

01968



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

**REPORTE DE EXPERIENCIA
P R O F E S I O N A L
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MARIA DE LOS ANGELES OCAMPO AGUILAR**

DIRECTORA DEL REPORTE:
MTRA. JACQUELINE FORTES BESPROSVANY

JURADO DE EXAMEN:
DRA. MARIA BLANCA MOCTEZUMA YANO
DRA. IRIS XOCHITL GALICIA MOYEDA
DRA. DOLORES MERCADO CORONA
MTRA. LUZ MARIA ROCHA JIMENEZ
MTRA. SILVIA VITE SAN PEDRO
MTRO. JORGE ORLANDO MOLINA AVILES



CIUDAD UNIVERSITARIA,

SEPTIEMBRE DEL 2005.

m349097



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.

Jacque:

*Agradezco tu atención, apoyo y dedicación para llevar a cabo este trabajo,
Pero sobre todo tu calidez humana.*

Josette:

*Gracias por acompañarme,
Por tus palabras de aliento,
Por tantas horas de reflexión,
Por compartir conmigo tus experiencias de vida,
Por enseñarme que no hay días mejores ni peores,
Que simplemente cada día hay nuevos paradigmas que resolver.*

Familias:

*A las familias que me permitieron formar parte de su mundo,
Quienes hicieron posible este maravilloso viaje al mundo de la terapia familiar,
Quienes sin saberlo me enseñaron día con día diferentes formas de mirar un mismo
evento.
Gracias.*

*A mis compañeros y amigos Mariana, Angélica, , Rocío, Mario, Gerardo y Alfredo, con
quienes pasé horas y horas tratando de componer un poco este "loco" mundo.*

*A "LA BOLA", Andrea, Alex, Fabiola, Moy, Marisol y Polo (y sus descendientes),
Quienes me han cobijado cuando más frío he tenido.*

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recopilatorio.

NOMBRE: MA. ANGELIS OCAÑO

AGUILAR

FECHA: 28 SEP 05

FIRMA: [Firma manuscrita]

Clau:

*Gracias por contagiarme tu alegría por la vida,
Por enseñarme la importancia de ser dedicada en todo lo que haces,
Por llenar nuestra casa de una extraña mezcla de alegría y paz,
Gracias por ser como eres.*

Memo:

*Contigo he aprendido que hay gente que nace con el estigma de la buena fortuna,
Que hay quienes tienen el don de la sonrisa coqueta y la mirada inquieta.
Sin saberlo me has enseñado a enfrentar las adversidades con aplomo...
Seguramente tienes una gran misión en esta vida...*

Hijos los amo.

Mamá:

*Con frecuencia me he preguntado,
¿De dónde viene esa extraña fortaleza que forma parte de mí?
Y solo basta con mirarte para saberlo.*

INDICE

Introducción	1
Justificación	2
I. Marco Teórico	
1. <i>Análisis epistemológico.</i>	3
1.1 Teoría General de los Sistemas	3
1.2 Gregory Bateson	5
1.3 Teoría de la Comunicación	6
1.4 Teoría de la Cibernética	9
1.5 Constructivismo y Construcción Social	11
1.1. <i>Modelos de Terapia familiar.</i>	14
1.1.1 Introducción a los Modelos de Terapia Familiar	14
1.1.2 Modelo Estructural	14
1.1.3 Modelo de Terapia Breve del MRI	18
1.1.4 Modelo Estratégico	23
1.1.5 Modelo de Milán	26
1.1.6 Modelo Centrado en las Soluciones	31
1.1.7 Modelo Narrativo	36
1.2 Integración de Modelos	44
II. <i>Integración del trabajo clínico.</i>	49
Familia 1.	49
<i>Presentación de la familia</i>	49
• Datos generales	
• Genograma	
<i>Resumen</i>	49
<i>Evaluación de la Familia</i>	50
• Identificación del problema	50
• Comunicación	51
• Roles	51
• Respuesta afectiva	51
• Involucramiento afectivo	52
• Control de conductas	52
<i>Análisis del proceso terapéutico</i>	52
• Objetivos de la familia	52
• Postura de la familia	52
• Objetivos terapéuticos	53

• Hipótesis	53
• Evolución del proceso terapéutico	53
<i>Análisis teórico metodológico de intervención con la familia.</i>	54
• Principales estrategias	54
• Evaluación del proceso terapéutico por la familia	56
• Alcances y limitaciones del proceso terapéutico	57
Familia 2.	58
<i>Presentación de la familia</i>	58
• Datos generales	58
• Genograma	58
	58
<i>Resumen</i>	58
<i>Evaluación de la Familia</i>	60
• Identificación del problema	60
• Comunicación	60
• Roles	60
• Respuesta afectiva	60
• Involucramiento afectivo	61
• Control de conductas	61
<i>Análisis del proceso terapéutico</i>	61
• Objetivos de la familia	61
• Postura de la familia	61
• Objetivos terapéuticos	61
• Hipótesis	61
• Evolución del proceso terapéutico	62
<i>Análisis teórico metodológico de intervención con la familia.</i>	63
• Principales estrategias	63
• Evaluación del proceso terapéutico por la familia	64
• Alcances y limitaciones del proceso terapéutico	65
Familia 3.	66
<i>Presentación de la familia</i>	66
• Datos generales	66
• Genograma	66
<i>Resumen</i>	66

