habían empezado a explorar los recursos de la paciente para ser firme, a partir de ese momento se usó el Modelo de Soluciones.

Hubo un cambio de dirección del proceso y se procedió a explorar con la paciente sus expectativas acerca de la responsabilidad de su esposo como padre, preguntas a futuro relacionadas con la creencia de su hijo en un futuro con respecto a ella, qué tendría que pasar para que la paciente dijera que terminó definitivamente su relación.

Por otra parte fue importante explorar las creencias de la paciente y su familia con respecto al divorcio y como esto podría estar influyendo en su proceso individual de cambio vida.

• *Exploración de las excepciones al problema y de las diferencias contextuales:* Se trabajó además la firmeza como punto importante para el proceso, buscando las excepciones, es decir, situaciones en que ha podido ser firme y cómo eso le podía ayudar en la relación con su esposo. Cuando la paciente logró identificar los momentos en que ha sido firme y que fue diferente, usó lo que funcionaba para afrontar en el presente las situaciones en las que se mostraba poco firme.

Las intervenciones utilizadas durante el proceso fueron las siguientes:

Modelo de Terapia Breve:

- Reencuadre
- Tareas directas.
- Intervenciones generales: no apresurarse.
- Cambio de dirección.

Modelo de Soluciones:

- Identificación de las excepciones al problema.
- Normalizar y despatologizar.
- Uso de elogios.
- Prescripciones para el mantenimiento del cambio.

Evolución del motivo de consulta

De acuerdo al motivo de consulta se puede decir que A.P. en un inicio se mostraba con dificultades para tomar una decisión con referencia a la relación con su esposo. Esta dificultad se expresaba a través de conductas tales como: salir con su esposo e hijo, mantener relaciones sexuales con él, reclamarle el que estuviese saliendo con otras mujeres, entre otras.

A lo largo del proceso la paciente pudo lograr un cambio en cuanto a las creencias referidas a ser una mujer divorciada y ese aspecto fue muy favorable para que iniciara cambios en cuanto a su firmeza y seguridad con respecto a su ex esposo y a llevar a cabo acciones más específicas que redundaron en una diferencia en la relación con su familia, la iniciativa de buscar un lugar donde mudarse, mejorar en las actividades laborales que le trajo un reconocimiento y aumento de sueldo.

Los cambios observados por las terapeutas y reportados por la paciente fueron los siguientes:

- Mayor firmeza y seguridad, expresados en conductas tales como: firma de los documentos del divorcio, poner límites a su exesposo en cuanto a mantener relaciones sexuales y claridad en cuanto a las responsabilidades de cada uno de ellos con respecto a su hijo.
- Inició los trámites para mudarse de casa.
- Obtuvo un reconocimiento en su trabajo.
- Mejoró la relación con su familia.
- Expresaba sentirse una mujer más independiente en cuanto a tener iniciativa de buscar mejores condiciones de vida.
- Expresó tener más énfasis en su arreglo personal.
- Aumento de redes sociales (amistades).

Con esta paciente fue la primera vez que participé como coterapeuta. Al principio fue algo difícil el acoplamiento de estilos terapéuticos. Al transcurrir el proceso, fuimos mejorando nuestras estrategias. Como aprendizaje personal, puedo decir que me sentí muy satisfecha por la evolución que presentó la paciente; mostró mucha valentía y seguridad para enfrentarse a una nueva vida; aspectos que a veces olvidamos como seres humanos para lograr las metas que nos proponemos.

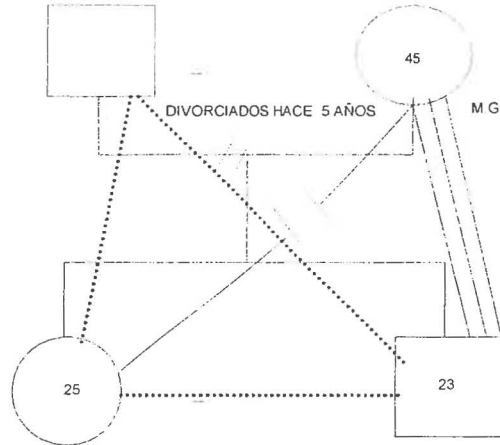
CASO # 3

FAMILIA:	M.G.
PERIODO DE ATENCION:	11 de marzo del 2004 al 26 de junio del 2004.
No. DE SESIONES:	9
MOTIVO DE CONSULTA:	Problemas de comunicación con su hija. Se siente poco reconocida en su rol de madre.
MODALIDAD DE TRABAJO:	Individual.
MODELO(S) UTILIZADO(S):	Modelo de Terapia Breve y Modelo de Soluciones.

Descripción de la familia

M.G. tiene 45 años, es maestra y trabaja en el área vocacional de un politécnico. Tiene dos hijos: una de 25 años, quien culminó hace dos años la licenciatura en Odontología y otro de 23 quien es agrónomo y vive en otra ciudad asiste a terapia con su hija de 25.

GENOGRAMA



Antecedentes del problema

En la primera sesión M.G. comentó que se divorció hace 5 años y se fue a vivir a casa de su mamá. Decidió separarse de su esposo porque no se sentía a gusto en la relación. Sus hijos se quedaron con él.

Trataba de ir a ver a sus hijos, pero el papá intervenía prohibiéndoselo. Desde hace tres años M.G. regresó a la casa luego que su exesposo se fue y se quedó viviendo con su hija.

Desde entonces han tenido problemas de relación y comunicación. M.G. se sentía poco reconocida como mamá y sin autoridad; su opinión era poco tomada en cuenta.

Su hija refirió que fue muy difícil la etapa en la que su mamá se fue; sufrió mucho. Además sentía que su mamá nunca la quiso porque prefería a su hermano.

En este aspecto, M.G. pensaba que tenía una manera diferente de tratar a su hijo. Refirió que su mamá era igual, siendo con ella más rígida que con sus hermanos y que esa forma de haber sido educada pudo haber influido en la relación con sus hijos y principalmente con su hija.

La separación fue una etapa importante, puesto que M.G. no tuvo la oportunidad de estar cerca de sus hijos durante su adolescencia, así como el compartir sus inquietudes y manera de pensar.

Motivo de consulta

Como motivo de consulta la paciente planteó que ha tenido problemas de relación y comunicación con su hija, además que se sentía poco reconocida como mamá y sin autoridad ante ella.

Objetivos terapéuticos

La paciente planteó trabajar en lo siguiente:

- Explorar nuevas formas de relacionarse con su hija y cómo cree que puede llevarlas a cabo.
- Explorar la importancia de la transmisión de creencias y valores.

Formulación del plan estratégico

- *Definición del problema del paciente:* A raíz de la información obtenida durante la primera sesión, se estableció el problema con la paciente: problemas de comunicación y de relación con su hija.
- *Establecimiento de las soluciones intentadas por el paciente:* La paciente para tener una mejor comunicación con su hija y un mayor acercamiento trataba de interesarse en los asuntos de su hija; opinar en situaciones referidas a su novio, estudios, forma de llevar a cabo las tareas del hogar, entre otras. Estas acciones llevaban a que su hija sintiera rechazo, ya que las interpretaba como presión y como fuera de lugar, lo que traía como consecuencia que sintiera rechazo hacia su madre y ésta intentara nuevamente acercarse convirtiéndose en un círculo vicioso.
- *Establecimiento del impulso central de los esfuerzos realizados:* Con estas conductas de intentos de solución al problema, la paciente tenía el impulso básico de acercarse más a su hija y ejercer cierta presión para ser finalmente reconocida por ella, obteniendo como respuesta el rechazo. Esto comprueba que son los intentos de solución los que producen el problema.
- *Formulación de las estrategias de intervención:* De acuerdo con el Modelo de Terapia Breve, se planeó trabajar la relación madre – hija en el pasado y compararla con la relación en el presente, con el objeto de mostrarle a la paciente que el pasado no se puede cambiar y que en la actualidad la relación puede llevarse de una manera diferente para construir un futuro sólido.

Por esta razón se estableció una estrategia que fuera opuesta al impulso básico, referida a desarrollar con la paciente nuevas formas de relacionarse, tomando en cuenta que ha pasado cierto tiempo y que habría que empezar de cero ya que su hija es una persona adulta en búsqueda de su autonomía.

Lo importante en este sentido es que pudiesen negociar la forma de convivencia y establecer nuevas reglas, porque desde que su hija se quedó sola adoptó sus propias reglas.

De acuerdo al cuarto axioma de la comunicación humana que plantea que puede haber problemas en el contenido pero no en la relación, problemas en la relación pero no en el contenido y problemas en el contenido y la relación se puede decir que aunque la paciente se haya ido de su casa y regresado no necesariamente sea ésta la causa principal de la mala relación que se esté dando con su hija.

Ambas están de acuerdo en el hecho de que el regreso de la mamá fue detonante para que la relación fuese mala; sin embargo se puede suponer que va mas allá y que los problemas tienen su raíz en la relación

en sí misma y cómo ha sido esta relación a lo largo de los años que se ve fragmentada con la separación de la mamá de sus hijos.

Al no existir desacuerdo en el nivel de contenido, en la interacción proponen mutuamente definiciones de esa relación (cuando M.G. comenta que su hija debe decirle a donde va a salir y a qué hora regresa; cuando M.G. dice que la relación con su hija debe ser de estrecha comunicación; cuando le plantea a su hija que debe de ser de tal o cual manera en la relación con su novio).

- *Exploración de las excepciones al problema y de las diferencias contextuales:* Otro aspecto importante a destacar fue la exploración de las excepciones al problema, momentos en los cuales se dieron acercamientos y que fue relevante conocer lo que sí funcionó en esas situaciones para que existiera acercamiento y que podrían seguir realizándose en futuras ocasiones. De esta forma se cambia el impulso básico y se prueban nuevas pautas de conducta y relación que conduzcan a un cambio y que además sirvan para el mantenimiento a largo plazo de dicho cambio.

Las intervenciones utilizadas durante el proceso fueron las siguientes:

Modelo de Terapia Breve:

- Reencuadre.
- Tareas directas
- Intervenciones generales: no apresurarse.
- Cambio de dirección.

Modelo de Soluciones:

- Normalizar y despatologizar.
- Uso de elogios.
- Prescripciones para el cambio.

Evolución del motivo de consulta

Al inicio del proceso a M.G. se le dificultaba pensar que desde que se separó de su hija pasaron 6 años y en esa etapa transcurrieron vivencias y situaciones que hicieron que cada una se desarrollara como persona de una manera distinta. Todo dependiendo de la manera en la que cada uno vivió en ese período.

A través de las reflexiones realizadas a lo largo de las sesiones, la paciente logró distinguir dichas diferencias y a partir de entonces la relación con su hija fue diferente, mejoró la comunicación entre ellas. Tenían momentos para platicar más, M.G. empezó a respetar la forma de comportarse de su hija y a establecer metas de vida.

Los cambios observados por la terapeuta y reportados por la paciente fueron los siguientes:

- M.G. podía recordarle a su hija las cosas que han negociado en cuanto a las tareas del hogar o los gastos, sin el reproche de que es una "mala hija".

- Aprendió a aceptar a su hija en la etapa que está, entenderla en su dinámica.
- Era más independiente, comenzó a pensar en sí misma y en su superación personal.
- Sentía que no era indispensable prepararle a su hija sus alimentos o esperarla a que llegara a la casa.
- Cuando le daba aventón en su coche podían entablar una plática amena y sin discutir.

Este caso en particular se me dificultó en un principio, por la resistencia al cambio que presentaba la paciente, en vista que ella esperaba que fuese su hija quien cambiara. A veces nos enfrentamos con pacientes con estas características, lo importante es no "obligar" al paciente en su proceso de cambio, sino dejar que fluya y sea él mismo quien se de cuenta de que probablemente haya aspectos que cambiar en sus interacciones.

CASO #4

FAMILIA:	J.Z
PERIODO DE ATENCION:	25 de septiembre del 2003 al 6 de junio del 2004.
No. DE SESIONES:	11
MOTIVO DE CONSULTA:	Inseguridad y desconfianza a raíz de la infidelidad de la esposa.
MODALIDAD DE TRABAJO:	Individual.
MODELO(S) UTILIZADO(S):	MRI y Modelo de Soluciones.

El tema a tratar en este apartado es la infidelidad. Este será abordado a través del análisis de un caso atendido durante el entrenamiento en la Residencia.

Este caso fue seleccionado por los cambios significativos que se lograron a través del tiempo y por las satisfacciones que me dejaron como terapeuta y como persona. Cabe destacar que por haber usado técnicas de intervención del Modelo de Terapia Breve y el Modelo de Soluciones, era importante dar a conocer la efectividad de ambos modelos en el tratamiento de esta problemática.

A continuación se hace una presentación de la problemática. Seguidamente se mostrará el análisis del caso.

Problema

Para comenzar se puede señalar que la infidelidad no está en tener sexo, sino en el secreto. Hay muchas parejas que experimentan todo el rango de patrones característicos y reaccionan ante tales relaciones aun cuando haya habido o no actividad sexual. Por esta razón, se acuñó el término "involucración extramarital" para referirse a relaciones emocionales significativas con o sin actividad sexual, la cual ocurre fuera de la relación de pareja. Las tres partes se

referirán a la pareja involucrada, a la pareja no involucrada y a la pareja externa.

La involucración extramarital ha sido diferenciada en términos de la motivación para que ésta ocurra, las circunstancias o contexto en la relación primaria, los patrones particulares que se desarrollan y las consecuencias que tiene para la pareja. Mientras un amplio rango de factores causales ha sido sugeridos para la prevalencia de la involucración extramarital, muchos expertos están de acuerdo en que existen dificultades sintomáticas en la relación de pareja que involucra primordialmente la intimidad y /o sexualidad.

Una variedad de formulaciones han sido ofrecidas por diferentes teóricos en el funcionamiento de la involucración extramarital para la pareja implicada.

Moulthrop (1990) observa a la involucración extramarital como la solución a un dilema emocional en la relación de pareja. Más específicamente, se sugiere que la involucración extramarital provee una manera para una de las parejas involucradas de regular la distancia en su relación. Esta formulación está basada en la noción de Bowen (1978) de que la triangulación sirve para recanalizar la ansiedad y la tensión en una relación diádica. Hay acuerdos en que una involucración extramarital dada refleja necesidades sexuales y probablemente involucre una atracción emocional más compleja.

Pittman (1989) describe cuatro patrones característicos de la involucración extramarital: infidelidad accidental, acuerdo marital, el "don Juan" y affair romántico.

La *infidelidad accidental* tiende a no ser planeada ni explicada. La pareja involucrada no necesariamente esté insatisfecha con su pareja y la involucración extramarital es poco probable que implique fuertes sentimientos de atracción. El *acuerdo marital* no involucra amor romántico entre la pareja involucrada y la pareja externa, pero ellos complementan sus necesidades emocionales y/o sexuales. El "*don Juan*" requiere cambiar de compañero sexual y se protege al no involucrarse emocionalmente con ninguno. En el *affair romántico* la pareja involucrada siente una fuerte atracción hacia la pareja externa. Es más probable que persista la relación y que implique un secreto a largo plazo. Este tipo de involucración extramarital es usualmente el más disruptivo y amenazador para la relación de pareja.

Según Karpel (1994), algunas de las variables relevantes para el significado, las consecuencias y la resolución de la involucración extramarital incluyen las siguientes:

- ψ Frecuencia y duración de la involucración marital.
- ψ Grado de conexión emocional y compromiso en la relación de pareja primaria.
- ψ Grado de secreto alrededor de la involucración extramarital.
- ψ Nivel de actividad sexual.
- ψ Género de los tres involucrados (¿es la relación primaria heterosexual u homosexual?)
- ψ Relación anterior entre la pareja externa y la pareja no involucrada (extraños, parientes, vecinos, etc.)
- ψ Relación anterior entre la pareja involucrada y la pareja externa (compañeros de trabajo, vecinos, etc.)
- ψ Número de involucraciones extramaritales.
- ψ Si la involucración extramarital fue revelada por la pareja involucrada o descubierta por la pareja no involucrada.

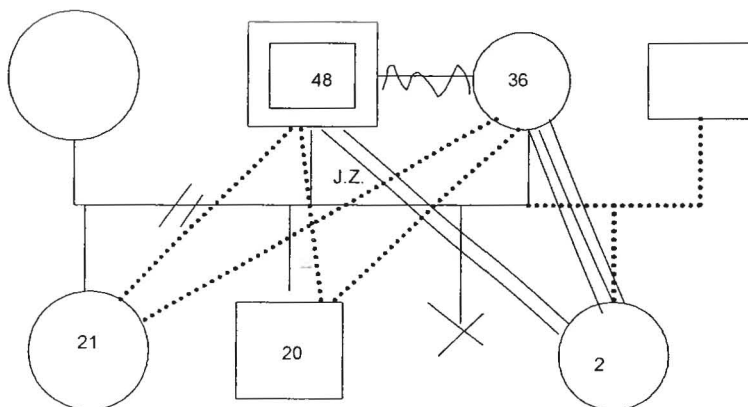
- ψ Historia familiar de involucración extramarital.
- ψ Tolerancia de la involucración extramarital dentro de la sociedad.
- ψ Existencia de hijos en la relación de pareja primaria.

El tratamiento terapéutico de la infidelidad puede ser diverso, dependiendo del modelo de intervención que se utilice. En el próximo apartado se hace un resumen de cómo fue abordada esta problemática a través del Modelo de Terapia Breve y el Modelo de Soluciones.

Descripción de la familia

Se trata de un paciente de 48 años de edad, Edafólogo y ya culminó su tesis de doctorado. Está casado con O. de 36 años, quien se dedica a la misma área y es asesora de proyectos de tesis. J.Z. tiene tres hijos. De su primer matrimonio, tiene dos: de 21 y 20 respectivamente y con su actual esposa tiene una hija de dos años.

GENOGRAMA



Antecedentes del problema

J.Z. se enteró hace varios meses que su esposa le había sido infiel con uno de sus asesorados. Encontró una serie de cartas escritas por ella. En un principio la esposa lo negaba, hasta que en una discusión ella se lo confesó y comentó que esa relación se había terminado. Luego de una plática J.Z. y su esposa decidieron continuar. Meses después, el paciente se enteró que su hija de 2 años es producto de esa infidelidad. Eso le afectó mucho porque en un principio, al ver a la niña se acordaba de la infidelidad de su esposa.

Comenta que desde antes de la infidelidad ya tenían problemas, posiblemente desde que su esposa tuvo un aborto inducido (hace 13 años aproximadamente) Para ese momento tenían problemas económicos y J.Z. decide que es mejor no tener al bebé. Manifiesta en sesión que se siente culpable porque no fue solidario y no apreció el embarazo de su esposa, además que ella se embarazó sin consultárselo.

Se le pregunta cómo fue que llegaron a la decisión del aborto, a lo cual J.Z. responde que no recuerda bien los detalles. Sólo recuerda que su esposa tenía problemas de salud.

A raíz de la infidelidad de su esposa, J.Z comenzó a sentirse inseguro de sí mismo, sin ganas de realizar sus actividades habituales. La relación con su esposa se hizo difícil, apareciendo discusiones y distanciamiento afectivo.

Como consecuencia de esta situación J.Z. decidió buscar ayuda psicológica, por lo que asistió a la Clínica "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Motivo de consulta

El paciente expresó que a raíz de la infidelidad de su esposa se sintió inseguro y a veces sin ganas de hacer las cosas. Además comentó que aunque había perdonado a su esposa, ese perdón no era real.