<i>Evaluación de la Familia</i>	67
• Identificación del problema	67
• Comunicación	68
• Roles	68
• Respuesta afectiva	68
• Involucramiento afectivo	68
• Control de conductas	68
<i>Análisis del proceso terapéutico</i>	69
• Objetivos de la familia	69
• Postura de la familia	69
• Objetivos terapéuticos	69
• Hipótesis	69
• Evolución del proceso terapéutico	70
<i>Análisis teórico metodológico de intervención con la familia.</i>	70
• Principales estrategias	70
• Evaluación de la familia sobre el proceso terapéutico	71
• Alcances y limitaciones del proceso terapéutico	72
Familia 4.	73
<i>Presentación de la familia</i>	73
• Datos generales	73
• Genograma	73
<i>Resumen</i>	73
<i>Evaluación de la Familia</i>	74
• Identificación del problema	74
• Comunicación	75
• Roles	75
• Respuesta afectiva	75
• Involucramiento afectivo	75
• Control de conductas	76
<i>Análisis del proceso terapéutico</i>	76
• Objetivos de la familia	76
• Postura de la familia	76
• Objetivos terapéuticos	76
• Hipótesis	77
• Evolución del proceso terapéutico	77
<i>Análisis teórico metodológico de intervención con la familia.</i>	78
• Principales estrategias	78
• Evaluación del proceso terapéutico por la familia	79

• Alcances y limitaciones del proceso terapéutico	80
<i>Análisis del sistema terapéutico total.</i>	81
<i>III Reporte de actividades de investigación</i>	83
3.1 Escala de maltrato a los hombres.	83
3.2 Anteproyecto de investigación en coterapia.	86
<i>IV Productos tecnológicos.</i>	89
<i>V Consideraciones éticas como resultado de la práctica profesional</i>	91
<i>VI Resumen de habilidades y competencias profesionales desarrolladas</i>	93
<i>VII Incidencia en el campo Psicosocial</i>	96
<i>VIII Discusión del impacto y resultados obtenidos en el trabajo terapéutico</i>	100
<i>IX Reflexión y análisis de la experiencia: Implicaciones de la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.</i>	101
<i>Bibliografía</i>	103
<i>Anexos</i>	108

INTRODUCCION

El presente trabajo, hace referencia a los conocimientos, habilidades y competencias, adquiridos durante el desarrollo del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología con residencia en Terapia Familiar, de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el cual participé como alumna de la primera generación.

Uno de los objetivos de dicho programa fue el de formar profesionales de excelencia, que respondan a las necesidades de la población, para lo cual fue necesario desarrollarme simultáneamente como terapeuta y como persona.

El programa comprende aspectos teóricos y prácticos, los cuales se desarrollaron en Ciudad Universitaria, en la Facultad de Psicología y en el Centro de Servicios Psicológicos "Guillermo Dávila". En este segundo, las actividades se referían concretamente a participar como terapeuta o equipo detrás del espejo, en donde se trabajó con supervisión en vivo y narrada, así como con apoyo del equipo, además de contar con un tutor. Durante mi estancia en la maestría tuve la oportunidad de atender a seis familias, de las cuales presento el análisis de cuatro.

Un aspecto importante se refirió al desarrollo de actividades de investigación, de las cuales se desprendió una de corte cuantitativa, y un anteproyecto de investigación cualitativa, así como dos productos tecnológicos.

JUSTIFICACION

Al hablar de familia se evocan multiplicidad de presupuestos y mitos en torno de ella. Se considera ésta un sistema vinculado a otros sistemas (sociales, biológicos, ecológicos, culturales, políticos, etc). Un espacio especial, privado dónde transcurre la vida cotidiana, lugar propicio para la transmisión de conocimientos, valores, creencias, pautas de conducta e ideologías, sistema que establece sus propias reglas del juego. La familia proporciona una estructura, mediante la cual las personas desarrollan afectos y llevan a cabo el proceso de crecimiento y satisfacción de necesidades básicas para subsistir. Es fuente de satisfacción e insatisfacción emocional y relacional, facilitadora de la construcción de realidades, estructura que ha existido a lo largo de la historia, con diferentes matices y formas, en constante cambio y evolución. Al ser la familia el lugar dónde se gestan las vinculaciones más importantes y permanentes de las personas, ésta se convierte en el foco de atención de los terapeutas, quienes influyen en ellas desde diferentes enfoques, con el propósito de promover cambios que los lleven a vivencias más satisfactorias.

En México, al igual que en muchos países del mundo y como consecuencia de los cambios en los sistemas políticos, sociales y culturales, los que a su vez generan cambio en otros subsistemas como el familiar, se hace necesario la formación de profesionales capacitados en el ámbito de la Terapia Familiar.

I. Marco teórico.

1. Análisis epistemológico

El presente trabajo se fundamenta en aspectos teórico metodológicos de la Terapia Familiar Sistémica.

Por tratarse de un enfoque relativamente joven, la Terapia Familiar Sistémica, se ha encontrado con diversas dificultades, una de ellas se refiere a sus conceptos, debido a que dichos conceptos básicos provienen de ámbitos independientes; sin embargo se apoyan en una epistemología rica, aunque no siempre homogénea, cuyas premisas básicas difieren sustancialmente de otros fundamentos epistemológicos.

Esta epistemología se nutrió inicialmente de tres fuentes; la Teoría General de los Sistemas, la Cibernética y la Teoría de la Comunicación, así como las ideas de Gregory Bateson, Heinz von Foerster y Humberto Maturana, a quienes se les considera los creadores del pensamiento sistémico.

De acuerdo con Gregory Bateson (1979), la epistemología es una rama de la ciencia combinada con una rama de la filosofía. De forma que si nos referimos a la epistemología como ciencia, la definimos como el estudio de cómo los organismos particulares o agregados de organismos que conocen, piensan y deciden. Como filosofía, la epistemología es el estudio de los límites necesarios y otras características de los procesos del conocer, pensar y decidir (Bateson, 1976). La epistemología, desde este punto de vista, se centra en cómo conocen los que conocen: las propiedades del observador, en lugar de qué es lo que se conoce: las propiedades del objeto de conocimiento.

1.1 TEORIA GENERAL DE LOS SISTEMAS

La Teoría General de los Sistemas, marcó una diferencia importante con relación al pensamiento que predominó durante el siglo diecinueve, momento en que referían los fenómenos como producto de efectos lineales (causa-efecto), estableciendo que "todas las interrelaciones entre componentes coactuantes de un

todo organizado, son de fundamental importancia para comprender la totalidad" (Miller, 1978, ps.14 y 15).

No obstante el concepto de sistema como totalidad existía ya en el pensamiento de los grandes filósofos como Aristóteles, Leibniz, Nicolás de Cusa, Paracelso, Marx y Hegel entre otros (Bertalanffy, 1976). El pensamiento sistémico se estableció en el ámbito científico, hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

Se ha considerado a Bertalanffy, creador de la Teoría General de los Sistemas desarrollada en 1968. Bertalanffy, en su crítica a los biólogos reduccionistas, propuso inicialmente estudiar al organismo como un todo y creó un enfoque al que denominó "organísmico".

De acuerdo con Bertalanffy (1976), un concepto central en terapia familiar, será el **sistema**, que puede ser definido como complejo de elementos interactuantes, haciéndose necesario establecer una distinción entre un sistema cerrado y un abierto, en donde un **sistema cerrado** es aquel cuyos elementos no tienen interacción con otros elementos del medio circundante, hay una tendencia hacia la desorganización y destrucción del orden en tanto que un **sistema abierto** se distingue porque presenta intercambio con el medio circundante, implica importación y exportación, constitución y degradación de sus componentes, existe una tendencia hacia niveles de mayor organización mediante un equilibrio dinámico (homeostasis). Según Bertalanffy, todo organismo viviente es un sistema abierto. Es así como dentro de la terapia familiar se ubica a la familia como un sistema abierto.

Bertalanffy en 1976, introduce el concepto de información como **entropía negativa**, lo que favorece el orden y la organización, partiendo de las nociones de adaptabilidad, intencionalidad y persecución de metas. También establece el principio de **equifinalidad** con el que manifiesta que los orígenes de configuraciones sistémicas similares pueden no ser los mismos en todos los casos, lo que lleva a contemplar la singularidad de cada situación, de esta forma se entiende que los sistemas vivientes, en tanto abiertos, no pueden ser explicados en términos de causalidad, dado que las circunstancias iniciales no los determinan.

Otros elementos importantes para comprender la complejidad de los sistemas vivos, son la noción de organización y el concepto de **retroalimentación positiva** y **negativa** para mantener al sistema dentro de un equilibrio dinámico.

Por otra parte, Bertalanffy (1976) establece que la relación entre visión del mundo y lenguaje no es unidireccional sino recíproca, afirma que la estructura del lenguaje determina qué rasgos de la realidad serán abstraídos, y con ello qué forma adoptarán las categorías del pensamiento, y finalmente el cómo sea visto el mundo determina y forma el lenguaje.