Objetivos terapéuticos

El paciente expresó su necesidad de trabajar sobre:

- Contención emocional en cuanto a manejo de tristeza y/o enojo.
- Explorar aspectos que le indicarían que ha perdonado a su esposa y si no, qué le falta para lograrlo.
- Explorar las razones y expectativas que presentaba J.Z. para retomar la relación y cuáles son sus emociones al respecto.
- Explorar los cambios que le gustaría al paciente que ocurrieran en el área afectiva.
- Mejorar la comunicación con su esposa en lo que se refiere a llegar a acuerdos.

Formulación del plan estratégico

- *Definición del problema del paciente:* Se pudo definir el problema como inseguridad y desconfianza del paciente hacia su esposa, como consecuencia de la infidelidad.
- *Establecimiento de las soluciones intentadas por el paciente:* Durante esta etapa el paciente manifestó que para aminorar la inseguridad y desconfianza hacia su esposa y no sentir que estaba dejando de hacer sus actividades, intentaba llevar a cabo las siguientes acciones: oír música y leer, ir al cine con la familia, ir al sauna con su esposa, desayunar con la familia, dialogar con su esposa, establecer acuerdos para resolver problemas, escucharla, opinar positivamente sobre ella, atenderla en detalles, ser más cariñoso, realizar proyectos de interés común, entre otras.
- *Establecimiento del impulso central de los esfuerzos realizados:*

Los intentos de solución hacían pensar que se trataba de un sentimiento de culpa por el aborto que tuvo su esposa y por la infidelidad de ella. J.Z. le solicitó a su esposa que abortara porque su situación económica era difícil para ese momento y no podía correr con los gastos que implicaba tener un hijo. Ella aceptó, pero después su actitud cambió. El paciente comenta que fue distanciándose de él, descuidó su apariencia personal y tenían constantes discusiones.

Posterior a este evento, ella comenzó a viajar mucho y conoció a una persona con quien le fue infiel a su esposo. Estas situaciones llevaron al paciente a ejercer conductas para compensarla.

Además, probablemente el paciente no haya tenido un perdón verdadero hacia ella por no haberlo hecho consigo mismo. Por otro lado, las conductas reiteradas para compensar a su esposa y para tratar de estar más junto a ella provocaba posiblemente su rechazo.

- *Formulación de las estrategias de intervención:* Las estrategias debían ser opuestas al impulso central. En este sentido se hizo énfasis en la eliminación de los sentimientos de culpa y de compensación del paciente a través de equilibrar las responsabilidades que presenta cada uno de los miembros de la pareja en el mantenimiento del síntoma. Por otro lado se exploraron los momentos en los que no ocurría el problema, con la finalidad de establecer recursos y herramientas que le pudieran ser útiles al paciente para aminorar el síntoma. Además se exploraron formas diferentes de llegar a acuerdos sin que éstos sean unilaterales y formas distintas de expresar afecto. Por último se evaluó la importancia de mantener la relación y las posibilidades que presentaban para continuar juntos. Esto con la finalidad de establecer metas claras y concisas en la pareja, dejando a un lado la sobreprotección hacia su hija y volteando a verse ellos como esposos.
- *Exploración de las excepciones al problema y de las diferencias contextuales:* Al paciente le funcionaba dejar de hablar de algún asunto cuando sentía que su esposa se enojaba, dejaba pasar el tiempo y retomaba el tema de una forma más tranquila y relajada. De igual forma comenzó a discriminar las diferentes maneras de expresar afecto y llevar a cabo aquellas que creía que a su esposa le gustaban.

Las intervenciones utilizadas durante el proceso fueron las siguientes:

Modelo de Terapia Breve:

- Preguntas básicas con respecto al problema (rastreo de secuencias de eventos).
- Preguntas sobre indicadores del cambio.
- Sondeo de los intentos de solución.
- Asignación de tareas.

Modelo de Soluciones:

- Identificación de las excepciones al problema.
- Preguntas usando escalas.
- Pregunta del milagro.
- Preguntas presuposicionales.
- Normalizar y despatologizar.
- Uso de elogios.
- Preguntas para la exploración de mantenimiento del cambio.

Análisis del caso a la luz del tema de la infidelidad

Steinglass, 1978 considera que la vida de un matrimonio podría dividirse en una serie de etapas delimitadas por períodos de transición. Durante estas etapas el sistema conyugal es gobernado por principios de homeóstasis y manifiestan características de organización y conducta; y establecen estilos de respuestas y reglas dentro de límites aceptables.

La pareja en ciertas etapas del ciclo vital pasa por una serie de crisis. Se produce una crisis cuando una tensión afecta a un sistema y requiere un cambio que se aparta del repertorio usual del sistema. Ese estado de crisis es señalado por cambios no específicos en el mismo. Los límites se vuelven más flexibles y permiten la entrada de un terapeuta o de cualquier otra persona que influye sobre el modo en que opera éste. Los roles y reglas se confunden. (Pittman, 1998)

En el caso presentado, una de las crisis conyugales significativas comienza cuando J.Z. exige a su esposa que aborte. Esta decisión no fue concensuada. El paciente la obligó a abortar por tener problemas económicos; ella lo hizo, aunque no estaba segura de ello. Esto probablemente produjo una serie de cambios que se tradujeron en conductas manifiestas. En el caso de la esposa, iniciar prácticas de yoga, convertirse en vegetariana, pedirle más atención a su esposo y reclamarle su alejamiento. Por su parte, J.Z. se abstraía en el trabajo, se observó un distanciamiento en la relación y se presentaron discusiones y violencia física. La decisión de abortar pudo haber dejado una carga de culpa e inculcación compartida y destructiva.

Los momentos de crisis se fueron intensificando a través del aumento de las discusiones y reclamos por parte de la pareja. Un signo de cambio en la relación se produjo cuando la esposa quedó nuevamente embarazada. J.Z. para compensar la culpa producida por el aborto accedió a que su esposa tuviera el bebé. Desde entonces J.Z. y O. se abocaron a la niña, restando importancia a la relación. Evadían sus problemas de pareja a través de las atenciones hacia su hija, referidas a su educación específicamente.

En esta pareja la infidelidad fue un tema importante sobretodo porque abarcaba algo más que la relación extramarital, el nacimiento de una hija.

En J.Z. según lo referido durante las sesiones, se pudo observar una diferencia en la relación, la cual el paciente justificaba como parte de su alejamiento y abstracción en el trabajo. Comienza a observar en su esposa conductas que antes no tenía, como por ejemplo, salir arreglada muy temprano, salir tarde en la noche, en algunas ocasiones verla llorar y viajar constantemente.

En ocasiones en las que hablaba en sesión acerca de la infidelidad de su esposa, refería que muy probablemente lo haya hecho por sentirlo tan alejado de ella, adjudicándose de esta forma la culpa de la relación extramarital de su esposa.

Lo expresado por el paciente en sesión se relaciona con lo manifestado en los textos referidos a la infidelidad. Es decir, una aventura amorosa puede ser un mensaje dirigido al cónyuge: un pedido de mayor atención o una sugerencia sobre cómo le gustaría que fuese. En el caso de J.Z. se pudo observar que en varias ocasiones su esposa le reclamaba atención, porque él pasaba gran parte del tiempo en el trabajo. Esto puede considerarse como uno de los factores por los cuales pudo haberse producido la infidelidad y el distanciamiento en la pareja.

Al obtener información del paciente acerca de cómo se sintió luego de enterarse de la infidelidad de su esposa, comenta que experimentó tristeza, cambios de ánimo, pocos deseos de trabajar, insomnio, pensaba que había perdido la confianza y seguridad en su esposa. Presentaba sentimientos de ambivalencia hacia continuar o terminar la relación porque no quería una desintegración familiar.

Los sentimientos presentados por el paciente ocurren con frecuencia cuando surge una infidelidad. De acuerdo a los conceptos teóricos manejados en Terapia Familiar se puede observar que la involucración extramarital tiene efectos destructivos en la relación de pareja. Los efectos negativos involucran algunos de los siguientes factores: sentimientos negativos de la pareja no involucrada, incluyendo shock, una sensación de traición, desconfianza e inseguridad en la relación, enojo, ansiedad, depresión y pensamientos destructivos acerca de la involucración extramarital. Los sentimientos negativos de la pareja involucrada incluyen ansiedad, culpa, pena y ambivalencia; y el daño a la confianza y seguridad de la relación. Generalmente la involucración extramarital conduce a la separación y el divorcio. (Karpel, 1994)

Los efectos destructivos de la involucración extramarital están acompañados del secreto y la decepción. Esto intensifica sus sentimientos de traición y humillación; y además el daño del sentido de confianza y seguridad en la relación. Pittman (1989) relaciona esta decepción a otro efecto negativo importante, la confusión.

Según lo relatado por el paciente, su esposa le dio a entender que su infidelidad había sido por sentirse rechazada y pensar que él le estaba siendo infiel con sus alumnas, ya que según ella les coqueteaba con frecuencia.

Al desenmarañar una crisis de infidelidad, es importante saber por qué empezó la relación extraconyugal.

El matrimonio se ve afectado inevitablemente. Quizá se revisen ciertas expectativas y hasta se haga un esfuerzo por culpar a un matrimonio hasta entonces satisfactorio. Si el cónyuge engañado está al tanto del coqueteo, tal vez centre su atención en los posibles defectos del matrimonio, con lo cual puede enturbiar enormemente la cuestión. (Pittman, 1998)

En cuanto a J.Z. al explorar las razones por las cuales se produjo la infidelidad se pudo observar el rechazo de su esposa, el alejamiento de él, un distanciamiento afectivo y una comunicación difícil. Aspectos que probablemente hacen pensar en una posible insatisfacción de su esposa.

Evolución del motivo de consulta

Una de las necesidades manifestadas por el paciente era mejorar la comunicación con su esposa y llegar a acuerdos. A lo largo del proceso terapéutico el paciente reportó cambios en cuanto a este punto. Logró identificar diferencias en la disposición para conversar, el empleo de una actitud positiva y de escucha que le permitió en diversas ocasiones llegar a acuerdos de manera satisfactoria.

Disminuyó las discusiones con su esposa, aprendió a diferenciar los momentos en que se puede llegar a dialogar sin enojarse y también cuándo dejar de conversar al sentirse enojado.

No trató más el tema de la infidelidad de su esposa, basándose en la relación de pareja y cómo podía mejorarla, dejando así a un lado el problema y

enfocándose en los aspectos positivos y rescatables del presente y en la construcción de un futuro.

En cuanto a su motivo de consulta referido a las dudas, inseguridad y mejorar su relación de pareja, se puede decir que se observó un avance en el paciente, comenzó a llevar a cabo acciones concretas no solo para mantener y mejorar su relación sino también hacia sí mismo, porque esas dudas e inseguridad también se reflejaban en el área laboral. El retomar la confianza en su esposa permitió que elaborara un perdón sincero.

Se pudo lograr que el paciente manejara su tristeza y enojo y percibiera su relación de pareja de una forma diferente, lo cual permitió que se definiera la misma con base en la confianza, respeto y comunicación.

Al iniciarse con el paciente una exploración de los recursos para abordar la situación de desacuerdos con su esposa, se pensó en la posibilidad de emplear intervenciones propias del Modelo de Soluciones para tal fin. Es por ello que las últimas cuatro sesiones se realizaron bajo este enfoque. Se hizo énfasis en los cambios logrados durante el proceso y cómo estos cambios podían mantenerse en el tiempo.

El paciente logró identificar que existen diferencias en cuanto a la expresión de los sentimientos. Derivado de esto, mejoró el acercamiento afectivo con su esposa al surgir conductas tales como: uso frecuente de palabras románticas, caricias espontáneas.

Hubo un avance más rápido en cuanto a cambios del paciente se refiere, lo cual parece indicar que el uso de un modelo teórico y estrategia diferentes fue de utilidad para lograr los objetivos terapéuticos. Uno de los probables elementos fue el cambiar la dirección de la intervención, dejar de hablar del problema a hablar directamente de la solución y el pensar cómo sería su vida cuando el problema estuviese resuelto.

En este sentido también se notó una diferencia en cuanto al discurso del paciente. Ya no se dirigía al problema (la infidelidad), sino a las soluciones (mejora del área afectiva y de la comunicación) y esto ha sido gracias a la formulación de las preguntas dirigidas para tal fin.

Este caso fue el más significativo para mí. Pude sentir el cambio de actitud del paciente y cómo fue evolucionando, hasta dejar caer todas las resistencias que tenía consigo mismo e incluso con la terapia. Fue bueno escucharlo cuestionar muchas cosas de su vida y su relación de pareja.

3.1.2. Análisis y discusión teórico- metodológico de la intervención clínica con familias

Mi participación como miembro del equipo terapéutico fue muy enriquecedora para mi desarrollo personal y profesional, porque tuve la oportunidad de conocer supervisores, que no sólo aportaban sus conocimientos del modelo de intervención que se estuviese estudiando, además hicieron énfasis en la persona de cada uno de los alumnos y en el proceso de aprendizaje como terapeuta.

Por otro lado, una buena experiencia fue tener la oportunidad de atender un caso en coterapia, lo cual permitió un trabajo en conjunto y la adaptación de diferentes estilos terapéuticos para lograr la meta terapéutica.

Una variable que considero significativa en la intervención con familias es el sistema de creencias tanto del terapeuta como de la familia y el equipo terapéutico, ya que pueden influir en las posturas de cada uno de estos subsistemas con respecto a la problemática y determinar el diseño adecuado de intervenciones para conducir al cambio. No podemos olvidar que como terapeutas tenemos nuestros propios valores y prejuicios y que éstos pueden afectar nuestra labor.

Hay que trabajar con el sistema de creencias de la familia, porque a partir de él es que podemos tener un panorama más amplio de las pautas y de las interacciones repetitivas que mantienen el síntoma.

Es importante por ello, la neutralidad del terapeuta en la relación con el paciente. La posición neutral no expresa necesariamente la opinión o la actitud personal del terapeuta con respecto a una persona, una conducta o al conjunto de valores. El manejo de la "alianza" como técnica terapéutica debe ser cuidadoso y se debe tener claro el por qué de su uso, ya que se podría interpretar como colocarse a favor o en contra de una de las partes que conforma el sistema familiar y obstaculizar el alcance del cambio.

Por otro lado, el trabajo con familias rígidas fue difícil porque no permitían el ingreso de información nueva que pudiera romper la tendencia a su homeóstasis. Esta misma rigidez dificultó en un principio la labor de algunos terapeutas, quienes a través de sus preguntas de cuestionamiento circular no pudieron obtener mayor información, caracterizándose las sesiones como repetitivas. Era necesario introducir información que verdaderamente desestabilizara el sistema y como consecuencia produjera un cambio de 2do orden ("una diferencia que hiciera la diferencia")

Lo más importante es que en la intervención con familias se hizo énfasis en los recursos tanto para resolver el problema como para llevar a cabo conductas diferentes. En este sentido también fue importante el trabajo de establecimiento de límites y sentido de responsabilidad y cuando se pudo observar cambios en estos aspectos, se procedió a trabajar con los pacientes proyectos de vida personal y/o área laboral, afectiva, interpersonal, recreativa, etc.

En general el trabajo en los equipos terapéuticos se me hace muy útil tanto para los terapeutas como para los pacientes. Para los terapeutas porque al tener la colaboración de un equipo con diversas visiones, puede abrir caminos para la identificación de recursos y herramientas en el paciente y el desarrollo de intervenciones adecuadas para promover el cambio. Para el paciente tiene ventajas porque puede pensar que hay voces diferentes, con pensamientos

diferentes que pueden guiarlo y apoyarlo para lograr que el problema sea percibido desde una postura distinta.

3.2. Habilidades de Investigación

Dentro del perfil de egresado de la Residencia en Terapia Familiar, se incluyen las habilidades de investigación. Es importante para todo terapeuta familiar desarrollar competencias para explorar, indagar y diseñar estrategias de intervención que sean de utilidad para abordar la problemática de las familias, parejas e individuos en general. Dichas habilidades están relacionadas con:

- Diseñar, aplicar e implementar proyectos de investigación sobre problemas o necesidades de los usuarios.
- Difundir conocimientos.
- Obtener datos acerca de las características (surgimiento, mantenimiento, severidad, etc.) de los problemas psicosociales en individuos, parejas y familias. Formular hipótesis sobre los factores involucrados.
- Diseñar un estudio siguiendo la metodología cuantitativa y cualitativa según sea necesario.
- Diseñar y conducir proyectos de investigación aplicada en los diferentes espacios profesionales.

En este apartado se muestran las actividades que se llevaron a cabo para desarrollar dichas competencias.

3.2.1. Reporte de la investigación realizada usando metodología cuantitativa y cualitativa

Como parte del proceso de enseñanza en las asignaturas Medición y Evaluación I y II y Metodología de la Investigación I y II, pertenecientes al Tronco Común, se realizaron varios proyectos de investigación que se resumen a continuación.

3.2.1.1. Investigación Cuantitativa

Proyecto No. 1: "Escala de medición de la comunicación prehensiva en la pareja" (Ver Anexo 1)

Resumen:

Se tomó el artículo titulado "The measurement of communication apprehension in the marriage relationship" de los autores William Powers y Kevin Hutchinson (1979), quienes diseñaron y aplicaron para su validez y confiabilidad una escala titulada "Escala de medición de la comunicación prehensiva en la pareja"

Como lo plantea Bochner (1976), se han llevado a cabo una serie de investigaciones relacionadas específicamente con la comunicación de pareja. La evidencia apoya el rol crucial de la comunicación en el desarrollo y la satisfacción de la relación de pareja. El aumento de reportes de la insatisfacción marital ha estado acompañado por indicaciones acerca de la

comunicación inadecuada entre los miembros de la familia.(Bey y Lange, 1974; Satir, 1964)

Obviamente, el ambiente familiar provee un crecimiento fértil tanto para el estudio teórico y práctico de los antecedentes y condiciones consecuentes de las variables de comunicación.

La comunicación aprehensiva es una variable que tiene consecuencias profundas para el individuo en la relación de pareja.

Ha sido conceptualizada como un síndrome relacionado con la personalidad en la cual el alto miedo individual de aprehensión de comunicar vale más que la ganancia proyectada de la interacción (McCroskey, 1970). El instrumento de autorreporte más prevalente designado para medir la comunicación aprehensiva es el PRCA (Personal report of communication aprehension) (McCroskey, 1970). Este instrumento mide la comunicación aprehensiva oral. La confiabilidad interna estimada se encuentra entre los valores .92 y .94 con una confiabilidad test-retest de .83. La validez predictiva ha sido impresionante.

Metodología:

Para llevar a cabo la adaptación del instrumento, se hizo una traducción al español de cada uno de los ítems con la colaboración de los compañeros de la clase, quienes daban su opinión acerca de las palabras que se pudieran usar que fueran comprensibles para la población. Se realizaron dos revisiones para asegurar que el sentido de cada uno de los ítems no se haya perdido con la traducción.

Se diseñó el formato de la escala con el escudo de la universidad, los datos de los sujetos (sexo, semestre, licenciatura y tiempo de duración de la relación) y las instrucciones, la cual incluía las opciones de respuesta para cada uno de los ítems

Se hicieron los contactos con alumnos de la Facultad de Psicología para la aplicación del instrumento.

La muestra de sujetos a quienes se les aplicó la Escala de Medición de la Comunicación Aprehensiva en parejas, con la finalidad de confiabilizar el instrumento fueron 100 alumnos de diferentes semestres de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México. Es importante destacar que no necesariamente debían tener una relación de pareja para el momento de la aplicación del instrumento. Para ello se les indicó a quienes no tuviesen, que recordaran la última que haya sido la más significativa.