1.2 GREGORY BATESON

Muchos estudiosos de la obra de Gregory Bateson, consideran que una de las aportaciones más importantes ha sido el establecimiento de una nueva epistemología y la creación de una ciencia posmoderna (Keeney, 1987).

Bateson (1976), puso especial interés en los patrones de interacción, **la pauta que conecta**, con el cual pretendía establecer las formas y las relaciones observables en todos los fenómenos. Así mismo, introdujo la noción de **contexto** como elemento básico de toda comunicación y significación y siendo fundamental encontrar un nuevo lenguaje que permita describir la recursividad de todos los elementos que se mueven conjuntamente en un proceso.

Bateson, estudió los procesos de diferenciación en las normas del comportamiento individual que resultan de la interacción acumulativa entre los individuos, para lo cual introdujo el término **cismogénesis**, y lo define como un término que describe el tipo de escalada que se encuentra en el mundo natural, semejante a los círculos viciosos, llamados también por otros investigadores, procesos de reacción mutua, procesos mutuamente causales de desviación-amplificación, cadenas de retroalimentación positiva, etc. (Hoffman, 1998).

Bateson, propuso que podría existir un orden interno auto-equilibrador en los grupos sociales, cuyo propósito es mantener los movimientos cismogénicos bajo control, operando los tipos simétricos y complementarios de cismogénesis de manera mutuamente neutralizante (Hoffman, 1998).

Bateson, estableció que la mente individual es inmanente pero no sólo en el cuerpo, debido a que ésta establece una conexión fuera del cuerpo; existiendo una mente más amplia de la cual la mente individual es sólo un subsistema, inmerso en el sistema social interconectado a la ecología planetaria (Brockman y Bateson, 1977), lo que permitió una concepción totalizadora sobre la naturaleza del orden y la organización en los sistemas humanos (Bateson, 1979). Por otra parte estableció una diferencia entre la realidad exterior y la percepción que se tiene de la realidad exterior, argumentando que la mente será siempre intangible, que al referirnos a la mente nos referimos a intangibles, ya que en la mente no existen las cosas como tal; que el puente entre mapa y territorio es la diferencia, siendo solamente las nociones de diferencia las que pueden llegar del territorio al mapa.

Con respecto a la **recursividad**, refiere dos tipos: el “feedback” propuesto por Norbert Wiener y el segundo tipo de recursividad propuesto por Varela y Maturana.

De acuerdo con Bateson, en la medida en que nos damos cuenta de la manera en que creamos imágenes de un objeto, nos acercamos más al mundo que nos rodea, sabiendo que el mundo externo no está de la misma manera en que parecía estar, de modo que las imágenes que cada uno crea son de quien las crea y en esa medida es responsable de las mismas. En este sentido cuestiona la objetividad que se confiere al mundo externo y la subjetividad conferida al mundo interno, y establece que debe existir un punto en el cual converjan la realidad exterior y los acontecimientos internos del individuo (Brockman y Bateson, 1977).

1.3 TEORIA DE LA COMUNICACIÓN

La comunicación ha sido motivo de preocupación de muchos estudiosos, misma que se puede apreciar desde los filósofos griegos hasta hoy día. En sus inicios los estudios de la comunicación centró la atención en *quién* le dice *qué*, a *quién*, y con *qué efecto*, e incluso tenía como objeto de estudio el análisis de la eficacia en la información, y buscaba establecer medidas cuantitativas sobre la capacidad de variados sistemas, de transmitir, almacenar y además procesar información para

descubrir las leyes matemáticas que los gobiernan, intentando establecer la medida cuantitativa mínima que reduce la incertidumbre en un mensaje, modelo que resultó sumamente simple y mecánico.

Al incorporar el concepto de retroalimentación de la Cibernética la concepción lineal de la comunicación, dio un giro, lo que permitió una mayor comprensión de las complejas comunicaciones interpersonales.

El grupo palo alto conformado por Bateson, Weakland, Haley, Fry y Don Jackson (quien se integró después), desarrollaron la nueva teoría de la comunicación, dirigida al campo de la terapia, y en 1956, escriben el artículo "Hacia una teoría de la esquizofrenia", interesados en el concepto de "homeostasis familiar" desarrollan la famosa y controvertida "Teoría del Doble Vínculo". También en este artículo propone considerar a la familia como un sistema homeostático, en equilibrio interno por medio de mecanismos de retroalimentación negativa (Jackson, 1977).

En 1959 Jackson y los integrantes del grupo de Palo Alto California, fundan el Mental Research Institute, con el propósito de aplicar las investigaciones del grupo a la psicoterapia y estudiar a la familia como un sistema gobernado por un conjunto de reglas. Posteriormente se incluyen al grupo, Jules Riskin, Virginia Satir, Paul Watzlawick, Richard Fisch y Arthur Bodin. En 1962 Paul Watzlawick y Janet Beavin, basados en Bateson publican "Pragmática de la Comunicación Humana, un Estudio de Patrones Interaccionales, Patologías y Paradojas", en la que proponen una serie de axiomas, mismos que menciono a continuación:

1- *Es imposible no comunicarse*

2- *Toda comunicación tiene un aspecto de **contenido y otro relacional**, de forma que el segundo clasifica al primero.*

3- *La naturaleza de la comunicación depende de la **puntuación**, es decir, del significado que se dé, de las **secuencias** de comunicación entre los comunicantes.*

4. *Los seres humanos se comunican tanto **digital** como **analógicamente**, donde el lenguaje digital (verbal) cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carente de una semántica adecuada en el campo de la relación, en*

tanto que el lenguaje analógico (no verbal) posee la semántica pero no la sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

*5- Todos los intercambios comunicacionales son **simétricos** o **complementarios**, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.*

Referente a la metacomunicación, se hace mención que además de la definición de la relación, se da una definición del Yo. Por lo que son propuestas tres modalidades: la **confirmación**, el **rechazo** y la **desconfirmación**, que niega la realidad de la persona como fuente de información. En este mismo sentido con respecto a la comunicación en sí encontramos las modalidades de: **rechazo**, **aceptación** y **descalificación** de la comunicación, que pueden entenderse de manera similar a las modalidades anteriores.

En cuanto al mantenimiento de la homeostasis, se hace referencia a los conceptos de calibración y recalibración, en donde la calibración puede asociarse al cambio 1 (cuantitativo), situación en la que las modificaciones en los elementos de un sistema no llevan a un cambio, sino que favorecen al estado homeostático a pesar de presentarse bajo una forma diferente. Respecto a la recalibración corresponde al cambio 2 (cualitativo), donde se modifica todo un patrón.

Por otra parte dentro de las comunicaciones patológicas, se pone especial atención a las de índole paradójica, y se distinguen tres tipos de paradoja: la **lógica-matemática**, donde la contradicción se da entre expresiones simbólicas matemáticas, las **definiciones paradójicas**, cuya contrariedad se aprecia a nivel de contenidos semánticos, por ejemplo la afirmación "todo es relativo", y las **paradojas pragmáticas**, donde entrarían las situaciones de **doble vínculo**, descrito como una comunicación a muchos niveles, en donde una demanda manifiesta en un nivel es anulada o contradicha en otro nivel, resultando imposible responder a tales demandas, este doble vínculo se describe como callejones sin salida en la comunicación, impuestos unos a otros por personas que se encuentran dentro de un sistema de relación. Los elementos asociados a esta situación son los siguientes: que haya dos o más personas; que exista repetición y permanencia de la situación; que haya un primer mandato negativo seguido de otro, de nivel más abstracto, que lo contradiga, generalmente expresado en

lenguaje no-verbal y que además no se pueda cuestionar; y que exista otro mandato que impida escapar de la situación. El callejón sin salida se da cuando además de los elementos citados, existe una relación afectiva importante entre los sujetos involucrados, ejemplo la relación madre-hijo (Watzlawick, 1967).

1.4 TEORIA DE LA CIBERNETICA

Para Heinz von Foerster la historia de la cibernética se puede observar como un proceso que se desarrolla en tres niveles de complejidad: una Cibernética de "0 orden", implícita, la Cibernética de "1er. Orden, y una Cibernética de "2do Orden", reflexión sobre la reflexión de la Cibernética, resultando imposible acceder a un nivel superior a éste, dado que cuando uno reflexiona sobre la reflexión se cierra el círculo de argumentación; se produce una clausura organizacional que sólo puede trascenderse a sí misma dentro de sí misma (Maturana, Von Foerster, 1988).

Para fines prácticos del desarrollo conceptual de la Terapia Familiar Sistémica, se ha considerado a la **cibernética de primer orden** (primera y segunda cibernética) y **cibernética de segundo orden**, como dos ejes de análisis complementarios, que al mismo tiempo enfatizan niveles de estudio diferentes. La **primera cibernética** da cuenta de los acercamientos teóricos que privilegian las explicaciones acerca de cómo es mantenido un sistema (homeostasis). En esta etapa se consideraba que los procesos de corrección de la desviación (**feedback negativo**) permitían mantener la organización y que los procesos de ampliación de la desviación llevaban a la desorganización, el caos y la destrucción del sistema. Por lo tanto, la homeostasis como proceso auto-correctivo era el concepto predominante (Sluzki, 1987).