Las aplicaciones se realizaron en grupos de 2do, 4to, 6to y 8vo semestre, tanto a hombres como a mujeres. En la siguiente tabla se presentan estos datos

	No. DE ALUMNOS
2do semestre	45
4to semestre	13
6to semestre	7
8to semestre	35

No. DE HOMBRES	No. DE MUJERES
24	76

Resultados:

El análisis estadístico se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se realizó un análisis por separado de la confiabilidad de ambas partes de la escala: comunicación aprehensiva en general y comunicación aprehensiva de los esposos y un análisis de la escala total.

El análisis de la primera parte de la escala reveló una confiabilidad alpha de .8521, mostrando como al eliminar el reactivo 2 la confiabilidad aumentaba a .8776

Este reactivo pudo resultarles confuso ya que fue el primero que se expresó en términos negativos.

El análisis de la segunda parte de la escala revela una confiabilidad de .8808

El análisis de la escala en general se realizó eliminando el reactivo 2 y este análisis reveló una confiabilidad total de .9006

Se observó que la confiabilidad aumentaba ligeramente (.9013) si se quitaba el reactivo 38 que dice "Evito hablar cuando mi pareja está cansada" (este reactivo puede entenderse tanto en términos de una comunicación positiva cómo negativa).

También se realiza la estadística descriptiva de la frecuencia de alumnos de cada semestre y de ambos sexos.

Finalmente se correlacionaron las puntuaciones en la escala de comunicación con el tiempo de relación y con el sexo.

No se encontró correlación entre el tiempo de relación y las puntuaciones de la escala de comunicación; sin embargo si se encuentra una correlación de .206 al nivel de significancia de .05, entre el sexo y las puntuaciones en la escala de comunicación, observándose una correlación negativa entre puntuación de la escala de comunicación y sexo (expresado con 1 para mujeres y 2 para hombres), lo cual indica una mayor comunicación expresada por las mujeres.

Conclusiones:

Este instrumento me parece que puede ser de gran utilidad en los procesos terapéuticos con parejas para la exploración y análisis de la comunicación entre ellos y cuáles serían las áreas afectadas en las que el terapeuta puede intervenir durante el proceso para producir un cambio.

Bibliografía

Bey, D. y Lange, J. (1974) **Waiting wives: women under stress.** American Journal of Psychiatry, 131, pp. 283-286

Biennvenu, M. (1970) **Measurement of marital communication.** The family coordinator 12, pp. 26-31

Bochner, A.(1976) **Conceptual frontiers in the study of communication in families: an introduction to the literature.**

McCroskey, J. (1970) **Measures of communication- bound anxiety.** Speech Monographs 37, pp. 269-277.

Powers, W. y Hutchinson, K. (1979) **The measurement of communication apprehension in the marriage relationship.** Journal of marriage and the family(2).

Satir, V.(1964) **Conjoint family therapy.** Palo Alto California: Science and behavior books.

ANTEPROYECTO No. 2: "Proceso de duelo en familiares de pacientes con VIH/SIDA. (Ver Anexo 2)

Resumen:

El VIH/SIDA afecta a la mayor parte de la población con conductas sexuales de alto riesgo e influye en la dinámica familiar y en la interacción social del afectado. De esta realidad, se deriva que no sólo el paciente con VIH/SIDA se enfrenta a su propia muerte, sino que adicional a esto se encuentra la postura de la familia.

A raíz de todos estos datos, se hace necesario realizar investigación sobre la forma como las familias expresan su proceso de duelo ante un miembro de la familia con VIH/SIDA y de los modelos teóricos terapéuticos que pueden ser útiles para su tratamiento.

Por ello, se establecieron los siguientes objetivos de investigación: conocer el proceso de duelo por el cual transcurren los familiares de pacientes con VIH/SIDA; conocer las actitudes hacia la muerte que tienen los familiares de pacientes con VIH/SIDA; adquirir información acerca de las experiencias que han tenido los participantes con referencia al familiar con VIH/SIDA; proponer formas de atención terapéutica para los familiares de los pacientes con VIH/SIDA.

Metodología:

El diseño a utilizar en esta investigación es de tipo preexperimental, ya que no se tendrá un control riguroso de variables (McGuigan, 1992). En este caso, se puede decir que se trata de un estudio de caso con una sola medición.

Este diseño consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un grupo (entrevista estructurada) y después aplicar una medición en una o más

variables para observar cuál es el nivel del grupo en estas variables (perfil revisado de Actitudes hacia la muerte). No hay manipulación de la variable independiente.

Por la índole de la investigación, este diseño puede servir como estudio exploratorio, ya que de sus resultados no pueden sacarse conclusiones seguras de investigación. Abren el camino, pero de ellos pueden derivarse estudios más profundos.

Población y muestra

La población de la cual se constituirá la muestra en esta investigación, estará formada por familiares de pacientes con VIH/SIDA que asisten a terapia en La Casa de la Sal, A.C.

La muestra estará formada por 10 familiares de personas con VIH/ SIDA, en edades comprendidas entre los 25 y 50 años.

Instrumentos

Para el desarrollo de esta investigación se utilizarán los siguientes instrumentos:

Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: Instrumento diseñado por Wong, Reker y Gesser (1994), el cual es una escala tipo Likert conformado por 32 frases para las cuales las opciones de respuesta se constituyen de la siguiente manera:

TA	Totalmente de acuerdo
A	Bastante de acuerdo
MA	Algo de acuerdo
I	Indeciso
MD	Algo en desacuerdo
D	Bastante en desacuerdo
TD	Totalmente en desacuerdo

Entrevista estructurada: Consta de un encuentro con cada uno de los participantes cuyo propósito es obtener datos subjetivos acerca de su proceso de duelo, sus significados, perspectivas y definiciones; el modo en que ellos ven, clasifican y experimentan sus historias de vida con referencia al VIH/SIDA. Entre los temas que se tocarán en dicha entrevista están: las actitudes de la familia ante la enfermedad, sistema de creencias ante el SIDA, adaptación del paciente y la familia a la enfermedad y organización de la familia en cuanto a distribución de roles y tareas. Todos estos temas fueron tomados del modelo sistémico de enfermedad propuesto por Rolland (2000). Se diseñó una guía de entrevista constituida por los temas claves a explorar.



Procedimiento

Se diseñará el guión de la entrevista estructurada, el cual se basará en temas relacionados con la adaptación de la familia a una enfermedad terminal, de acuerdo al modelo sistémico de enfermedad propuesto por Rolland (2000). Luego, se procederá a contactar a las personas que colaborarán en la presente investigación. Se visitaron ciertas instituciones dedicadas a la atención del paciente con VIH/SIDA y sus familiares. En La Casa de la Sal, A.C. luego de hacer una revisión del proyecto dieron la oportunidad de hacer la aplicación.

Se hará el primer contacto con el grupo al terminar una sesión grupal de Escuela para Padres. En este primer contacto se les explicará en qué consistirá la investigación y se enfatizará que su participación será voluntaria.

La entrevista y aplicación del instrumento se llevarán a cabo en una sesión con una duración de aproximadamente 1 hora. Para ello el personal de la institución proporcionará un espacio adecuado. Se les aplicará primero el instrumento y luego se procederá a realizar la entrevista.

Para realizar el análisis de la entrevista, se realizarán las siguientes actividades:

Desarrollo de categorías de codificación: Elaboración de una lista con los temas, conceptos, interpretaciones, tipologías y proposiciones identificados o producidos durante el análisis inicial de los datos obtenidos en cada una de las entrevistas con los participantes.

Codificación de los datos: A través de los datos arrojados por las entrevistas, se lleva a cabo la codificación en cada una de las categorías.

Separación de los datos pertenecientes a las diferentes categorías de codificación: Se trata de la reunión de todos los datos pertenecientes a cada categoría.

Las categorías de análisis usadas para analizar los datos de la entrevista son las planteadas en el modelo sistémico de la enfermedad propuesto por Rolland (2000) y son:

- Organización familiar (pregunta 5)
- Adaptabilidad (preguntas 2 y 6)
- Sistema de creencias con referencia a la enfermedad (pregunta 3)
- Sistema de creencias con referencia a la vida y la muerte (pregunta 7)
- Cohesión y estilos de comunicación (preguntas 1, 4 y 8)

Para los datos arrojados por el instrumento, se utilizarán medidas estadísticas (promedio de respuestas a cada dimensión del cuestionario). Por último, se hará una comparación de ambos análisis y se cotejarán los mismos con los objetivos establecidos al inicio de la investigación.

Bibliografía

- Alizade, A. (1996). **Clínica con la muerte**. Buenos Aires: Amorrourtú.
- Alvarez, A. (1998) **Muerte y subjetividad: una experiencia de investigación**. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. División de Posgrado.
- Aries, P. (1983). **El hombre ante la muerte**. Madrid: Taurus.

- Bor, R.; Perry, L. y Miller, R. (1989) **A systems approach to AIDS counseling**. Journal of family therapy, 11, 77-86.
- Bowen, M. (1976) **Family reaction to death**. En Guerin, P.(ed.) Family therapy. New York: Gardner. –
- Bowlby, J. (1993). **La pérdida afectiva**. Buenos Aires: Paidós.
- Carter, B. y McGoldrick, M. (1989) **The changing family life cycle: Framework for family therapy**. Boston: Allyn y Bacon.
- Cates, J. y Graham, L. (1990). **The effects of AIDS on the family system**. Family in society 71(41), 195-201
- De Frain, J.; Taylor, J. y Ernest, L. (1982) **Coping with sudden infant death**. Lexington: Health.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (1995) **Noticia sobre el SIDA. Informa sobre el apoyo prestado por el FNUAP a las actividades de prevención del VIH/SIDA**. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).
- Golden, W.; Gersh, W. y Robbins, D. (1992). **Psychological Treatment of cancer patients**. Nueva York: Mc Millan.
- Hayslip, B.; Luhr, D y Beyerlein, M. (1991). **Levels of death anxiety in terminally ill men: A pilot study**. Omega: Journal of death and dying 24,1, 13-9.
- <http://caibco.ucv.vt/VitaeSeis/HIV/sida3.htm>. (2000) VIH y SIDA: Historia y futuro de una epidemia mundial.
- <http://www.ssa.gob.mx/conasida/index.html> (2002)
- <http://www.ssa.gob.mx/conasida/index.html> (2002) Sección de Epidemiología.

3.3. Habilidades de Enseñanza y Difusión del Conocimiento; Atención y Prevención Comunitaria

Otras de las habilidades consideradas en el Perfil de Egreso de la Maestría son las relacionadas con las de enseñanza y difusión del conocimiento. Estas destrezas se enumeran a continuación:

- Elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria.
- Identificación de procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y grupales.
- Diseño de programas de difusión, educación e intervención para la solución o prevención de problemas psicosociales en el seno familiar y comunitario.
- Aplicación de estos programas, en colaboración con los diferentes agentes, familiares e institucionales, que intervienen.

A lo largo de los semestres se llevaron a cabo varios trabajos que pueden ser considerados productos tecnológicos, ya que contribuyeron al desarrollo de las competencias de intervención en las problemáticas familiares, de pareja y de los individuos en general.

A continuación se presentan de forma resumida las características de cada uno de los trabajos desarrollados:

3.3.1. *Productos tecnológicos, programas, libros, capítulos en libros, folletos, etc., que sirvan para la atención de los usuarios o para programas de prevención en la comunidad, o bien para los programas de formación de los terapeutas*

- a) Traducción de un texto titulado: "**Guía terapéutica para la intervención clínica. El 1-2-3 de la planificación del tratamiento**", de Sharon L. Johnson, en el cual se establece de forma resumida los pasos a seguir en el proceso terapéutico dependiendo de la demanda del paciente, así como la presentación de diferentes formatos que se pueden usar para una mejor exploración de diversas áreas. Este manual puede ser de gran utilidad para los terapeutas en cuanto a la exploración, análisis y tratamiento de diversas problemáticas.
- b) Resumen del texto "**Familia, discapacidad y enfermedad**", de J. Rolland. Este texto proporcionan planteamientos interesantes acerca de la importancia de formular intervenciones terapéuticas que ayuden a los familiares y personas con enfermedades crónicas a su adaptación a la condición de enfermedad.
- c) Banco de preguntas del texto "**Tácticas del cambio**", de Fish, R.; Weakland, J. y Segal, D.(1982) Con este material se puede hacer un seguimiento de la comprensión de los contenidos del texto por parte de los alumnos y se puede proporcionar un cuestionario como guía de estudio para la asignatura Modelo de Terapia Breve.

3.3.2. *Programas de intervención comunitaria (conferencias, talleres, etc.)*

- a) Diseño de taller titulado "**Comunicación y Relaciones Humanas**", aplicado en la Preparatoria 5 como parte de la asignatura Modelos de Intervención Comunitaria, en el cual se establecieron los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL:

Que los participantes desarrollen habilidades que le permitan el libre intercambio de sus ideas y el trabajo en equipo dentro de un ambiente de aceptación, comprensión, respeto y sinceridad.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Que los participantes se familiaricen con los principales roles que tiene cada miembro para el buen funcionamiento del sistema y se sensibilicen acerca de la importancia de la cooperación e integración grupal.
- Que los participantes adquieran información acerca del proceso de comunicación, la autocomprensión y percepción de los demás como aspectos importantes para el establecimiento satisfactorio de las relaciones.
- Que los participantes reconozcan la importancia de la asertividad y la resolución de conflictos como aspectos significativos para tener una mejor relación y mayor comunicación.

Los temas que se incluyeron fueron los siguientes:

Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que es un grupo? ▪ Características de un grupo? ▪ Cohesión, membresía y roles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicación (comunicación verbal y no verbal) ▪ La percepción del mundo es diferente para cada persona 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asertividad ▪ Resolución de conflictos

3.3.3. Reporte de la presentación del trabajo realizado (clínico y/o de investigación) en foros académicos

TIPO DE EVENTO	1er. Congreso Nacional de Adolescencia auspiciado por CENESPE, celebrado en el D.F. los días 27,28 y 29 del mes de mayo del año 2004.
ACTIVIDAD	PONENCIA: " Efectos de dos modalidades de asesoramiento psicológico grupal intensivo para la prevención del contagio heterosexual del VIH en adolescentes"
RESUMEN:	<p>Se diseñaron, aplicaron, evaluaron y se les hizo seguimiento a dos modalidades de Asesoramiento Psicológico Grupal Intensivo (Informativo y Formativo) con el propósito de conocer sus efectos sobre las Expectativas de Eficacia y de Resultado hacia el uso adecuado de preservativos masculinos en adolescentes, estudiantes de la U.E. "Jesús Niño de Cavanayen" de la ciudad de Caracas, Venezuela.</p> <p>En este trabajo, la muestra estuvo constituida por 30 jóvenes cursantes del 3er. año de secundaria y del 1ero. de preparatoria, entre 15 y 17 años, quienes fueron asignados al azar a cada una de las condiciones experimentales.</p> <p>Para el tratamiento de los datos, se empleó la Prueba "t" para muestras correlacionadas. Además, se tomaron en cuenta para realizar el análisis cualitativo de los mismos, las observaciones y evaluaciones realizadas durante el desarrollo de las actividades en cada uno de los talleres.</p> <p>Los resultados obtenidos mostraron para el caso de esta investigación, que la Modalidad de Asesoramiento Grupal Intensivo de tipo Informativo, fue más efectiva para un cambio favorable y estable en el tiempo sólo de las Expectativas de Resultado hacia el uso adecuado de preservativos masculinos.</p> <p>Por su parte, la Modalidad de Tipo Formativo resultó ser más efectiva para el mejoramiento de las Expectativas de Eficacia, aún cuando los efectos observados no se mantuvieron en el tiempo en los sujetos participantes.</p> <p>Además, los resultados de la presente investigación manifiestan la posible relación existente entre las Expectativas de Eficacia y las Expectativas de Resultado, en este caso particular, referidas hacia el uso adecuado de</p>

preservativos masculinos.	
TIPO DE EVENTO	IX Congreso de Terapia Familiar celebrado en Veracruz los días 14,15,16 y 17 de octubre del 2004.
ACTIVIDAD	PONENCIA: "Proceso de separación, intervención aplicada a un caso bajo los modelos de terapia breve y soluciones"
RESUMEN:	
<p>El proceso de separación puede ser considerado dentro del ciclo vital de las parejas o familias como un proceso evolutivo alterno, lo que indica que puede ocurrir en cualquiera de las fases del ciclo a partir de la unión de la pareja: ya hecho su compromiso de vida, antes de que ésta llegue a constituirse como familia, en sus etapas iniciales con hijos pequeños, durante el desarrollo y maduración de los mismos, o bien en la fase del nido vacío.</p> <p>Es un proceso de mayor complejidad, con múltiples causas, algunas de ellas fallas de origen en la constitución de la pareja y que determinan la imposibilidad de lograr una mínima funcionalidad y entonces, ante el fracaso de los intentos de reintegración se puede considerar como una alternativa de solución.</p> <p>La etapa del ciclo vital de la familia en que se dé este proceso tiene diferentes implicaciones tanto en la pareja como en los hijos.</p> <p>Por ser una decisión que requiere de muchos cambios y de la reestructuración de la familia es importante una adecuada ayuda profesional especializada.</p> <p>En este sentido en el presente trabajo se hace una propuesta del manejo terapéutico de la situación a partir del enfoque sistémico bajo los modelos de Terapia Breve y de Soluciones, a través de su aplicación en un caso terapéutico. Se enfatiza la importancia de trabajar en primer lugar la inculcación y condena al otro como de uno mismo y aún de los hijos, pasando así a un sentido de corresponsabilidad en cuanto a equívocos o fallas dentro de la relación de pareja. Por otro lado, se intenta la superación del pasado que permite la reconstrucción de la vida con la consecuente comprensión de ese pasado y el cambio de actitud hacia él, con un énfasis hacia el futuro.</p> <p>Por último y no menos importante, se hace la exploración de los recursos y herramientas del paciente para llevar a cabo los cambios correspondientes y para que esos cambios se mantengan en el tiempo.</p>	

3.4. Habilidades de compromiso y ética profesional

Las habilidades de compromiso y ética profesional forman parte del Perfil de Egreso y permiten que el alumno adquiera un compromiso profesional y le de importancia a su trabajo en pro de las personas que necesitan ayuda.

Durante el desarrollo de la Maestría fue importante que tanto los alumnos como los supervisores mantuviesen en todo momento un respeto no sólo por los pacientes o familias atendidas, sino también por los demás profesionales y compañeros.

En ese sentido las habilidades de compromiso y ética profesional correspondientes al perfil del egresado que se desarrollaron durante el

proceso de formación estuvieron relacionadas con mostrar una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de cada uno de los pacientes en cuanto a la problemática expuesta en las sesiones y la puntualidad en las citas.

Además se pudo observar un respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, opiniones y experiencias personales de cada uno de los miembros del equipo terapéutico al saber escuchar cada una de las intervenciones y buscar el beneficio de cada una de ellas en pro del paciente que se estaba atendiendo en ese momento.

Para cada sesión se hacía un análisis honesto y respetuoso del trabajo terapéutico del compañero a través de sugerencias acerca de posibles formas de formular preguntas más apegadas al modelo, todo esto bajo las normas de la ética. Este tipo de retroalimentación ayudó mucho a la formación y desarrollo profesional de cada uno de los alumnos.