En tanto que al referirnos a la **segunda cibernética** (Maruyama, 1963), se considera que todo sistema viviente depende, para su supervivencia, de dos procesos: "**morfostasis**" y "**morfogénesis**". El primero se refiere al mantenimiento de la constancia de un sistema a través de mecanismos de **retroalimentación negativa**. El segundo, por el contrario, a la desviación, variabilidad del sistema a través de mecanismos de **retroalimentación positiva**.

Según Maruyama, en cada situación, los procesos de desviación y de amplificación se equilibran mutuamente. En este mismo sentido consideró que la desviación y los procesos que promueven el desorden y la desorganización no necesariamente son destructivos. Las desviaciones o fluctuaciones, si se mantienen y no son contrarrestadas por mecanismos correctores, producen una bifurcación que genera un salto cualitativo hacia una nueva organización. En esta segunda etapa del desarrollo del pensamiento cibernético la **ampliación de la desviación** y los mecanismos de retroalimentación positiva, procesos favorecedores del cambio, adquieren un nuevo status, son considerados esenciales para la evolución de los sistemas vivientes. Como ejemplo tenemos la teoría del caos, la cual postula que "en determinadas condiciones de caos existe la posibilidad de que surjan nuevas estructuras ordenadas.

Von Foerster en 1972, fue quien propuso el nombre de **Cibernética de Segundo Orden** o "Cibernética de los Sistemas Observantes" diferenciándola de la Cibernética de Primer Orden definida como Cibernética de los Sistemas Observados, asimismo replantea la reintroducción del observador, la pérdida de la neutralidad y de la objetividad, como requisitos fundamentales para una epistemología de los sistemas vivientes". Von Foerster, define la posición epistemológica del observador, ya sea que éste considere la existencia de una realidad trascendente a ser descubierta, o se defina como inventor o constructor de la realidad observada.

Para Von Foerster, desde esta posición lo único que un observador puede hacer "es hablar de sí mismo", sugiere modificar la frase de Korszyski: "El mapa no es el territorio" por: "El mapa es el territorio", definiendo una epistemología que da cuenta del observador. Maturana también dirá "Todo lo dicho es dicho por un observador a otro observador, o a sí mismo" (Maturana, 1986).

Por lo tanto la cibernética de segundo orden nos introduce en la observación del observador. El objeto de estudio pasa a constituirse en el observador observando su propia observación; cibernéticamente hablando, la cibernética se transforma en cibernética de la cibernética, o cibernética de 2do. orden.

Los temas centrales de la cibernética, son la **circularidad** y la **retroalimentación**, conceptos que están implícitos en la noción de **recursividad**, las operaciones que se repiten sobre sí mismas, siendo la **autorreferencia** una noción particular del concepto más general de recursividad.

Es incuestionable que la cibernética de segundo orden abre un espacio para la reflexión sobre el propio comportamiento y entra directamente en el territorio de la responsabilidad y la ética, ya que se fundamenta en la premisa de que no somos descubridores de un mundo exterior a nosotros, sino inventores o constructores de la propia realidad, todos y cada uno de nosotros somos fundamentalmente responsables de nuestras propias invenciones.

1.5 Constructivismo y Construccinismo Social.

Durante los años 80's, nacen las primeras ideas que dieron origen al movimiento del constructivismo. Se retomaron ideas de la filosofía de la ciencia, así como estudios del funcionamiento del sistema nervioso, cuestionándose la noción de objetividad, que llevado al campo de la terapia familiar replanteo la situación terapéutica.

De acuerdo con von Glassersfeld (1981), el "constructivismo radical" tiene su origen en las ideas de filósofos racionalistas (Kant, Vico y Berkeley), además incluye aspectos de la teoría de la evolución y de la teoría de conocimiento de Piaget. Plantea que el conocimiento debe verse en términos de ordenamiento y organización que los individuos hacen del mundo, y dado que el conocimiento resulta de una construcción, no puede ser objetivo, que la realidad es una "invención". Enfatiza la implicación del proceso cognitivo, en el que el sujeto y el objeto son inseparables, el objeto para existir depende de la construcción que haga el sujeto sobre él (Varela, 1981).

De acuerdo con von Glassersfeld (1989), el conocimiento es construido activamente por el sujeto cognoscente y no a través de la comunicación, siendo la función del conocimiento adaptativa y no pretende descubrir una realidad objetiva. Por otra parte von Foerster y Maturana, hicieron importantes aportaciones en el campo de la neurofisiología (Hoffman, 1989). von Foerster, resalta el papel de la percepción sensorial así como del proceso de cómputo para determinar aquello

que "se ve". En tanto que Maturana plantea que el organismo es "un sistema de información cerrado", debido a que no tiene acceso directo a los elementos de su medio, y lo que percibe está siempre determinado por la naturaleza de su propia estructura" (Simon, R., 1993: y Hoffman, 1989).

Dado que el constructivismo acepta múltiples versiones acerca de la realidad, considerando que lo real depende de las propias construcciones, la versión del terapeuta no puede ser más objetiva que la del cliente, por lo que se cuestiona la posibilidad de hablar de diferencias en una escala jerárquica y se habla de diferentes posiciones dentro de una escala horizontal. Se plantea la posibilidad de que la construcción personal de la realidad puede tener lógica y congruencia interna, ser viable, sin embargo, puede no ser funcional o adaptativa. En este sentido Hoffman (1989), menciona que si la estructura interna de la familia determina su modo de funcionar, lo que antes se llamaba resistencia al cambio, ahora se ve como la congruencia del sistema con su propia estructura. Al expresar las personas sus construcciones acerca de la realidad por medio del lenguaje, se observan menos las conductas y se pasa al campo de las ideas sobre las cosas (Hoffman 1989).

En cuanto al Construccinismo Social, surge como una propuesta alternativa a la visión tradicional positivista. De acuerdo con Ibañez (1990), esta orientación recibe aportaciones de la hermenéutica (la interpretación de los textos), de la teoría de la crítica (la propuesta de "emancipar" las interpretaciones vigentes, para generar ideologías alternativas), de la orientación de la dialéctica (la hipótesis de que a partir de una entidad en contradicción con su opuesto, se genera una transformación que da lugar a nuevo elemento), entre otras (Gergen y Morawsky, 1980).

Los construccionistas, consideran que la realidad es construida socialmente, mediante el lenguaje y las prácticas colectivas/ interaccionales sociales, así como de acuerdos interpersonales/consensos, específicos de cada grupo social, en un momento histórico determinado (Ibañez, 1990). Luego entonces encontraremos dos líneas de análisis del Construccinismo Social: el lenguaje y las interacciones entre los individuos, asociados a conceptos como la metáfora, narrativa,

significados, interpretación, consenso, convenciones, teorías, epistemología, construcciones, reconstrucción, creación, historia, cultura, contexto, interacción social, interrelación, entre otros.

Tanto el constructivismo como el construccionismo social, corresponden al movimiento posmoderno, el que surge como una alternativa a una visión modernista dominante. Es así como se abandonan los postulados de la postura empírica, el conocimiento deja de ser producto de la observación pasiva, se cuestiona la validez científica, así como la "objetividad" de la realidad, poniendo en tela de juicio la existencia de una verdad absoluta.

1.1. MODELOS DE TERAPIA FAMILIAR.

1.1.1 Introducción a los Modelos de Terapia Familiar.

Con el surgimiento de las primeras aproximaciones sobre la terapia familiar, se abandona el pensamiento lineal, en el cual los síntomas de las personas eran tratados en términos de causas subyacentes, las cuales requerían de un análisis intrapsíquico. Al observar las limitaciones de esta visión lineal, se retomaron ideas de las ciencias naturales y de las ciencias exactas, de tal forma que el concepto de síntoma paso a ser algo más que un individuo sintomático. El pensamiento sistémico surge al incluir en la comprensión de un problema las interacciones y la retroalimentación familiar.

Otro concepto relevante fue el de homeostasis, ya que con éste, los estudios se enfatizaron más la manera en que los sistemas humanos mantenían un estilo de relación. Posteriormente los estudios centraron su atención en aquello que modificaba los sistemas familiares, es decir en el cambio.

Ante el surgimiento de esta nueva manera de hacer terapia se cuestionó la noción de objetividad, poniendo en tela de juicio la frontera entre observador / observado.

La terapia familiar incursionó también en las ciencias sociales, fundamentando el estructuralismo y más recientemente el construccionismo social así como las ideas posmodernas. Con lo que se da un nuevo giro conceptual en el que se incluyen las dimensiones de la interacción social y del lenguaje.

Es importante mencionar que el desarrollo teórico de la terapia familiar sistémica ha ido a la par que su aplicación terapéutica.

A continuación se presenta una reseña de los seis modelos más representativos de la terapia familiar sistémica.

1.1. 2 Modelo Estructural

El Modelo Estructural surge después de la segunda guerra mundial, como resultado del interés en Psiquiatría por la familia del "enfermo mental". Salvador Minuchin es considerado creador de este modelo, su enfoque tiene como

fundamento las ideas de los sistemas, de la cibernética. Afirma que la familia es la fuente principal de las creencias y pautas de comportamiento relacionadas con la salud, las tensiones que sufre a través de su ciclo evolutivo que se pueden manifestar como síntomas, los cuales pueden ser la expresión de procesos adaptativos del individuo y ser mantenidos por las conductas familiares, ya que es en la familia donde se generan las primeras experiencias significativas de la vida del individuo, las cuales juegan un papel determinante en el desarrollo tanto afectivo como físico.