Con cada una de las familias atendidas se pudo observar un ambiente de respeto, comprensión y empatía, no sólo de los terapeutas, sino también de los integrantes del equipo terapéutico y de supervisión. La preparación de cada sesión, así como la definición de las intervenciones se llevaron a cabo con respeto y cordialidad, siempre en función de beneficiar a los pacientes.

Como último aspecto, se puede destacar la importancia de que los supervisores consideraran a los terapeutas no sólo como profesionales sino también como seres humanos que pueden ser afectados por las problemáticas de las familias, al explorar con ellos su postura y actitudes hacia lo observado en sesión.

Considero que es importante en el trabajo profesional y sobretodo en el trabajo terapéutico mostrar en todo momento empatía y comprensión por el paciente o familia que asiste a la terapia, de dejar a un lado en cuanto sea posible nuestros juicios hacia la forma cómo los pacientes ven y sienten su problema. Es difícil dejar de juzgar, puesto que esta es una característica intrínseca de todos los seres humanos. Por ello, el principio de neutralidad es fundamental en el trabajo terapéutico. Nuestra labor es permitir a los pacientes lograr cambios en su problemática; cuando nuestra colaboración está mediada por los juicios, es muy probable que nuestra objetividad se pierda y nuestra ayuda sea innecesaria y/o incorrecta.

Ahora, si podemos usar parte de nuestra experiencia personal como técnica dentro de las sesiones, sería de gran utilidad para normalizar la forma como el paciente vive el problema.

La ética y la moral son conceptos muy importantes que todos los profesionales de la salud mental y de otras áreas en general deben de practicar, pensando en todo momento en beneficiar a las personas que buscan nuestra ayuda.

Por otro lado, no debemos olvidar nuestro rol como controladores sociales. Cuando podemos percibir que algún paciente se encuentra en peligro o en los momentos que sentimos que es importante acudir a otras instancias que ayuden a solucionar la problemática, es relevante que llevemos a cabo las acciones necesarias en beneficio del paciente y/o su familia.

Dentro del tema de la ética no se puede dejar de lado lo relacionado con las competencias que se deben desarrollar para ser terapeutas. No todo psicólogo

tiene las habilidades para serlo, a menos que ingrese a un programa de entrenamiento para tal fin.

He visto como colegas que no tienen la formación, dicen ser terapeutas. Esto no me parece adecuado. Es importante regularizar esta situación y darle énfasis al beneficio que se obtiene al recibir entrenamiento en terapia.

El sentido de confidencialidad es otro punto a tratar. Como se dijo en párrafos anteriores; dependiendo del caso que se esté abordando, si consideramos que el paciente o algún miembro de la familia se encuentran en peligro, es importante canalizarlo. En otras circunstancias, es primordial respetar la postura del cliente de que nadie más sepa lo que se trata en sesión.

Además, si es un cliente que asiste obligado a sesión y no se indaga sobre su motivo de consulta, también debe haber un respeto hacia el proceso terapéutico. Para que hayan metas terapéuticas, debe haber un compromiso tanto del terapeuta como del cliente; si una de las partes no está comprometida, se debe pensar en el término de la relación terapéutica.

En la relación terapéutica, es importante mantener el límite entre terapeuta-cliente. El terapeuta es la persona que tiene las herramientas necesarias para ayudar al cliente en la identificación de los recursos y le faciliten la solución de su problemática en un ambiente neutral y de confianza. No estoy de acuerdo con los terapeutas que salen con sus clientes fuera del contexto de terapia, porque se pierde el sentido profesional.

Por último y no menos importante hay que considerar la relevancia de dar a conocer las investigaciones que se hacen en el área, porque esto contribuye a elaborar programas de intervención para problemáticas comunes en nuestra sociedad y nos permite desarrollar nuevas teorías, con el propósito de hacer cada vez mejor las cosas en beneficio de la Psicología y de la comunidad en general.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

4.1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas

Al hacer un análisis de cada una de las actividades realizadas durante el proceso de formación en la Maestría y de los conocimientos adquiridos en cada una de las materias teóricas tanto del Tronco Común como las propias de la Residencia, se adquirieron las siguientes habilidades y competencias:

Habilidades teórico-conceptuales: en las diferentes sesiones de clase a través de actividades tales como exposiciones, reflexiones, role playing, etc., se logró conceptualizar los aspectos más importantes de los diferentes modelos expuestos, analizar y discutir el beneficio y aplicación de dichos modelos e identificar su aplicación clínica, tomando en cuenta el contexto de la problemática y las características de la familia.

Habilidades clínicas: Se aplicaron las técnicas de cada modelo bajo supervisión y se hacía un análisis del proceso terapéutico, se pudo evaluar el tipo de problema y opciones de solución de los pacientes; definir los objetivos terapéuticos de manera colaborativa con ellos tomando en cuenta su motivo de consulta; generar intervenciones propias de cada uno de los modelos supervisados en conjunto con el equipo terapéutico; adquirir una capacidad de observación del proceso terapéutico a través de los aspectos y conceptos generales de los modelos teóricos y elaborar los reportes de sesión de acuerdo a las pautas establecidas.

Habilidades de investigación cuantitativa y cualitativa: A través de la elaboración de un anteproyecto de investigación, exposiciones y trabajos de campo, se logró conducir trabajos de investigación aplicados a los diferentes espacios profesionales, tomando en consideración los problemas actuales que confrontan las familias mexicanas.

Habilidades de enseñanza y difusión: Con el diseño, aplicación y evaluación de un taller se lograron adquirir las habilidades hacia la prevención, con lo cual se pueden identificar procesos que ayudan a resolver o prevenir problemas familiares y/o grupales.

Habilidades de ética y compromiso social: Como profesionales de la salud mental, a través de una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con los pacientes atendidos y la tolerancia hacia los diferentes enfoques y opiniones de los miembros del equipo terapéutico, supervisores y profesores.

4.2. Incidencia en el campo psicosocial

La Terapia Familiar Sistémica y las Terapias Posmodernas describen las formas en que los seres humanos en contextos sociales, construyen cognitivamente y en el lenguaje el mundo en el que viven y la repercusión que dicho proceso tiene en la formación de problemas humanos y del cambio terapéutico. Uno de los contextos sociales más importante es la familia, considerada como el pilar fundamental de la sociedad y dentro de la cual se construyen los primeros significados y se desarrollan los valores y patrones conductuales que serán útiles para la adaptación del individuo a otros contextos.

Se ha mostrado la efectividad de estos enfoques en el trabajo clínico debido a la brevedad en los procesos terapéuticos que brinda la posibilidad de atender una diversidad de problemáticas psicológicas que se presentan en individuos, parejas, familias y/o grupos.

El desarrollo de la Terapia Familiar Sistémica y las Posmodernas en México, es de vital importancia no sólo en el ámbito de la atención directa a los pacientes, sino también en el área de la investigación, ya que posibilitaría un sin fin de recursos nuevos en beneficio de la población que lo necesite. Debe de ser una atención accesible a toda persona, sin importar su condición social y económica.

4.3. Análisis del Sistema Terapéutico Total

Loganbill, Ardí y Delworth (en Bernard y Goodyear, 1992) definen a la supervisión como una relación interpersonal en la cual una persona funge como facilitadora en el desarrollo de competencia terapéutica de la otra persona.

Según Licea (2004), históricamente la supervisión ha sido una de las modalidades más usadas en el entrenamiento de la Terapia Familiar. En ésta un supervisor guía a un terapeuta mientras trabaja con las familias o pacientes. Esta modalidad puede adoptar varias formas: un espejo de doble visión detrás del cual el supervisor observa al supervisado; otras veces los clientes, el terapeuta y el supervisor están en una misma sala.

La supervisión involucra varios niveles de atención: los pacientes, los supervisados, el equipo terapéutico, el supervisor y los requerimientos institucionales.

Desde una tradición sistémica, se habla del supervisor como de aquella persona que está en un metanivel al sistema terapéutico y esa posición le da una visión más amplia y por lo tanto más completa. Además, el supervisor y el supervisado se encuentran en una relación jerárquica en la que el supervisor es responsable del trabajo del supervisado. (Bernard y Goodyear, 1992)

Stoltenberg y Delworth (1987) sugieren que para llevar a cabo una supervisión es necesario que el supervisor posea competencias caracterizadas por la habilidad de asumir una variedad de roles, tantos como sean necesarios. La supervisión requiere de conocimientos específicos, habilidades y actitudes.

Borders y Leddick (1987) sugieren que el rol del supervisor incluye tres tipos de relaciones: a) orientador; b) profesor, y c) consultor. Haley (1976) sugiere que el rol del supervisor podría ayudar al terapeuta a identificar la solución a los problemas relacionados con los casos en los cuales esté trabajando.

Montalvo (1973) en su ensayo sobre *Supervisión en vivo*, reúne varios elementos que conforman una supervisión seria y responsable. Primero hay que acordar los límites del trabajo; segundo cuando el supervisor emplea el término "debes", está realizando una fuerte sugerencia de hacer lo que plantea: no es una imposición, pero sí existe el interés de subrayar la importancia de la indicación.

Se han desarrollado en México diversas metodologías para la supervisión. Por ejemplo, Fortes, Iturralde y Espejel (1998) plantea que la supervisión

debe ser vista como una experiencia de aprendizaje circular en la cual se deben tomar en cuenta todos los grupos que integran dicho proceso (los observadores, los supervisores y los terapeutas).

Tomando en consideración los datos anteriormente presentados y basada en la Cibernética de 2do. orden, el cambio que se produce en las familias ocurre tanto dentro como fuera del sistema terapéutico, ya que tanto el terapeuta como el equipo terapéutico influyen para que se produzca dicho cambio a través de la retroalimentación, se puede decir con respecto a las observaciones clínicas durante la formación en la maestría lo siguiente:

En los inicios de la formación terapéutica teníamos el rol de equipo terapéutico como "observadores" del proceso de las familias detrás del espejo unidireccional. Esta visión nos permitió tener diversas formas de intervención hacia la familia y hacia el terapeuta. A medida que fuimos adquiriendo los conocimientos principales de los modelos terapéuticos, nuestra visión se fue ampliando y podíamos "tener lecturas" diferentes de una misma problemática dependiendo del enfoque bajo el cual hiciéramos el análisis.

Poco a poco, cada uno de los alumnos adoptó el rol de terapeuta, quien tenía la responsabilidad de llevar el proceso terapéutico con los pacientes en un ambiente de respeto y empatía.

La modalidad de trabajo en cada una de las supervisiones se llevó a cabo de la siguiente forma:

- *Presesión:* En la cual tanto los supervisados, el terapeuta y el supervisor planificaban el trabajo a llevar a cabo con los pacientes.
- *Sesión:* Atención a la familia por el terapeuta, mientras el supervisor y el equipo terapéutico observaban y comentaban lo sucedido durante la sesión, además que diseñaban mensajes e intervenciones finales para los pacientes.
- *Postsesión:* Al terminar la sesión se llevaba a cabo un análisis de la información obtenida y se planificaban las intervenciones para sesiones siguientes.

Cabe destacar que generalmente los supervisores propiciaban la generación de comentarios y proporcionaban referencias bibliográficas relacionadas con los temas abordados en las sesiones.

La labor dentro de la supervisión se puede graficar de la siguiente manera:

SISTEMA FAMILIAR + TERAPEUTA = SISTEMA TERAPEUTICO

A raíz de las diferentes intervenciones con cada una de las familias atendidas se confirmó la capacidad del Sistema Terapéutico Total para adoptar y mantener una determinada actitud hacia el cambio y para usarla terapéuticamente, dejando a un lado el énfasis en las propias posturas y poniendo al servicio de las familias aquellos aspectos que pudieran beneficiar el cambio.

Tanto los terapeutas como el supervisor y el equipo terapéutico buscaron las pautas que conectan las interacciones entre cada uno de los miembros de la

familia con la finalidad de identificar los ciclos recursivos problemáticos y planear intervenciones directas para ello, de acuerdo al modelo utilizado.

Se mostró además el dilema de que no se puede cambiar el problema sin cambiar el sistema familiar y se enfrentó a la familia con su propio dilema.

Se buscó en todo momento la retroalimentación que inicia un aprendizaje y un cambio de segundo orden al comparar distintos contextos, encuadres y puntuaciones de cada uno de los miembros de la familia.

Fue importante analizar el contexto histórico, cultural y el ciclo vital de las familias, ya que para cada una de ellas era diferente. Esto facilitaba la comprensión de sus pautas de interacción y sistema de creencias; y brindaba un panorama más amplio de las explicaciones que las familias le daban a sus problemáticas.

En cuanto a la postura del terapeuta en función del modelo utilizado para analizar la problemática de las familias se puede decir que existió una congruencia entre la epistemología del terapeuta y el modelo utilizado. Esto se observó en aquellos terapeutas que aplicaban las intervenciones sin ninguna dificultad.

En otros casos se pudo observar la dificultad para emplear la terminología adecuada, teniendo la necesidad el equipo terapéutico y el supervisor de ser más precisos en las indicaciones e intervenciones y guiarlos de una manera acotada en la formulación de preguntas ajustadas al modelo revisado. El continuo aprendizaje y apoyo permitía a los terapeutas mejorar poco a poco en beneficio de la familia y de su proceso de formación.

Cada terapeuta al tener su estilo propio y su epistemología, se inclinaba por algún modelo teórico que fuera congruente con él, observándose una fluidez en sus intervenciones y una comodidad al trabajar con las familias. Lo importante es siempre buscar lo que beneficie a las familias y al terapeuta; y promover así el cambio.

No se puede dejar de lado la importancia de los procesos evolutivos individuales de cada terapeuta al momento de la intervención con las familias.

Este aspecto es relevante analizarlo, porque así como el sistema de creencias influye en la atención de las familias, también la etapa por la cual esté atravesando el terapeuta es fundamental para que de una forma ética y profesional tenga la conciencia de si se puede continuar con un proceso terapéutico o no.

En este sentido, si alguna problemática hace resonancia en el terapeuta, es necesario que se pregunte a sí mismo si puede continuar con el proceso, porque no estaría brindando un 100% de sus capacidades para promover el cambio y estaría ingresando al sistema terapéutico información proveniente de su propia experiencia que no sería lo suficientemente útil para un cambio esperado de 2do orden.

EQUIPO DE SUPERVISADOS+SUPERVISOR=SISTEMA DE SUPERVISION

En cada uno de los grupos se contó con diferentes supervisores que junto con el equipo terapéutico, proporcionaron múltiples visiones, aparte de la

percepción que presentaba cada uno de los miembros del sistema familiar con respecto al problema o motivo de consulta. Esto fue de gran utilidad puesto que en los momentos de discusión teórica y metodológica brindó múltiples epistemologías y posturas con respecto al problema planteado por la familia, como de las conductas que emitían cada uno de los integrantes que se podían observar y que pudiesen estar manteniendo el problema.

La diversidad de sistemas de creencias y valores fueron enriquecedores, en el sentido que no sólo se contaba con las creencias de la familia en torno al problema, sino también con las del/a supervisor/a y además con las del equipo terapéutico, lo cual abría un abanico de posibilidades para estructurar las intervenciones. Con esto también se puede señalar la importancia de la conciencia que pueda tener un terapeuta con referencia a sus creencias ante diversas problemáticas y como estas creencias pueden repercutir en el desarrollo de intervenciones dentro del proceso terapéutico.

SISTEMA TERAPEUTICO TOTAL=SISTEMA TERAPEUTICO +SISTEMA DE SUPERVISION

Esta última gráfica refleja el trabajo de supervisión propiamente dicho, que fue parte fundamental en la aplicación clínica de los modelos terapéuticos revisados teóricamente. A través de la supervisión, los alumnos pudieron desarrollar las habilidades clínicas y de ética profesional al llevar a cabo sesiones en vivo y los informes correspondientes a cada caso atendido.

Cada uno de los alumnos tuvo la oportunidad de estar no sólo como parte del equipo terapéutico, sino también como terapeuta. Lo que permitió una flexibilidad de roles y un aprendizaje más profundo del tipo de trabajo que se realiza bajo el enfoque sistémico.

En el trabajo con equipo terapéutico, fue relevante explorar la persona del terapeuta en cuanto a las problemáticas abordadas. Esto ayudó en mucho para el desempeño del terapeuta porque de esa forma podía separar su propia experiencia de la de la familia y así desarrollar intervenciones apropiadas.

Se puede señalar además la importancia del respeto de cada uno de los terapeutas por el punto de vista del otro, observándose un verdadero trabajo en equipo al pensar en intervenciones que fueran útiles para la familia.

4.4. Reflexión y análisis de la experiencia

Para mí la experiencia de haber formado parte de la Maestría en Terapia Familiar fue una experiencia enriquecedora.

Considero que fue muy útil haber participado como terapeuta y como parte del equipo terapéutico. Existen diferencias fundamentales en cada uno de los roles, aunque el nivel de responsabilidad que se tiene frente a los pacientes es el mismo.

Por un lado el tener el rol de terapeuta requiere la exploración exhaustiva de la problemática familiar, además de tener la postura de curiosidad para

obtener la mayor información posible. Es importante además la neutralidad hacia cada uno de los miembros de la familia y hacia su problemática. La comprensión de la postura de la familia ante su problema, la aceptación de sus sistemas de creencias y valores es parte importante del rol terapéutico.

Dentro de la maestría se tuvo la oportunidad de conocer diversos modelos provenientes del enfoque sistémico y posmoderno, lo cual abrió un amplio panorama de posibilidades de atención terapéutica, además de permitir a los alumnos conocer e integrar a su propio estilo terapéutico los aspectos que mayormente le interesaran para su formación profesional.

Bajo un criterio personal fue importante reconocer que no se tienen las habilidades para manejar perfectamente todos los modelos. Como terapeuta pude constatar la dificultad o facilidad que se puede tener para formular preguntas bajo un modelo particular. Llegué a sentirme más cómoda con algunos modelos que con otros, lo cual me indicó que se puede ayudar a los pacientes desde el modelo que sea más congruente con el estilo y postura terapéutica.

En este mismo orden de ideas, al haber una congruencia entre el modelo teórico y el estilo terapéutico, debe de haber una congruencia entre el modelo teórico y los pacientes. Es decir, que de acuerdo a las características de los pacientes, el terapeuta debe adecuar el modelo y utilizar aquellas técnicas de intervención que mejores resultados pudiesen tener para impulsar el cambio. Tener las técnicas y estrategias al servicio de los pacientes y no los pacientes al servicio de las técnicas.

Como parte del equipo terapéutico fue significativo compartir con el resto de los miembros las diferentes posturas y opiniones con referencia a los temas de las sesiones. Lo más relevante de este rol es que toda intervención dentro del equipo tenía la finalidad de beneficiar a los pacientes, cualquier crítica que se tuviese con respecto a la familia se modificaba de tal manera que sirviese de intervención terapéutica y de retroalimentación para la misma. Es una labor enriquecedora que permite desde otra postura entender la problemática y explorar las soluciones más adecuadas a las mismas.

Se apoya con las sugerencias y mensajes tanto al terapeuta como a la familia, vistos de esta manera como un sistema terapéutico. El equipo funge como monitorizador de la postura del terapeuta y de la familia, sugiere cierto tipo de preguntas cuando observa que las utilizadas por el terapeuta no están adecuadas para el objetivo terapéutico y envía mensajes a la familia cuando lo encuentran necesario.

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

Cuando se habla de desarrollo profesional pareciera ser que se deja de lado el crecimiento personal. En mi caso no fue así, durante el proceso de formación de la maestría pude vivir experiencias importantes que no sólo me ayudaron para desarrollarme como terapeuta, sino también como persona. El tipo de problemática que tenían cada una de las familias atendidas hacía que me volteara a ver a la mía propia pensando que probablemente sus problemas tenían soluciones más rápidas que la de los mismos pacientes y a reflexionar acerca de ciertas situaciones familiares a las que no le veía una

posible solución que pudieron haber impulsado que me interesara en ser terapeuta familiar.

En cuanto a la incidencia del trabajo terapéutico en las familias, como se ha planteado en apartados anteriores de este reporte, es importante contar con modelos de intervención al servicio de los pacientes que en un breve tiempo y sin mermar su presupuesto, puedan de una manera efectiva buscar las soluciones adecuadas a sus diversas problemáticas. Los modelos surgidos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna, por sus características pueden ofrecer estas facilidades.

Por otro lado, por no existir esta maestría en mi país, pensé en aprovechar los conocimientos obtenidos para apoyar a la sociedad venezolana, conocer su problemática y desarrollar programas en pro de la comunidad. En mi práctica profesional es un gran compromiso aplicar lo aprendido para sembrar las bases de un mejor futuro para las familias venezolanas.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Andersen, T. (1991) *El equipo reflexivo*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H (1997) **Conversation, language and possibilities. A postmodern approach to therapy**. Nueva York: Basic -Book.
- Anderson, H (1999) **Reimagining family therapy: reflections on Minuchin 'invisible family**. *Journal of marital and Family Therapy*, 25, 1-8.
- Ashby, W.(1954) **Design for a brain**. Nueva York: John Wiley and sons.
- Beltran, L. (2004) **El enfoque colaborativo y los equipos reflexivos**. En Eguiluz, L. (comp.) *Terapia Familiar, su uso hoy en día* (pp.197-224) México: Pax.
- Bernard, J. y Goodyear, R. (1992) **Fundamentals of clinical supervision**. Needham Heights, Ma: Allyn y Bacon.
- Borders, L. y Leddick, G. (1987) **Handbook of counseling supervision**. Alexandria: Association of Counselor Education and supervision.
- Bowen, M. (1978) **Family Therapy in clinical practice**. New York: Rowman and Littlefield Pub. INC.
- Brenes, A. (1970) **El laboratorio de comunicación matrimonial: un servicio preventivo de los problemas de pareja**. *Anuario de psicología*, 21, p. 107-132.
- Caldeiro, G. (2006) **La hermenéutica**. Recuperado 8 de mayo de 2007 de <http://www.pilosofia.idóneos.com//index.php/353459>.
- Cazabat, E. (s/f) **Terapia Breve estratégica o el Modelo de Palo Alto**. Recuperado 8 de Mayo de 2007 de <http://www.geocities.com/cazabat/paeto.html>.
- De Shazer, S. (1987) **Pautas de terapia familiar breve**. Buenos Aires: Paidós.
- Eguiluz, L. (1997). **Una alternativa epistemológica: los métodos cualitativos en las ciencias sociales**. *Revista de Psicología Iberoamericana*, 5 (3) 6-12. México. Universidad Iberoamericana.
- Fish, R.; Weakland J. y Segal D. (1982) **Tácticas de cambio**. Barcelona, España: Herder.
- Fortes, J., Iturralde, G. y Espejel, E. (1998) **El proceso de supervisión en vivo: una experiencia de aprendizaje circular**. En M. López. *La supervisión en la Psicoterapia. Modelos y Experiencias*. México: Universidad Iberoamericana.
- García de Alba, J., Salcedo, A.; Covarrubias, V.; Colunga, C. y Milke, M. (2004) **Diabetes Mellitas tipo 2 y ejercicio físico. Resultados de una intervención**. *Revista Médica IMSS*, 42 (5) p.p. 395-404.
- Gergen, K. (1991) **The saturated self. Dilemmas of identity in contemporary life**. New York: Basic Books.

- Haley, J. (1986) **Terapia no Convencional**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Haley, J. (1988) **Terapia para resolver problemas**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1981) **Fundamentos de la Terapia Familiar**. D F, México: FCE.
- Hoffman, L. (1985) **Beyond power and control: toward a "second order" family systems therapy**. *Family Systems Medicine* (3) 381-389.
- Salud de la mujer (s/f). Recuperado 8 de mayo, 2005 de <http://www.mediweb.com.mx/script/viewart.php?id=38>
- Ibarra, A. (2004) **¿Qué es la terapia colaborativa?** *Athenea Digital*,5, pp. 1-8.
- INEGI (1998) **La familia mexicana**. México.
- INEGI (2003) **Estadísticas a propósito del día internacional para la eliminación de la violencia contra las mujeres**.
- Jutoran S. (1994). **El proceso de las ideas sistémico-cibernéticas**. *Revista de Sistemas Familiares*. Año 10 Num.1 Abril. Recuperado 24 de abril de 2005 de <http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/2556>
- Karpel, M (1994) **Evaluating couples. A handbook for practitioners**.
- Keeney, B. (1983) **Estética del Cambio**. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Kim Berg I, Miller, S. (1992) **Trabajando con el problema del alcohol**. Nueva York: Norton
- Licea, G. (2004) **Supervisión en vivo con un grupo de terapeutas en formación: características y estilos de aprendizaje y la percepción del proceso de supervisión**. En G. Licea, I., Paquentin, y H., Selicoff (comp.) *Voces y más voces*. México: Alinde.
- Madanes, C. (1982) **Terapia Familiar Estratégica**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu
- Maida, A.; Molina, M. y Del Río, M. (2003) **Taller "La persona del terapeuta": Una experiencia de formación que promueve el aprendizaje**. *Educación Médica*, 6(2) p.p. 112-116.
- Maldonado, M. (1997) **El Constructivismo Radical y la Investigación Literaria**. *Revista de Filología Alemana*. Núm. 5. Pág. 29-62
- McNamee, S., y Gergen, K. (1996) **La terapia como construcción social**. Barcelona: Paidós
- Minuchin, S. (1976) **Familias y Terapia Familiar**. México: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981) **Técnicas de Terapia Familiar**. Barcelona: Paidós.
- Moctezuma, M. (1986) **La Familia en México: Patrones dominantes**. Cuadernos de Terapia Familiar. Centro de Diagnóstico y Terapia Familiar.

- Moulthrop, D (1990) **Husbands, wives, and lovers: The emotional system of the extramarital affair.** Nueva York: Guilford.
- Munne, F. (1999) **Constructivismo, construccionismo y complejidad. La debilidad de la crítica en la psicología construccionista.** *Revista de Psicología Social*, 1999, 14, 2-3, 131-144.
- Ochoa, I. (1995) **Enfoques en terapia familiar sistémica.** Barcelona: Herder.
- O'Hanlon, W., Weiner-Davis (1989) **En busca de soluciones.** Buenos Aires: Paidós
- Osorio, F. y Arnold, M (1998) **Introducción a los conceptos básicos de la Teoría General de sistemas.** Recuperado el día 15 de agosto de 2005 de <http://www.conocimientoysociedad.com/comunicación.html>
- Packman, M. (1996) **Construcciones de la experiencia humana.** Barcelona: Gedisa.
- Papp, P. (1988) **El proceso de cambio.** D F, México: Paidós.
- Pittman, (1989) **Private lies: infidelity and the betrayal of intimacy.** Nueva York: Norton.
- Ríos, J (1994) **Manual de Orientación y Terapia Familiar.** Madrid: Instituto de Ciencias del hombre.
- Ruiz, A. (s/f). **La narrativa en la terapia cognitiva post- racionalista.** Recuperado el 8 de Mayo de 2007 de <http://www.antew.ce/articulo/a2/texto.htm>
- Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. y Prata, G. (1988) **Paradoja y Contraparadoja.** Barcelona, España: Paidós.
- Steinglass, P (1978) **The conceptualization of marriage from a Systems Theory Perspective.** En T. Paulino y bB. Mc, Crady (eds) *Marriage and Marital Therapy.* Nueva York: Brunner/Mazel.
- Stoltenberg, C. y Delworth, U. (1987) **Supervising counselor and therapist: a developmental approach.** San Francisco: Jossey- Bass.
- Tomm, K. (1984) **One perspective of the Milán systemic approach: Overview of the development, theory and practice.** *Journal of Marital and Family Therapy* 10, 113-125
- Tomm, K. (1984) **One perspective of the Milán systemic approach: part II. Description of sessions format interviewing style and interventions. Overview of the development, theory and practice.** *Journal of Marital and Family Therapy* 10 (3), 253-271.
- Von Foerster, H. (1991) **Las semillas de la cibernética.** Barcelona: Gedisa.

- Von Glasersfeld, E. (1984) **An introduction to radical constructivism.** En P. Watzlawick (edit) *The invented reality.* Nueva York: Norton.
- Watzlawick, P. (2000). **Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad.** Barcelona. Paidós.
- Watzlawick, P. y Jackson, D. (1982). **La teoría de la comunicación humana.** Argentina: Tiempo Contemporáneo.
- Watzlawick, P. y Weakland, J. (1977) **The interactional view.** Nueva York: Norton.
- White, M. (1989) **Guías para una Terapia Familiar Sistémica.** Barcelona, España: Gedisa.
- White, M. y Epston, D. (1993) **Medios Narrativos para Fines Terapéuticos.** Barcelona, España: Paidós.
- Witzezae, J. y García, T. (1994) **La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales.** Barcelona: Herder.

VI. ANEXOS

6.1 ANEXO 1: PROYECTO No. 1

ESCALA DE MEDICION DE LA COMUNICACIÓN APREHENSIVA EN LA PAREJA

Como parte de las actividades de la asignatura Medición y Evaluación II y para poner en práctica los conocimientos adquiridos durante curso, se pidió un artículo en el cual apareciera una escala para medir procesos familiares.

En este sentido se tomó el artículo titulado "The measurement of communication apprehension in the marriage relationship" de los autores William Powers y Kevin Hutchinson (1979), quienes diseñaron y aplicaron para su validez y confiabilidad una escala titulada "Escala de medición de la comunicación aprehensiva en la pareja"

A continuación se presenta el sustento teórico, una breve descripción del instrumento, así como el proceso de adaptación de la escala a nuestro país y la confiabilización en una muestra de estudiantes de la Universidad Nacional Autónoma de México.

ENFOQUE TEORICO:

Como lo plantea Bochner(1976), se han llevado a cabo una serie de investigaciones relacionadas específicamente con la comunicación de pareja. La evidencia apoya el rol crucial de la comunicación en el desarrollo y la satisfacción de la relación de pareja. El aumento de reportes de la insatisfacción marital han estado acompañados por indicaciones acerca de la comunicación inadecuada entre los miembros de la familia (Bey y Lange, 1974; Satir, 1964).

Obviamente, el ambiente familiar provee un crecimiento fértil tanto para el estudio teórico y práctico de los antecedentes y condiciones consecuentes de las variables de comunicación.

La comunicación aprehensiva es una variable que tiene consecuencias profundas para el individuo en la relación de pareja.

Ha sido conceptualizada como un síndrome relacionada con la personalidad en la cual el alto miedo individual de aprehensión de comunicar vale más que la ganancia proyectada de la interacción (Phillips, 1968; McCroskey,1970). El instrumento de autorreporte más prevalente designado para medir la comunicación aprehensiva es el PRCA (Personal report of communication apprehension) (McCroskey,1970). Este instrumento mide la comunicación aprehensiva oral. La confiabilidad interna estimada se encuentra entre los valores .92 y .94 con una confiabilidad test-retest de .83. La validez predictiva ha sido impresionante.

Las adaptaciones del instrumento han sido realizadas para categorías específicas de individuos en diferentes contextos (estudiantes de secundaria y preparatoria y adultos en empresas), con cada adaptación se ha mantenido la alta confiabilidad y validez estimadas. Un solo factor ha emergido de todas las aplicaciones con instrumentos diferentes consistentes en cambios situacionales en varios ítems designados a reflejar validez aparente. Cada uno de los instrumentos son designados a medir una orientación individual hacia la comunicación en una variedad de contextos, la forma

PRCA no incluye ítems específicamente orientados hacia la comunicación en el contexto de pareja. Los ítems en la presente forma del PRCA reflejan comunicación con diferentes tipos de receptores (nuevos conocidos, audiencia, reuniones, grupos, en público, con amigos, etc.) bajo más o menos condiciones potencialmente estresantes.

McCroskey (1970), también desarrolló el Reporte Personal de la Ansiedad para hablar en público, el cual fue significativamente pero no tan fuertemente correlacionado con el PRCA ($r=.41$). Se notó previamente que los ítems referentes a hablar en público no crearon un factor separado con el PRCA. Dentro del ambiente marital, sin embargo, la persona individual está constantemente involucrada emocionalmente. Puede haber una situación en la cual se produce un tipo de aprehensión distinta de la comunicación aprehensiva general.

Muy poco se ha conocido acerca de la comunicación aprehensiva en el contexto marital. Con la diferenciación del impacto de los estados característicos, la comunicación aprehensiva de los esposos es definida como un síndrome duradero en el cual el individuo tiene miedo de comunicarse con la ganancia proyectada del esposo en la interacción en una variedad de situaciones. El desarrollo del Inventario de comunicación marital de Bienvenu (1970) en el mejor trabajo en relación con la variable comunicación en el ambiente marital. Provee un indicativo de la comunicación general dentro de la relación, incluyendo ítems de comunicación orientada que refleja tanto la perspectiva del esposo como las razones para esas perspectivas. Es posible que la comunicación aprehensiva del esposo tratada como una característica de personalidad o como un estado situacional pueda estar relacionada a la comunicación generalizada de una manera antecedente o consecuente.

La comunicación aprehensiva de los esposos debe distinguirse de la comunicación aprehensiva en general y mantener un impacto hacia el reconocimiento de variables maritales ambientales. Este estudio inicial tiene como objetivo determinar la relación entre la comunicación aprehensiva en el ambiente marital y la comunicación aprehensiva general, para desarrollar una medida de autorreporte de la comunicación aprehensiva que refleje que el ambiente marital y provea indicativos preliminares de confiabilidad y validez.

DESARROLLO DEL INSTRUMENTO

Siguiendo los patrones establecidos por McCroskey(1970), 30 ítems tipo Likert fueron generados para reflejar el potencial de las situaciones de comunicación aprehensiva en el ambiente marital. Los ítems estaban relacionadas solo con la interacción esposa - esposo sin mencionar los hijos o familia extensa. Se tuvo cuidado en mantener una orientación general en la construcción de los ítems, evitando una respuesta basada en el contexto de una situación específica. La mitad de los ítems fueron diseñados positivamente y la otra mitad negativamente. Un patrón de 5 puntos entre totalmente de acuerdo y totalmente de acuerdo fue establecido para cada ítem.

Los 20 ítems de la medida general de la comunicación aprehensiva y los 30 ítems orientados al esposo fueron incluidos como una unidad en el proyecto. Los sujetos fueron 210 adultos casados compuestos en 105 unidades maritales, quienes fueron seleccionados al azar de una comunidad de clase media del medio oeste. Los sujetos completaron el instrumento en sus casas. Los paquetes completos fueron o recogidos por un asistente de la investigación o enviados por correo. Los nombres y apellidos no fueron recolectados. Todas las parejas de casados recibieron instrucciones de no discutir sus respuestas hasta después que haya sido devuelto el paquete.

Los puntajes de los 50 ítems del instrumento fueron sometidos al análisis factorial con rotación varimax. Dos factores fueron registrados. Para un factor fue considerado significativo, tres ítems tuvieron carga apropiada. Para un ítem fue considerado como cargado apropiadamente en un factor.

El análisis factorial inicial produjo la solución de dos factores reportado en la tabla 1. La solución contó para 32 % de la varianza total. El factor I denominado PRCA, contó para 19% de la varianza. El factor II denominado PRSCA (reporte personal de la comunicación aprehensiva del esposo), contó con 13% de la varianza. La consistencia interna obtenida para los 18 ítems cargados como altos fue substancial ($r=.95$). Los 15 ítems catalogados como altos en el PRSCA obtuvieron una consistencia interna comparable ($r=.88$). La correlación total de los ítems en cada instrumento excedió el nivel .001 de significancia. La correlación entre los puntajes totales en cada dimensión fue significativa ($r=.16$), pero débil

Con la medida del PRCA como una característica de la personalidad y el PRSCA confinado a los receptores de una aprehensión específica, parece plausible que esta última puede ser considerada como una medida general de la comunicación aprehensiva en una situación específica. Claramente, los ítems representan cada concepto de las diferentes dimensiones y resulta en las diferentes distribuciones

ADAPTACION DEL INSTRUMENTO:

Para llevar a cabo la adaptación del instrumento, se hizo una traducción al español de cada uno de los ítems con la colaboración de los compañeros de la clase, quienes daban su opinión acerca de las palabras que se pudiesen usar que fueran comprensibles para la población. Se realizaron dos revisiones para asegurar que el sentido de cada uno de los ítems no se haya perdido con la traducción.

Se diseñó el formato de la escala con el escudo de la universidad, los datos de los sujetos (sexo, semestre, licenciatura y tiempo de duración de la relación) y las instrucciones, la cual incluía las opciones de respuesta para cada uno de los ítems

Con el instrumento ya listo, nos dispusimos a hacer los contactos con alumnos de la Facultad de Psicología para la aplicación del instrumento.

MUESTRA:

La muestra de sujetos a quienes se les aplicó la Escala de Medición de la Comunicación Aprehensiva en parejas, con la finalidad de confiabilizar el instrumento fueron 100 alumnos de diferentes semestres de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de México. Es importante destacar que no necesariamente debían tener una relación de pareja para el momento de la aplicación del instrumento. Para ello se les indicó a quienes no tuviesen, que recordaran la última que haya sido la más significativa.

Las aplicaciones se realizaron en grupos de 2do, 4to, 6to y 8vo semestre, tanto a hombres como a mujeres. En la siguiente tabla se presentan estos datos

	No. DE ALUMNOS
2do semestre	45
4to semestre	13
6to semestre	7
8to semestre	35

No. DE HOMBRES	No. DE MUJERES
24	76

Se les entregó el cuestionario y ya cuando todos tuviesen uno, se procedió a leer las instrucciones y a preguntar si tenían dudas acerca de lo que se debía hacer. Algunos de los estudiantes manifestaron dudas en los ítems que comenzaban con una negación, ya que para ellos eso podía confundir la respuesta. De una manera general, los estudiantes respondieron al cuestionario en un tiempo de 15 minutos aproximadamente.

Cuando ya se completaron los 100 cuestionarios, procedimos a capturar los datos en el programa Excel y ya con esos datos recolectados, el Dr. Javier Aguilar nos facilitó el programa SPSS para el cálculo de la confiabilidad de la prueba y de las correlaciones.

El análisis estadístico se llevó a cabo de la siguiente manera:

Se realizó un análisis por separado de la confiabilidad de ambas partes de la escala: comunicación aprehensiva en general y comunicación aprensiva de los esposos y un análisis de la escala total.

El análisis de la primera parte de la escala reveló una confiabilidad alpha de .8521, mostrando como al quitar el reactivo 2 la confiabilidad aumentaba a .8776

Este reactivo pudo resultarles confuso ya que fue el primero que se expresó en términos negativos.

El análisis de la segunda parte de la escala revela una confiabilidad de .8808

El análisis de la escala en general se realizó eliminando el reactivo 2 y este análisis reveló una confiabilidad total de .9006

Se observó que la confiabilidad aumentaba ligeramente (.9013) si se quitaba el reactivo 38 que dice "Evito hablar cuando mi pareja está cansada" (este reactivo puede entenderse tanto en términos de una comunicación positiva como negativa).

También se realiza la estadística descriptiva de la frecuencia de alumnos de cada semestre y de ambos sexos.

Finalmente se correlación las puntuaciones en la escala de comunicación con el tiempo de relación y con el sexo.

No se encuentra correlación entre el tiempo de relación y las puntuaciones de la escala de comunicación; sin embargo si se encuentra una correlación de .206 al nivel de significancia de .05, entre el sexo y las puntuaciones en la escala de comunicación, observándose una correlación negativa entre puntuación de la escala de comunicación y sexo (expresado con 1 para mujeres y 2 para hombres), lo cual indica una mayor comunicación expresada por las mujeres.

BIBLIOGRAFIA

Bey, D. y Lange, J. (1974) **Waitings wives: women under stress**. American Journal of Psychiatry, 131, pp. 283-286

Biennu, M. (1970). **Measurement of marital communication**. The family coordinator 12, pp. 26-31.

Bochner, A.(1976) **Conceptual frontiers in the study of commucation in families: an introduction to the literature**.

McCroskey, J. (1970) **Measures of communication- bound anxiety**. Speech Monographs 37, pp. 269-277.

Powers, W. y Hutchinson, K. (1979) **The measurement of communication apprehension in the marriage relationship**. Journal of marriage and the familiiy(2).

Satir, V. (1964) **Conjoint family therapy**. Palo Alto California: Science and behavior books.

ESCALA DE MEDICION DE LA COMUNICACIÓN APREHENSIVA

Personal report of communication apprehension (PRCA)
1.- While participating in a conversation with a new acquaintance i fell very nervous
2.- I have no fear of facing an audience
3.- i look forward to expressing my opinion at meetings
4.- I look forward to an oportunnity to speak in public.
5.- I find the prospect os speaking mildly pleasant
6.- When communicating, my posture feels strained and unnatural
7.- I am tense and nervous while participating in group discussions
8.- Although i talk fluently with friends i am at a loss for words on the platform
9.- my hands tremble when i try to handle objects on the platform
10.- I always avoid speaking in public if possible
11.- I feel that i am more fluent when talking to people than most other people are
12.- I am fearful and tense all the while I am speaking before a group of people
13.- My thoughts become confused and jumbled when I speak before an audience
14.- Although I am nervous just before getting up, I soon forget my fears and enjoy the experience
15.- Conversing with people who hold positions of authority cuases me to be fearful and tense
16.- I dislike to use my body and voice expressively
17.- I feel relaxed and comfortable while speaking
18.- I feel self-conscious when I am called upon to answer a question or give an opinion in class
19.- I face the prospect of making a speech with complete confidence
20.- I would enjoy presenting a speech on a local television show
21.- I feel awkward starting a conversation with my spouse after a heated argument
22.- When my spouse is involved in something else, I feel awkward aout initiating a conversation

23.- I feel strained and unnatural when trying to maintain a conversation with my spouse.

24.- I look forward to expressing my opinion to my spouse on controversial topics

25.- I feel tense and nervous while communicating when my spouse is in a bad mood

26.- I feel that I am more fluent in talking with my spouse than most other people are

27.- I feel self-conscious when asked to respond to the opinion of my spouse

28.- I feel no apprehension at verbalizing my immediate reaction to my spouse

29.- I look forward to evening talks with my spouse

30.- My thoughts become confused and jumbled when discussing issues important to my spouse

31.- I feel comfortable in admitting to my spouse that I made a mistake

32.- I tend to stop communicating when it is obvious that my spouse disagrees with me

33.- I never find it difficult to express my true feelings to my spouse

34.- Usually I try to work out problems myself instead of talking them over with my spouse

35.- I look forward to discussing with my spouse those aspects of our relationship most important to me

36.- I am not hesitant to criticize my spouse

37.- There are some aspects of our relationship I am definitely hesitant to discuss with my spouse

38.- I always avoid speaking when my spouse is tired

39.- I don't hesitate to tell my spouse exactly how I feel

40.- I usually come right out and tell my spouse exactly what I mean

41.- I never hesitate to tell my spouse my needs

42.- Even in casual conversations, I feel I must guard what I say

43.- I look forward to telling my spouse my opinion on a subject

44.- I feel that I am an open communicator

45.- During periods of conflict I always let my spouse do the talking

46.- I do not talk with my spouse about things that happen during the day

47.- I am hesitant to develop casual conversations with my spouse

48.- I am comfortable in developing intimate conversations with my spouse

49.- I am comfortable in developing in- depth conversations with my spouse

50.- I am hesitat to develop a "deep" conversation with my spouse

ESCALA DE COMUNICACIÓN

Sexo: _____
Semestre: _____
Licenciatura: _____
Duración de la relación: _____



A continuación presentamos una serie de aseveraciones referentes al empleo de la comunicación. La segunda parte se refiere a la comunicación en la pareja, considera tu más reciente relación de pareja que haya sido duradera y evalúa la frecuencia con que se presentó cada situación utilizando la siguiente escala:

- 1- Casi nunca
2- Pocas veces
3- Muchas veces
4-Casi siempre

Después de cada afirmación anota uno de los números del 1 al 4 para indicar la frecuencia con que se presentó dicha situación.

1. Cuando participo en una conversación con alguien que acabo de conocer me siento muy nervioso ()
2. No tengo miedo de hablar en público ()
3. Busco la oportunidad para expresar mi opinión en reuniones ()
4. Busco la oportunidad para hablar en público ()
5. Encuentro agradable la posibilidad de conversar ()
6. Cuando me comunico me siento extraño (a) y artificial ()
7. Me pongo tenso (a) y nervioso (a) cuando participo en discusiones de grupo ()
8. Aunque hablo fácilmente con amigos, me siento perdido (a) cuando me encuentro frente a un público ()
9. Cuando estoy frente a un público me tiemblan las manos cuando trato de tomar algo ()
10. De ser posible evito hablar en público ()
11. Al hablar con otras personas siento que lo hago con mayor fluidez que ellos ()
12. Estoy temeroso (a) y tenso (a) todo el tiempo mientras hablo ante un grupo de personas ()
13. Mis pensamientos se confunden y revuelven cuando hablo ante un público ()
14. Aunque me siento nervioso (a) justo antes de hablar en público, pronto olvido mi miedo y disfruto la experiencia ()
15. Al conversar con personas que tienen posiciones de autoridad, me siento temeroso (a) y tenso (a) ()
16. Me desagrada usar mi voz y cuerpo expresivamente ()
17. Me siento relajado (a) y cómodo (a) mientras hablo ()
18. Me cohibo cuando contesto una pregunta o doy una opinión en clase ()
19. Me siento confiado (a) ante la posibilidad de dar un discurso ()
20. Disfrutaría dar un discurso ante un programa de televisión local ()
21. Me siento torpe al iniciar una conversación con mi pareja después de un argumento acalorado ()
22. Me siento torpe el iniciar una conversación cuando mi pareja está ocupada ()

23. Me siento tenso (a) y artificial cuando intento mantener una conversación con mi pareja ()
24. Busco expresarle mi opinión a mi pareja sobre temas controversiales ()
25. Me siento tenso (a) y nervioso (a) al comunicarme cuando mi pareja está de mal humor ()
26. Siento más fluidez al hablar con mi pareja que con la mayoría de las personas ()
27. Me siento cohibido (a) cuando respondo a la opinión de mi pareja ()
28. No siento preocupación alguna al expresar mis sentimientos a mi pareja ()
29. Busco la oportunidad de platicar con mi pareja ()
30. Mis pensamientos se confunden y revuelven al discutir temas importantes con mi pareja ()
31. Me siento cómodo (a) al aceptar ante mi pareja que cometí un error ()
32. Generalmente dejo de comunicarme cuando es obvio que mi pareja discrepa conmigo ()
33. No tengo dificultad para expresarle a mi pareja mis verdaderos sentimientos ()
34. Normalmente intento resolver los problemas por mi mismo, en lugar de hablar de ellos con mi pareja ()
35. Busco discutir con mi pareja los aspectos de nuestra relación más importantes para mi ()
36. No dudo al criticar a mi pareja ()
37. Hay algunos aspectos de nuestra relación que definitivamente dudo en discutir con mi pareja ()
38. Evito hablar cuando mi pareja está cansada ()
39. No dudo en decirle a mi pareja exactamente como me siento ()
40. Normalmente le digo a mi pareja exactamente lo que quiero decirle ()
41. No dudo en decirle a mi pareja mis necesidades ()
42. Incluso en conversaciones casuales siento que debo cuidar lo que digo ()
43. Busco decirle a mi pareja mi opinión sobre un tema ()
44. Siento que me comunico abiertamente ()
45. Durante los momentos de conflicto siempre dejé que mi pareja hable ()
46. No hablo con mi pareja de las cosas que suceden en el transcurso del día ()
47. Dudo en realizar conversaciones casuales con mi pareja ()
48. Me siento cómodo (a) al tener conversaciones íntimas con mi pareja ()
49. Me siento cómodo (a) al tener una conversación a fondo con mi pareja ()
50. Dudo en tener una comunicación a fondo con mi pareja ()

6.2. ANEXO 2: PROYECTO No. 2

PROCESO DE DUELO EN FAMILIARES DE PACIENTES CON VIH/ SIDA

INTRODUCCIÓN

Los estudios sobre el proceso de duelo se han llevado tradicionalmente con personas que están cercanas a ella, sobretodo si presentan una enfermedad terminal.

Entre las enfermedades de carácter terminal que afectan a la mayor parte de la población y ha trastornado la dinámica de la interacción de los individuos, la familia y de los grupos asociados, se encuentra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Cifras epidemiológicas ponen de manifiesto que en la actualidad, más de 34 millones de personas adultas en el planeta, están viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). De este alto número pertenecen aproximadamente 1 millón 300 mil, a la zona geográfica de América Latina (Organización Panamericana de la Salud, 1994; <http://caibco.ucv.ve/vitae/VitaeSeis/HIV/sida3.htm>, 2000)

El caso particular de México no es muy alentador, ya que se han presentado alrededor de 64,000 casos de SIDA y 150,000 casos de infección por VIH, de acuerdo a datos obtenidos del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA para el año 2002. El aumento de casos reportados en el país ha originado un incremento en servicios de índole médica y psicosocial tanto para los afectados como para sus familias.

En este sentido, se han realizado una serie de estudios con pacientes que padecen dicha enfermedad. Un ejemplo de ellos es la investigación de Hayslip, Luhr y Beyerlein (1991) Estos autores, reportan un estudio piloto aplicado a un grupo de pacientes terminales de SIDA; mencionando de paso la sorprendente carencia de estudios sobre la problemática emocional de estos enfermos al aproximarse la muerte. Consideran la diferencia entre la angustia consciente y la inconsciente; la primera la midieron con la Escala de Templer y la encubierta con una prueba de frases incompletas.

De esta realidad, se deriva que no sólo el paciente con VIH/SIDA se enfrenta a su propia muerte, sino que adicional a esto se encuentra la postura de la familia. Los miembros de la familia pasan por diferentes fases de adaptación similares a las que pasa el paciente. Al principio no pueden creer que sea verdad. Tal vez niegan el hecho de que exista esta enfermedad en la familia o vayan de médico en médico con la esperanza de oír que el diagnóstico era equivocado.

Por otro lado, al analizar las reacciones de la familia de personas contagiadas por SIDA en su círculo familiar, puede resultar espantoso y abrumador al mismo tiempo (Martínez, 1990) Tales experiencias pueden evocar sentimientos de duelo. Los pacientes con VIH/SIDA son confrontados con la posibilidad de ver su propia salud disminuida.

A partir de estos aspectos cabe destacar, que el proceso de duelo por el cual pasa la familia de un paciente con VIH/SIDA, es difícil y lento. Los seres humanos como parte del proceso de crecimiento y desarrollo, tienen que enfrentar diversas situaciones que implican pérdidas y separaciones. Como parte del proceso de la vida tienen que

enfrentar al único hecho universal y cierto de este proceso que es la muerte. La forma como se enfrentan estas pérdidas y separaciones es lo que se llama proceso de duelo (Meluk, 1998)

La no - elaboración del duelo en el ámbito individual puede tener repercusiones sociales, psicológicas y emocionales. En el ámbito grupal las consecuencias pueden alimentar angustias, impotencias o rabias colectivas que al carecer de medios de expresión, terminan canalizándose o bien quedando en la memoria repetitiva y no procesada de la venganza, en la internalización del odio, en la construcción de ideas de autodestrucción.

Existen modelos teóricos que permiten explicar el proceso por el cual transcurre una familia cuando uno de sus miembros adquiere alguna enfermedad. La organización familiar, las pautas de comunicación y la cohesión se pueden ver afectadas al momento del diagnóstico.

El modo en que la familia afronta la situación depende también del tipo de enfermedad. El VIH/SIDA por ejemplo, provoca un gran impacto relacionándose su diagnóstico directamente con la muerte del familiar con.

Es por esta razón que se pretende llevar a cabo un estudio en el que se haga una primera aproximación en el tema del proceso de duelo en los familiares de pacientes con VIH/SIDA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, la sociedad ha estado amenazada por un Virus que destruye poco a poco el sistema inmunológico de las personas, el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y cuyo efecto puede producir el denominado SIDA

El VIH/SIDA ha sido objeto de discursos e interpretaciones apoyados en mitos y creencias. Se encuentra asociado con dos procesos trascendentales del ser humano: la sexualidad y la muerte. El grupo de riesgo se ha definido como formado por aquellos individuos cuya conducta sexual no sigue los parámetros de moralidad establecida por los discursos dominantes y que se relacionan con la homosexualidad y la promiscuidad, ambos ajenos a la reproducción y por ello, estigmatizador.

Ante esta realidad, los miembros de la familia de una persona que padece de esta enfermedad, pasan por diferentes fases de adaptación. Pueden pasar por una fase de ira, también hay sentimientos de culpa y un deseo de compensar oportunidades pasadas perdidas.

Cuando pueden superar la ira, el resentimiento y la culpabilidad, entonces la familia pasará por una fase de dolor preparatorio, igual que lo hace la persona en fase terminal. Cuanto más puede expresarse este dolor antes de la muerte, menos insoportable resulta después. Si los miembros de la familia comparten estas emociones, gradualmente afrontarán la realidad de la separación inminente y llegarán a aceptarla juntos.

El hablar de la pérdida de este familiar enfermo, constituye una de las experiencias más penosas por las que un ser puede pasar; y no sólo resulta penosa sufrirla, sino también ser testigo de ella.

El duelo es una experiencia de pérdida que, como su nombre lo indica, provoca dolor. Además el duelo ante un muerto provoca incredulidad en la medida en que nuestra cultura está apartada de la naturalidad de la muerte (Alizade, 1996)

El duelo no significa desprenderse de la persona fallecida, significa ir instalándolo intrapsíquicamente en un lugar inolvidable. Llegado a este punto, es fundamental considerar la relación preexistente entre el paciente muerto y sus familiares. La ambivalencia natural de los sentimientos, la calidad del vínculo, etc., intervienen en la conformación del espacio del recuerdo.

En este sentido, en el caso de los padres que tienen un hijo con una enfermedad mortal, resulta posible iniciar el estudio inmediato luego de que se les ha comunicado el diagnóstico y, por ende, algunos meses antes de la muerte del hijo, y continuar con ellos después del deceso. (Bowlby, 1993)

En un estudio realizado por Murphy y Perry (1989) se presentan las emociones expresadas por los miembros de la familia, esposos o amantes de víctimas del SIDA, quienes participaron en un grupo de apoyo para el proceso de duelo. Los familiares manifestaron sentimientos de culpa a lo largo del proceso, cuestionaron sus creencias religiosas o espirituales después de la muerte del pariente y experimentaron stress antes del fallecimiento o cuando se enfrentaban a los aniversarios.

A raíz de todos estos datos, se hace necesario realizar investigación en el país sobre la forma como las familias mexicanas expresan su proceso de duelo ante un miembro de la familia con VIH/SIDA y cómo puede explicarse dicho proceso a través de modelos teóricos acerca del afrontamiento de la enfermedad dentro del sistema familiar.

Por esta razón, en esta investigación se pretende llevar a cabo un estudio exploratorio del proceso de duelo que experimentan los familiares de pacientes con VIH/SIDA.

OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Conocer el proceso de duelo por el cual transcurren los familiares de pacientes con VIH/SIDA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1. Conocer las actitudes hacia la muerte que tienen los familiares de pacientes con VIH/SIDA.
2. Adquirir información acerca de las experiencias que han tenido los participantes con referencia al diagnóstico de VIH/SIDA.
3. Proponer formas de atención terapéutica para los familiares de los pacientes con VIH/SIDA.

MARCO TEORICO

En las últimas décadas, la sociedad ha estado amenazada por un virus que termina poco a poco con la salud de las personas que la padecen: el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Al Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), inicialmente se le conoció como "Virus Asociado a Linfadenopatía Gay", luego de observarse, a partir de 1979, un

incremento de casos de Sarcoma de Kaposi y Pneumocystis Carinii en la población homosexual norteamericana.

Más adelante se le denominó como "Virus Linfotrópico de Células T - Humanas III" (HTLV - III) y hoy en día se le conoce internacionalmente con el nombre de "Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH". (Martínez, 1990)

Por poseer un núcleo formado por ARN, figura dentro de la familia de los Ribovirus, clasificándose a su vez dentro de la subfamilia de los Retroviridae, ya que contiene la enzima transcriptasa - reversa que le permite reproducirse, al contrario de la mayoría de los organismos que utilizan el ADN, específicamente se le ubica en la categoría de los Lentiviridae o virus de acción lenta. (Martínez, 1990; Rojas, 1990)

En cuanto a su morfología y propiedades biológicas se han conocido dos tipos: VIH - 1 y VIH - 2, los cuales no parecen establecer aspectos clínicamente diferenciables. (Martínez, 1990)

En su constitución microscópica, se incluyen el gen grupo - específico (gag), el gen polimerasa (pol), el gen de la envoltura (env), el gen de elemento transactivante (tat), el gen controlador traslacional (trs/art) y las proteínas que ellos codifican, entre las que se encuentran: las proteínas del núcleo, (p18 y p24), las proteínas de la envoltura (la gp41 y la gp120) y las proteínas de la enzima transcriptasa-reversa (p53), entre otras (p27, gp160, p14, p23, p31), las cuales, provocan respuestas inmunes debido a su potencial antígeno. (Martínez, 1990; Rojas, 1990)

Este virus es esencialmente un parásito, atraído por las células inmunes del organismo humano a las cuales se adhiere, debido a un enlace químico, aún poco comprendido, que se establece entre las proteínas gp120 de su envoltura y las moléculas CD4+ de la membrana de estas células. (Martínez, 1990)

Se reproduce a través de los linfocitos a los que se adhiere, gracias a que transforma el ARN de su núcleo, en ADN celular, valiéndose de la acción de la enzima transcriptasa- reversa.

Conectado con el núcleo central de la célula hospedadora, el VIH puede transcribir el ARN mensajero de la misma en ARN viral, induciendo a los ribosomas de aquella, a producir sus proteínas constituyentes. (Martínez, 1990; Rojas, 1990)

Según Martínez (1990), sus efectos nocivos sobre la salud ocurren debido a que posee una cubierta antigénica, cuya constitución proteínica genera respuestas inmunes ante su presencia, dando lugar a que los linfocitos sanos, ataquen los anticuerpos a los el virus se adhiere con fines reproductivos.

La constancia de dicho ataque, aunada a la continua generación de nuevos virus, conlleva progresivamente a una merma del potencial inmune del organismo, la cual, se traduce clínicamente en el cuadro sintomático denominado: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). (Martínez, 1990)

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), se transmite horizontalmente a través de diferentes fluidos corporales desde individuos infectados a individuos sanos, preferentemente durante relaciones sexuales

Es detectable de modo específico únicamente a través de las pruebas sanguíneas:

ELISA y Western Blott, las cuales, contemplan incrementos en la producción de los anticuerpos que buscan contrarrestarle.

Por los momentos es un virus incurable que, en los últimos años, ha aumentado considerablemente su número de víctimas adultas y adolescentes a nivel mundial, latinoamericano y venezolano, convirtiéndose en lo que se ha dado en llamar: "la peor desgracia del siglo XX".

Desde el año 1979, hasta el año 1988, se contó un total de 100.410 casos de contagio sexual de VIH a nivel mundial (Ver Anexo 1). Para finales del año 1994, se calculaba que había aproximadamente cerca de 17 millones de adultos infectados por vía sexual de VIH en todo el mundo. (Martínez, 1990; Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1995)

Ya en 1995, más de 193 países notificaron al Programa Mundial contra el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS) unos 1.29 millones de casos de contagio heterosexual de VIH entre jóvenes y adultos. (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1995).

La Organización Mundial de la Salud y el Programa de Naciones Unidas contra el SIDA (ONUSIDA), han estimado que para la fecha, más de 34 millones de personas en el mundo están viviendo con el VIH, siendo un 95% personas que viven en países en vías de desarrollo. (<http://caibco.ucv.ve/vitae/VitaeSeis/HIV/sida3.htm>, 2000)

Al parecer, la epidemia del VIH se ha concentrado en África, sobre todo en el África Sub-Sahariana donde se han calculado unos 24 millones de casos. Otra área importante de la epidemia es Tailandia y otros países del Sur Este Asiático como la India, la cual, con un porcentaje correspondiente al 0.4 del total mundial, es el país con más infecciones en el planeta (entre 3 y 4 millones). (<http://caibco.ucv.ve/vitae/VitaeSeis/HIV/sida3.htm>, 2000)

En América Latina entre 1979 y 1988, se reportaron 93.723 casos de contagio sexual de VIH. Para 1994, la Organización Panamericana de la Salud, mostró cifras del total de casos de VIH reportados en esta zona del mundo, en las cuales, se contaban alrededor de 74.862 infectados entre los años 1981 y 1992. En el mismo estudio se ponían de manifiesto unos 25.778 casos de VIH en hombres y unos 5.042 en mujeres. (Martínez, 1990; Organización Panamericana de la Salud, 1994)

En épocas recientes, las cifras estiman que aproximadamente 1 millón 300 mil latinoamericanos, viven con el VIH, siguiendo controles médicos poco prometedores con relación a sus futuros síntomas. (<http://caibco.ucv.ve/vitae/VitaeSeis/HIV/sida3.htm>, 2000)

También en América Latina, ha tenido lugar un aumento progresivo de adolescentes con vida sexual activa, afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), tal y como lo muestran, registros de los años 1981 a 1992, en los cuales, se reportaron 841 casos de contagio sexual de este agente viral, en individuos con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años.

En el caso particular de México se han presentado alrededor de 64,000 casos de SIDA y 150,000 casos de infección por VIH, de acuerdo a datos obtenidos del Centro Nacional para la Prevención y Control del SIDA.

Para el año 2004, de acuerdo al Registro Nacional de casos de SIDA, en lo referente a la categoría de transmisión se reporta un 91.4% de casos de contagio por transmisión sexual. En cuanto al género, un 83.9% de casos son hombres y un 16.2% son mujeres. Por edad se observa que las personas entre 15 años o más reportan un alto índice de contagio, registrándose un 97.5%.

Como se puede observar, en México el número de jóvenes con SIDA ha ido en aumento, lo cual hace pensar en la necesidad de nuevas formas de dirigir la información preventiva en ese sector de la población y en el desarrollo de programas terapéuticos dirigidos al paciente y su familia para una mayor aceptación de su condición.

El VIH/SIDA, como todas las infecciones de transmisión sexual, ha sido objeto de discursos e interpretaciones apoyados en mitos y creencias. Se encuentra asociado con dos procesos trascendentales del ser humano: la sexualidad y la muerte. El grupo de riesgo se ha definido como formado por aquellos individuos cuya conducta sexual no sigue los parámetros de moralidad establecida por los discursos dominantes y que se relacionan con la homosexualidad y la promiscuidad, ambos ajenos a la reproducción y por ello, estigmatizador.

Las dificultades que experimenta una familia que se enfrenta a esta enfermedad se intensifican por el aislamiento, el secreto, el estigma y la discriminación que se asocia con la misma. (Cates, Garham, Boeglin y Tielker, 1990).

Cuando inicialmente confronta el VIH/SIDA, la familia responde como si se tratara de una enfermedad aguda, para luego ir adaptando sus roles y expectativas al cuidado de un miembro crónicamente enfermo al incrementarse la necesidad de cuidados y apoyo a largo plazo (Cates, Garham, Boeglin y Tielker, 1990). Las consecuencias que puede tener el impacto del VIH/SIDA en la familia comprenden cambios en la organización, la asignación de roles, la comunicación y la estructura familiar. (Bor, Perry y Miller, 1989)

La respuesta familiar varía enormemente, pudiendo ir desde el apoyo y la aceptación hasta la ira y el rechazo, sin embargo no existe una respuesta única de parte de la familia (Cates, Garham, Boeglin y Tielker, 1990). La respuesta afectiva y las reacciones del grupo familiar siguen un modelo denominado proceso de ajuste al VIH/SIDA que comprende cuatro fases. La fase de crisis se caracteriza por choque, negación y períodos de ansiedad (Cates, Garham, Boeglin y Tielker, 1990). En la fase de transición surgen sentimientos de desprecio, ira, culpa, miedo y reacciones de homofobia. Pero cuando la enfermedad avanza, el individuo puede verse forzado a reintegrarse al sistema familiar, inicialmente para recibir apoyo financiero, pero eventualmente por apoyo emocional o cuidados físicos (Cates, Garham, Boeglin Tielker, 1990). En la fase de aceptación, tanto el individuo como su familia aprenden a aceptar y a vivir con las limitaciones que la enfermedad les impone, además, la familia se va adaptando a la presencia de un miembro crónicamente enfermo. La fase de duelo anticipatorio comienza cuando la familia se entera del diagnóstico, se acentúa con la negociación de los roles para el cuidado y se concluye cuando el individuo muere, ya que es un duelo que se encuentra presente durante todo el curso de la enfermedad.

Las demandas que esta condición plantea a la familia han sido descritas mediante el modelo tipológico de las enfermedades crónicas que describe los procesos interactivos entre las demandas psicosociales que las diferentes enfermedades crónicas imponen en el transcurso del tiempo al sistema familiar (Rolland, 2000). Dicha tipología

conceptualiza algunos aspectos psicosociales de la enfermedad, entre los que se encuentran el comienzo, el curso, y el desenlace (Rolland,2000). Se podrá observar más adelante las características de dicha tipología y los conceptos que se encuentran relacionados con la misma.

El pensar en el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), va mucho más allá de las características sociales, ya que no podemos dejar a un lado su relación directa con el proceso de muerte y el duelo de los seres queridos luego de presentada ésta.

La enfermedad, la discapacidad y la muerte son experiencias universales que ponen a las familias frente a uno de los mayores desafíos de la vida. El efecto de un diagnóstico de VIH/SIDA o de convivir con una persona discapacitada se hace sentir en todo el sistema familiar. Algunas familias sufren un deterioro en su calidad de vida, mientras otras tienen capacidad de adaptación y salen con éxito de la crisis.

Cualquier familia puede verse afectada por la enfermedad y la discapacidad. Lo más importante es en qué momento de la vida, en qué forma y con qué intensidad ocurren y por cuánto tiempo se prolongan. Quizá sea más importante la manera en que esas experiencias afectan las relaciones familiares más entrañables. (Rolland, 2000)

Desde una perspectiva sistémica, la pérdida puede ser entendida como un proceso transaccional involucrada en la muerte con los sobrevivientes en un ciclo de vida compartido y que se desconoce la finalidad de la muerte y la continuidad de la vida. La aproximación sistémica considera el impacto de la muerte de un miembro de la familia en la familia como una unidad.

Las características y la intensidad de la pérdida anticipatoria dependen de la fase de desarrollo de la enfermedad. Por lo tanto, es fundamental diferenciar entre la conciencia de la familia, al comienzo de la enfermedad, de la posibilidad de la pérdida y su expectativa, en su fase terminal, de una pérdida inevitable. También es de vital importancia distinguir entre la angustia frente a la discapacidad y el sufrimiento y la angustia frente a la muerte, puesto que los pacientes y las familias suelen expresar más temor a encontrarse impotentes frente a un sufrimiento incontrolable. En contraste con la familia en pleno duelo, estas familias se enfrentan con tareas psicosociales aparentemente incompatibles: tratar de mantener la integración activa del familiar, que quedará incapacitado o morirá y simultáneamente intentar mantener la integración familiar reasignando los roles que este cumplirá.

Estudios epidemiológicos han encontrado que la muerte de un miembro de la familia aumenta la vulnerabilidad a enfermedades prematuras y la muerte de los miembros familiares sobrevivientes. (Sutcliffe, Tufnell y Cornish ,1998)

Aunque la teoría sistémica familiar presenta un nuevo paradigma para el entendimiento de las relaciones familiares, poco en el campo de la terapia familiar se aproximan al tema de la muerte, reflejando la aversión cultural.

En este sentido, Bowen (1976) vio dos procesos en la operación; uno es el proceso intrapsíquico el cual siempre involucra alguna negación de la muerte y el otro es el sistema cerrado de la relación: las personas no pueden comunicar los pensamientos que tienen hacia su familiar o a otros.

Bowen (1976) avanzó su comprensión de la experiencia de muerte como profundamente influida por el proceso familiar. Bowen (1976) describió el impacto

disruptivo de la muerte en el equilibrio funcional de la familia. El observó la intensidad de la reacción emocional gobernada por el nivel de integración emocional en la familia, al momento de la pérdida y por la significancia funcional del miembro perdido. El shock emocional puede repercutir en el sistema familiar inmediatamente o tiempo después de una pérdida traumática.

Bowen (1976) propone que el conocimiento del shock provee una información invaluable para la terapia, sin el cual la secuencia de los eventos pueden ser tratados como poco relacionados. Por ello es esencial evaluar la configuración total de la familia, la posición funcional del miembro fallecido y el nivel de adaptación de la familia para comprender el significado y el contexto de la presentación de síntomas y para ayudar a la familia en la cura del proceso.

Otro pionero de la terapia familiar, Norman Paul (1982), también comenta acerca de la repulsión del terapeuta al igual que los pacientes para confrontar el tema de la muerte. Este autor nota la paradoja que existe en unir la sombra constante de la muerte con la vida de todas las personas, todos recibiendo la noción de su propia inmortalidad. Paul (1982) encontró que sin embargo es intensa la aversión de encarar la muerte y el dolor. El dolor de la pérdida de un pariente, esposo, hijo, u otro miembro importante de la familia cuando no es reconocido y atendido puede precipitar reacciones duras en otras relaciones, desde distanciamiento conyugal y disolución de la relación.

El modelo del ciclo de vida de la familia de Carter y McGoldrick(1989) ofrecen una estructura para observar la influencia recíproca de algunas generaciones y su respuesta a la pérdida. La muerte posee desafíos adaptativos compartidos, requiriendo ambos inmediata reorganización familiar y cambios en la definición familiar de su identidad y propósito. La habilidad de aceptar la pérdida es el corazón de todas las habilidades en el sistema de salud familiar.

Según McGoldrick,1995 se pueden identificar un número de variables en la situación de pérdida y el proceso familiar que influye el impacto de una muerte:

La situación de pérdida:

Muerte súbita: La muerte súbita es especialmente estresante para la familia y requiere diferentes procesos de afrontamiento. Cuando una persona muere inesperadamente, los miembros de la familia no tienen tiempo para anticipar y prepararse para la muerte. Cuando el proceso de muerte es prolongado, el cuidado de la familia y los recursos económicos se encuentran reducidos, con las necesidades de otros miembros.

Muerte violenta: El impacto de una muerte violenta puede ser devastadora, especialmente por aquellos que han podido escapar (accidente aéreo)

Familia y red social: El nivel general del funcionamiento familiar y el estado de la relación familiar previo y lo siguiente a la pérdida debe ser cuidadosamente evaluado con atención. De forma particular deben tomarse en cuenta las variables siguientes:

- ***Cohesión familiar y diferenciación de miembros:*** La adaptación a la pérdida es facilitado por la cohesión familiar para diferentes respuestas hacia la pérdida por varios miembros de la familia. Los patrones extremos de familias enredadas o desligadas trae complicaciones. En un extremo, las familias enredadas pueden demandar un frente de unidad. En el otro, las familias desligadas probablemente evitan el dolor de la pérdida con el distanciamiento y el corte emocional.
- ***Flexibilidad del sistema familiar:*** La estructura familiar, en particular roles,

reglas y límites necesitan flexibilidad y claridad para la reorganización después de la pérdida. En el otro extremo, una familia caótica y desorganizada tendrá diferentes dificultades para mantener la jerarquía, estabilidad y continuidad necesaria para manejar la transición.

- **Comunicación abierta vs. Secreto:** Cuando una familia confronta una pérdida, la comunicación abierta facilita el proceso de recuperación y reorganización. Las situaciones en las cuales los sentimientos, pensamientos o memorias son prohibidos por la familia o tabúes sociales, pueden crear secretos, mitos y tabúes que distorsionan la comunicación alrededor de la experiencia de pérdida y contribuye a las conductas sintomáticas. Es importante para los clínicos promover un clima familiar de apoyo y tolerancia para un rango de respuestas a la pérdida.
- **Ética, religión y creencias filosóficas:** El sistema de creencias familiar, tiene una gran influencia en la adaptación o la pérdida. Creencias acerca de la muerte están enraizadas en multigeneraciones y en los valores sociales dominantes. (McGoldrick,1995)
- **Rol de género:** Con la muerte en la familia, las madres son más particularmente vulnerables a la culpa porque de las expectativas de la sociedad que se imponen a ésta las relacionadas con la responsabilidad por el bienestar de sus esposos e hijos son las más significativas. Las mujeres han sido socializadas para asumir el rol principal en las tareas emocionales de afrontamiento, de la expresión de dolor, a ser cuidadoras para las enfermedades terminales y los miembros sobrevivientes de la familia incluyendo a la familia extensa del esposo.

Los hombres quienes han sido socializados para manejar tareas instrumentales, tienden a encargarse del funeral, entierro y arreglos económicos. Ellos tienden a permanecer más constreñidos emocionalmente y son periféricos con respecto a la pérdida.

Las diferentes respuestas de hombres y mujeres hacia la pérdida puede aumentar la tensión marital, igual para parejas con una relación previa fuerte y estable.

El significado y consecuencias de la pérdida varían dependiendo de la fase particular del ciclo vital en la que la familia está negociando la pérdida. El momento particular de la pérdida puede dar lugar a un alto riesgo de disfunción. Los factores que influyen en el impacto de la pérdida incluyen: inoportunidad de la pérdida, concurrencia con otras pérdidas, stress principal, cambios del ciclo de vida y la historia de pérdida traumática y duelo irresuelto. En cada situación la naturaleza de la muerte, la función de la persona en la familia y el estado de la relación, interactúan de una manera crucial. Para efectos terapéuticos, una perspectiva del ciclo de vida familiar puede facilitar la adaptación de una manera que fortalezca la familia en un pasaje futuro de la vida. (Sutcliffe, Tufneil y Cornish 1998)

Los principales modelos sistémicos de funcionamiento familiar incorporan los conceptos de organización, adaptabilidad, cohesión y estilos de comunicación. Estos modelos parten del supuesto de que las familias se enfrentan a tres tipos de tareas vitales: básicas, de desarrollo y azarosas, y que esas tareas básicas tienen tanto aspectos instrumentales - prácticos como afectivos.

De acuerdo a Rolland (2000) la crisis más grave suele ocurrir cuando la familia ha llegado al agotamiento y se enfrenta a decisiones como la institucionalización del familiar enfermo o el cambio de las reglas sobre qué otra persona puede cuidarlo.

Tanto la cuestión de si la muerte sucederá como la de cuándo sucederá tienen un enorme impacto en la familia. En el momento del diagnóstico, la mayoría de las enfermedades provocan incertidumbre en ambos sentidos. El problema real es conocer el grado de incertidumbre y percibir cuando adquirirá importancia la pérdida anticipatoria.

En esta situación, los profesionales pueden ayudar a la familia por medio de la indagación acerca del abanico de emociones ambivalentes que experimentan sus miembros y la validación de su normalidad.

El marco para la evaluación familiar que se usa en el modelo sistémico de la enfermedad y proceso de duelo está basado en la evaluación de cuatro áreas básicas del funcionamiento familiar. (Rolland, 2000)

- Pautas estructurales / organizativas de la familia.
- Procesos de comunicación.
- Pautas multigeneracionales y ciclo de vida familiar.
- Sistemas de creencias de la familia.
-

El modelo sistémico de la enfermedad propuesto por Rolland (2000) destaca las cuestiones referidas al ciclo de vida multigeneracional, los sistemas de creencias y el proceso de duelo. Es importante evaluar todas las áreas básicas del funcionamiento familiar, pero el marco de la tipología psicosocial y las fases temporales proporcionan una útil orientación clínica, al indicar las áreas de la vida familiar que se verán más exigidas por una afección en particular.

Pautas organizativas de la familia: El funcionamiento de toda la familia debe considerarse en función de cuán efectivamente organiza su estructura y los recursos a su disposición para superar los desafíos a lo largo de todo el ciclo de vida.

En enfermedades crónicas, los profesionales comprometidos en la atención del familiar enfermo pasan a formar parte de la unidad familiar agente de salud o sistema de tratamiento. Si la enfermedad es terminal o con riesgo de vida, los profesionales de la salud tratan con cuestiones de preservación de la vida, previsión de la pérdida y dependencia. En enfermedades prolongadas e incapacitantes, no es raro que los profesionales que participan en la atención domiciliaria, se vuelvan centrales para la vida familiar.

La adaptabilidad familiar es uno de los requisitos principales para un buen funcionamiento del sistema familiar. La estabilidad y la flexibilidad son necesidades complementarias. La habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas de desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores inherentes. La flexibilidad es necesaria para que la familia se adapte a los cambios internos y externos que las enfermedades graves suelen requerir. La familia debe reorganizarse en respuesta a los nuevos imperativos de desarrollo que trae consigo una enfermedad progresiva. Asimismo, a medida que la enfermedad interactúa con la vida normal familiar y el desarrollo del ciclo de vida de los miembros individuales, se harán necesarios cambios en la organización familiar. (Rolland, 2000)

Las familias que se encuentran en los extremos del continuo de adaptabilidad tendrán más problemas con cierto tipo de enfermedades. El estilo de funcionamiento de las familias rígidas se adaptará mal al rápido cambio de roles que exigen las enfermedades recurrentes. Este tipo de familias funcionará mejor con enfermedades de curso constante. Las familias caóticas y desorganizadas carecen de un liderazgo previsible y coherente y tienen pautas de vida que serían problemáticas en enfermedades para las

que se requiere la estricta observancia de un régimen.

Los límites que determinan quién hace qué, dónde y cuándo son requisitos estructurales fundamentales. Las pautas de apego excesivo y desapego son sin duda factores de riesgo para lograr una exitosa estrategia de respuesta y adaptación familiar. Frente a toda enfermedad, los profesionales deben evaluar la concordancia que existe entre las demandas psicosociales de cohesión y las pautas familiares de proximidad.

Frente a una enfermedad grave muchas familias tienden a aislarse y necesitan redes sociales que las apoyen y las conecten con la comunidad. Los profesionales deben familiarizarse con los otros sistemas a los que pertenece la familia como las escuelas, instituciones religiosas y lugares de trabajo. Es esencial explorar con las familias el posible efecto que tiene la enfermedad de uno de sus miembros sobre la relación con estos sistemas.

Proceso de comunicación: Para que la familia logre un buen control de la enfermedad y la discapacidad es absolutamente esencial que tenga una comunicación efectiva. En las familias que se enfrentan con problemas de salud graves y prolongados, la comunicación que se deja sin aclarar o resolver tiene consecuencias patológicas o pueden provocar la ruptura de las relaciones familiares. En una evaluación familiar, los profesionales valoran la capacidad de los miembros de la familia para comunicarse cuestiones tanto prácticas como emocionales relativas a la enfermedad de que se trate. En ambas áreas es importante que la comunicación sea clara y directa.

Pautas multigeneracionales y ciclo de vida familiar: Cuando se trata de familias que se enfrentan con la enfermedad o la discapacidad, una evaluación multigeneracional ayuda a poner en claro cuáles son sus lados fuertes y las áreas de vulnerabilidad y a identificar a las familias de alto riesgo que, abrumadas por cuestiones sin resolver y pautas disfuncionales transmitidas a lo largo del tiempo, no pueden asimilar los desafíos que les presenta una enfermedad grave.

Sistemas de creencias de la familia: En el momento de un diagnóstico médico, el principal desafío evolutivo con que se enfrenta la familia es la creación de un significado para la enfermedad, que fomente un sentimiento de capacidad y control en un contexto de pérdida parcial, posibilidad de mayor deterioro físico o muerte. Las creencias familiares acerca de la salud que fortalece, puede ayudar a abordar los dilemas existenciales de nuestro temor a la muerte y de su negación, los esfuerzos para mantener tal negación y los intentos de reafirmar el control en presencia del sufrimiento o la muerte.

Rolland (2000) propuso la necesidad de crear sistemas de significado o modelos explicativos para dar respuestas y adaptarse eficazmente a la enfermedad. Distingue tres niveles de significado en relación con las afecciones físicas: la dimensión biológica de la enfermedad, la dimensión simbólica de la enfermedad y la dimensión social de la enfermedad.

La dimensión biológica se refiere a una descripción e interpretación exclusivamente biomédica de la afección del paciente.

La dimensión simbólica representa la manera en que la persona enferma y los miembros de la familia o de la red social mayor, perciben los síntomas y la discapacidad. Representa una síntesis de significados biológicos, personales, familiares y culturales que se combinan para formar un sistema más o menos coherente.

La dimensión social de la enfermedad, representa los significados que han quedado asociados a un problema físico como resultado de fuerzas mayores, sociales, macrosociales o institucionales.

El modelo sistémico de la enfermedad ayuda a los profesionales a comprender el ajuste entre las demandas psicosociales de una enfermedad a lo largo del tiempo y el proceso de duelo como consecuencia de este ajuste, destacando las cuestiones del ciclo de vida y los sistemas de creencias. (Rolland, 2000)

La aplicación de este y otro tipo de modelos en la evaluación del impacto de la enfermedad y el proceso de duelo en las familias, no sería efectiva si no se contara con terapeutas calificados e instituciones para las cuales la atención de los pacientes con una enfermedad terminal y sus familiares fuese su objetivo principal.

MARCO METODOLOGICO

TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo exploratorio, ya que se hace una aproximación de un tópico o tema para aprender del mismo, en este caso del proceso de duelo de los familiares de pacientes con SIDA. En este sentido, el objetivo es formular preguntas más precisas para que en futuras investigaciones se puedan responder. (Kerlinger, 1975)

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño que se utilizará en esta investigación es de tipo preexperimental, ya que no se tendrá un control riguroso de variables (McGuigan, 1992) En este caso, se puede decir que se trata de un estudio de caso con una sola medición.

Consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un grupo (entrevista estructurada) y después aplicar una medición en una o más variables para observar cuál es el nivel del grupo en estas variables (perfil revisado de Actitudes hacia la muerte) No hay manipulación de la variable independiente.

Por la índole de la investigación, este diseño puede servir como estudio exploratorio, ya que de sus resultados no pueden sacarse conclusiones seguras de investigación. Abren el camino, pero de ellos pueden derivarse estudios más profundos.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Para esta investigación se tendrá como una única variable el "proceso de duelo", el cual desde una perspectiva sistémica se define como un proceso transaccional involucrado en la muerte con los sobrevivientes en un ciclo de vida compartido y que se desconoce la finalidad de la muerte y la continuidad de la vida, además de incluir la serie de adaptaciones por las cuales transcurre la familia y el paciente con referencia a la enfermedad. (Rolland, 2000)

Operacionalmente, se define como las puntuaciones obtenidas por los familiares de los pacientes con VIH/SIDA, en el Perfil revisado de Actitudes hacia la muerte de Wong,

Reker, y Gesser, (1994) y por los resultados del análisis de discurso de una entrevista estructurada llevada a cabo con estas personas.

POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de la cual se constituirá la muestra en esta investigación, estará formada por familiares de pacientes con VIH/SIDA que asisten a terapia en La Casa de la Sal, A.C.

La muestra estará formada por 10 familiares de personas contagiadas por SIDA, en edades comprendidas entre los 25 y 50 años.

INSTRUMENTOS

Para el desarrollo de esta investigación se utilizarán los siguientes instrumentos:

Perfil Revisado de Actitudes hacia la Muerte: Instrumento diseñado por Wong, Reker y Gesser (1994), el cual es una escala tipo Likert conformado por 32 frases para las cuales las opciones de respuesta se constituyen de la siguiente manera:

TA	Totalmente de acuerdo
A	Bastante de acuerdo
MA	Algo de acuerdo
I	Indeciso
MD	Algo en desacuerdo
D	Bastante en desacuerdo
TD	Totalmente en desacuerdo

Esta escala consiste en cuatro dimensiones derivadas factorialmente: miedo a la muerte/al proceso de morir (pensamientos y sentimientos negativos respecto a la muerte y al proceso de morir); aceptación de acercamiento (la visión de la muerte como la puerta hacia una vida feliz después de la muerte); aceptación de escape (la visión de la muerte como el escape de una existencia dolorosa), evitación de la muerte (la persona evita pensar o hablar sobre ésta para reducir la ansiedad) y aceptación neutral (la visión de la muerte como una realidad que ni se teme ni se le da la bienvenida).

Para cada dimensión, los ítems se agrupan de la siguiente manera:

DIMENSIÓN	ÍTEMS
Miedo a la muerte (7 ítems)	1,2,7,18,20,21,22
Evitación de la muerte (5 ítems)	3,10,12,19,26
Aceptación neutral (5 ítems)	6,14,17,24,30
Aceptación de acercamiento(10 ítems)	4,8,13,15,16,22,25,27,28,31, 32
Aceptación de escape (5 ítems)	5,9,11,23,29

Las puntuaciones máximas para cada dimensión son las siguientes:

DIMENSIÓN	PUNTAJE MAXIMO
Miedo a la muerte	49
Evitación de la muerte	35
Aceptación neutral	35
Aceptación de acercamiento	70
Aceptación de escape	35

Las puntuaciones de todos los ítems van de 1 a 7 en la dirección de Totalmente en desacuerdo (1) a Totalmente de acuerdo (7). Para cada dimensión se puede calcular una puntuación media de la escala, dividiendo la puntuación total de la escala por el número de ítems que la forman (Ver anexo 1)

Una persona tiene una actitud negativa hacia la muerte si obtiene puntuaciones altas en las dimensiones: miedo a la muerte y evitación de la muerte. Por el contrario, una persona tiene una actitud positiva hacia la muerte si obtiene puntuaciones altas en las dimensiones: aceptación neutral, aceptación de acercamiento y aceptación de escape. En la siguiente tabla se expone el puntaje que se utilizó para llevar a cabo el análisis de las actitudes hacia la muerte de los participantes:

DIMENSIONES	ACTITUD NEGATIVA	ACTITUD POSITIVA
Miedo a la muerte	31-49	0-20
Evitación de la muerte	21-40	0-20
Aceptación neutral	0-20	21-40
Aceptación de acercamiento	0-30	51-70
Aceptación de escape	0-20	21-40

Entrevista estructurada: Constará de un encuentro con cada uno de los participantes llevado a cabo con el propósito de obtener datos subjetivos acerca de su proceso de duelo. Los temas que se abordarán son: las actitudes de la familia ante la enfermedad, sistema de creencias ante el SIDA, adaptación del paciente y la familia a la enfermedad y organización de la familia en cuanto a distribución de roles y tareas. Todos estos temas fueron tomados del modelo sistémico de enfermedad propuesto por Rolland (2000)

PROCEDIMIENTO

Se diseñará el guión de la entrevista estructurada, el cual se basará en temas relacionados con la adaptación de la familia a una enfermedad terminal, de acuerdo al modelo sistémico de enfermedad propuesto por Rolland (2000) Luego, se procederá a contactar a las personas que colaborarán en la realización de la misma. Se visitaron ciertas instituciones dedicadas a la atención del paciente con VIH/SIDA y sus familiares. En La Casa de la Sal, A.C. luego de hacer una revisión del proyecto dieron la oportunidad de hacer la aplicación.

Se hará el primer contacto con el grupo al terminar una sesión grupal de Escuela para Padres. Se les explicará en qué consistirá la investigación y se enfatizará que su participación sería voluntaria.

La entrevista y aplicación del instrumento se llevarán a cabo en una sesión con una duración de aproximadamente 1 hora. Para ello el personal de la institución proporcionará un espacio adecuado. Se les aplicará primero el instrumento y luego se le pedirá a cada una de las personas su autorización para la grabación de la entrevista. Cabe destacar que cada sesión será individual.

Posterior a las entrevistas y la aplicación de los instrumentos, se procederá al análisis de los resultados correspondientes a cada caso. Para la entrevista se llevarán a cabo los siguientes pasos:

Desarrollo de categorías de codificación: Elaboración de una lista con los temas, conceptos, interpretaciones, tipologías y proposiciones identificados o producidos durante el análisis inicial de los datos obtenidos en cada una de las entrevistas con los participantes.

Codificación de los datos: A través de los datos arrojados por las entrevistas, se lleva a cabo la codificación en cada una de las categorías.

Separación de los datos pertenecientes a las diferentes categorías de codificación: Se trata de la reunión de todos los datos pertenecientes a cada categoría.

Las categorías de análisis usadas para analizar los datos de la entrevista son planteadas en el modelo sistémico de la enfermedad propuesto por Rolland (2000) serán las siguientes:

- Organización familiar (pregunta 5)
- Adaptabilidad (preguntas 2 y 6)
- Sistema de creencias con referencia a la enfermedad (pregunta 3)
- Sistema de creencias con referencia a la vida y la muerte (pregunta 7)
- Cohesión y estilos de comunicación (preguntas 1, 4 y 8)

Para los datos arrojados por el instrumento, se utilizarán medidas estadísticas. Por último, se hará una comparación de ambos análisis y se cotejarán los mismos con los objetivos establecidos al inicio de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

Alizade, A. (1996). *Clínica con la muerte*. Buenos Aires: Amorrourtú.

Alvarez, A. (1998) *Muerte y subjetividad: una experiencia de investigación*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México. División de Posgrado.

Aries, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.

Bor, R.; Perry, L. y Miller, R. (1989) A systems approach to AIDS counseling. *Journal of family therapy*, 11, 77-86.

Bowen, M. (1976) Family reaction to death. En Guerin, P.(ed.) *Family therapy*. New York: Gardner.

Bowlby, J. (1993). *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.

Carter, B. y McGoldrick, M. (1989) *The changing family life cycle: Framework for family therapy*. Boston: Allyn y Bacon.

Cates, J. y Graham, L. (1990). The effects of AIDS on the family system. *Family in society* 71(41), 195-201

De Frain, J.; Taylor, J. y Ernest, L. (1982) *Coping with sudden infant death*. Lexington: Heath.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (1995) *Noticia sobre el SIDA. Informa sobre el apoyo prestado por el FNUAP a las actividades de prevención del VIH/SIDA*. New York: Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP).

Golden, W.; Gersh, W. y Robbins, D. (1992). *Psychological Treatment of cancer patients*. Nueva York: Mc Millan.

Hayslip, B.; Luhr, D y Beyerlein, M. (1991). Levels of death anxiety in terminally ill men: A pilot study. *Omega: Journal of death and dying* 24,1, 13-9.

<http://caibco.ucv.ve/VitaeSeis/HIV/sida3.htm>. (2000) VIH y SIDA: Historia y futuro de una epidemia mundial.

<http://www.ssa.gob.mx/conasida/index.html> (2002)

<http://www.ssa.gob.mx/conasida/index.html> (2002) Sección de Epidemiología.

Kerlinger, F. (1976). Investigación del comportamiento. Técnicas y Metodología. Ciudad de México: Nueva Editorial Interamericana.

Kübler-Ross, E. (1975) Sobre la muerte y los moribundos. Barcelona: Grijalbo.

Martínez, A. (1990) La conjura del SIDA. Caracas: Nueva Visión.

McGoldrick, M. (1995) You can go home again. Nueva York: Norton.

McGuigan, G. (1992). Psicología Experimental. Buenos Aires: Mc. Graw Hill.

Meluk, E. (1998) El Secuestro, una muerte suspendida, su impacto Psicológico. Bogotá: Ediciones Uniandes

Murphy, P. y Perry, K. (1988) Hidden grievers. Special Issue: Aids- Principles, practices and politics. Death studies, 12(5-6) 451-402.

Normile, L. (1990) Psychological distress in bereavement: A comparative study on parents of adult children who died of AIDS. Dissertation Abstracts International 50(7-B) 2840.

Paul, N. (1982) Death and changes in sexual behavior. En Walsh, F. (ed.) Normal family processes. New York: Guilford Press.

Rojas, W. (1990) Inmunología. Medellín: Corporación para las Investigaciones Biológicas.

Rolland, J.(2000). Familias, enfermedad y discapacidad. Barcelona, España: Gedisa.

Sutcliffe, P., Tufneil, G. y Cornish, U. (1998) Working with the dying and bereaved. Londres: McMillan.

Velasco, M. y Sinibaldi, F. (2000) Manejo del enfermo crónico y su familia. México: Manual Moderno.

Wong, P.; Reker, G. y Resser, G. (1994) Perfil Revisado de Actitudes hacia la muerte. En R. Neimeyer (Comp.). Métodos de evaluación de la Ansiedad ante la muerte. Barcelona: Paidós.

Wu, K. (1990) Family support, age and emotional status of terminally ill cancer patients. Omega: Journal of death and dying 21, 2, 39-51

PERFIL REVISADO DE ACTITUDES HACIA LA MUERTE

(Wong, P; Reker, G. y Gesser, G (1994)

FECHA:

SEXO:

EDAD:

ESTADO CIVIL:

INSTRUCCIONES:

Este cuestionario contiene varias afirmaciones relacionadas con diferentes actitudes hacia la muerte. Lee cada afirmación cuidadosamente e indica luego hasta qué punto estás de acuerdo o en desacuerdo. Por ejemplo, un ítem puede decir: " La muerte es una amiga". Indica tu grado de acuerdo o desacuerdo rodeando con un círculo una de las siguientes posibilidades:

TA	Totalmente de acuerdo
A	Bastante de acuerdo
MA	Algo de acuerdo
I	Indeciso
MD	Algo en desacuerdo
D	Bastante en desacuerdo
TD	Totalmente en desacuerdo

Observa que las escalas van de Totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo y viceversa.

Si estás totalmente de acuerdo con la afirmación, pon una "X" a TA. Si estás totalmente en desacuerdo por una "X" a TD. Si estás indeciso por una "X" a I. Sin embargo, intenta usar la categoría de Indeciso lo menos posible.

Es importante que leas y contestes todas las afirmaciones. Muchas de ellas parecerán similares, pero todas son necesarias para mostrar pequeñas diferencias en las actitudes.

1.-La muerte es sin duda una experiencia horrible	TD	D	MD	I	MA	A	TA
2.- La perspectiva de mi propia muerte despierta mi ansiedad.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
3.- Evito a toda costa los pensamientos sobre la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
4.- Creo que iré al cielo cuando muera.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
5.- La muerte pondrá fin a todas mis preocupaciones.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
6.- La muerte se debería ver como un acontecimiento natural, innegable e inevitable.	TD	D	MD	I	MA	A	TA

7.- Me trastorna la finalidad de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
8.- La muerte es la entrada en un lugar de satisfacción definitiva.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
9.- La muerte proporciona un escape de este mundo terrible.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
10.- Cuando el pensamiento de la muerte entra en mi mente, intento apartarlo.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
11.- La muerte es una liberación del dolor y el sufrimiento.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
12.- Siempre intento no pensar en la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
13.- Creo que el cielo será un lugar mucho mejor que este mundo.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
14.- La muerte es un aspecto natural de la vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
15.- La muerte es la unión con Dios y con la gloria eterna.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
16.- La muerte trae la promesa de una vida nueva y gloriosa.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
17.- No temería a la muerte ni le daría la bienvenida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
18.- Tengo un miedo intenso a la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
19.- Evito totalmente pensar en la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
20.- El tema de una vida después de la muerte me preocupa mucho.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
21.- Me asusta el hecho de que la muerte signifique el fin de todo tal como lo conozco.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
22.- Ansío reunirme con mis seres queridos después de morir.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
23.- Veo la muerte como un alivio del sufrimiento terrenal.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
24.- la muerte es simplemente una parte del proceso de la vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
25.- Veo la muerte como un pasaje a un lugar eterno y bendito.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
26.- Intento no tener nada que ver con el tema de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
27.- La muerte ofrece una maravillosa liberación al alma.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
28.- Una cosa que me consuela al afrontar la muerte es mi creencia en una vida después de la misma.	TD	D	MD	I	MA	A	TA

29.- Veo la muerte como un alivio de la carga de esta vida.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
30.- La muerte no es buena ni mala.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
31.- Espero una vida después de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA
32.- Me preocupa la incertidumbre de no saber qué ocurre después de la muerte.	TD	D	MD	I	MA	A	TA

ENTREVISTA ESTRUCTURADA

1. ¿Cómo se enteró del contagio por VIH de su... (hijo/a, hermano/a, tío/a, etc.)?
2. ¿Qué pasó por su mente en ese momento? ¿Cómo ha sido su experiencia en referencia al contagio por VIH de su... (hijo/a, hermano/a, tío/a, etc.)?
3. Que significado tuvo para usted el saber que su de su... (hijo/a, hermano/a, tío/a? estuviese infectado por el VIH?
4. ¿Han habido oportunidades en las que la familia ha hablado acerca de la enfermedad de su... (hijo/a, hermano/a, tío/a, etc.)?
5. ¿Cómo se han distribuido las tareas en el hogar a raíz de la enfermedad?
6. En estos momentos, ¿cómo está afrontando la situación de que su... (hijo/a, hermano/a, tío/a, etc.) se encuentra en la fase terminal de la enfermedad?
7. ¿Qué significado tiene para usted las palabras Vida y Muerte?
8. Si tuviéramos acá a su... (hijo/a, hermano/a, tío/a, etc.), ¿qué le diría?