En 1974 Minuchin, propuso tres axiomas básicos:

- 1.- El contexto afecta los procesos internos del individuo.
- 2.- Las modificaciones en el **contexto**, modifican al individuo.
- 3.- El terapeuta es parte del contexto por lo que modifica significativamente al individuo. Terapeuta y familia conforman el "**sistema terapéutico**".

Al hablar de contexto, Minuchin (1974) refiere la **estructura familiar** e introduce el término de **límites** entre subsistemas, afirmando que de la manera en que se distribuyan, respeten, ignoren, o violen en el seno del sistema familiar o entre éste y el entorno social, dependerá el funcionamiento o **disfunción** del sistema. Las fronteras internas y externas de la familia determinan quién participa y quién no en una operación.

La **jerarquía** es analizada en relación con los **roles** y el **nivel de poder** de cada miembro del grupo familiar (Hoffman, 1998). De igual forma considera elementos importantes dentro de los sistemas la **alianza** y la **filiación**, a partir de los cuales distingue a la **familia nuclear** y la **familia extensa**. Las formas de relación que sustentan a la familia nuclear y a la extensa dependen de numerosos factores como por ejemplo, la asignación de residencia.

De acuerdo con el establecimiento de límites, Minuchin define dos extremos, el primero corresponde a la **familia aglutinada**, cuando los límites son demasiado permeables e indiferenciados, propiciando un "incremento" en la comunicación y "sobre-preocupación" entre los miembros de la familia. Y el segundo corresponde a la **familia desligada**, en donde se desarrollan límites muy rígidos, provocando

dificultades en la comunicación entre los subsistemas familiares (Minuchin y Fishman, 1999).

Otra consideración estructural de las interacciones familiares está dada por el concepto de alineamientos (que ponen de manifiesto el acuerdo o la oposición de uno o varios miembros en la ejecución de una operación). Al respecto, Minuchin (1994) propone dos clases, las **alianzas** (interés compartido por dos miembros de la familia en una acción común) y **coaliciones** (proceso de acción conjunta entre dos o más personas, contra otra persona). También establece que el **rol** de cada miembro, designa el conjunto de comportamientos y de funciones que un miembro de la familia asume frente a los otros, los que pueden ser **claros o difusos**.

El hacer una terapia familiar desde este modelo implica que el terapeuta establezca una relación significativa con la familia considerada como una unidad. En tanto que el objetivo terapéutico será modificar la organización familiar y alterar las posiciones que ocupan los miembros, modificando las experiencias de cada persona, de forma que se torne competente para resolver por sí misma las dificultades y encontrar una alternativa a la producción de síntomas. Para lo cual Minuchin (1994) establece las siguientes acciones: **Confrontación de los miembros de la familia entre sí. La acción directa sobre las relaciones, detectando las disfunciones. El refuerzo de la competencia familiar.**

Desde este marco se pone especial atención en el contexto familiar en su conjunto, aún cuando no estén presentes todos los miembros en la sesión. Lo que obliga al terapeuta a pensar en términos de sistema. Según Minuchin (1974) el diagnóstico evoluciona a lo largo de la terapia al mismo tiempo que el sistema familiar.

Salvador Minuchin, a efecto de llevar a cabo una evaluación, propone una entrevista conjunta con la familia, donde el fin verbalizado es definir el problema en conjunto y precisar las expectativas de cada uno. Observar las interacciones verbales junto con la elaboración del genograma; explorar la historia familiar, a lo largo de varias entrevistas. Evaluar las hipótesis progresivas por parte del

terapeuta que verifica confrontándolas con ensayos terapéuticos y con la manera como reacciona la familia (Minuchin y Fishman, 1999).

En un segundo momento, Minuchin (1981) retoma las ideas de la construcción social de la realidad, y establece que por medio del intercambio de puntos de vista entre una persona y los miembros del grupo social o cultural, la persona puede identificarse a sí misma como tal, por lo que la experiencia de uno mismo no puede darse fuera del proceso social. Retoma las nociones de Berger y Luckman, quienes resaltan el papel de los acuerdos interpersonales dentro de las instituciones sociales para determinar la validez de una concepción o visión del mundo, y observa con relación a la construcción de la realidad que una visión puramente sociológica tiende a dejar de lado los procesos individuales, y la visión enteramente cognitiva también sería deficiente porque no toma en cuenta el papel del contexto social.

Al considerar la multiplicidad de grupos sociales con los que se puede llevar a cabo el intercambio social, Minuchin (1981), habla de la imposibilidad de concebir una sola validación (monolítica), una sola versión de la realidad y establece que hay un intercambio dialéctico que nos dirige hacia una "concepción pluralista de la realidad".

Es importante mencionar que el uso sistemático de la metacomunicación es una vía real de todo abordaje terapéutico centrado en las relaciones interpersonales. Para la buena marcha terapéutica es esencial que se establezcan reglas claras en cuanto a la manera de organizar las comunicaciones tanto en el seno familiar o entre terapeuta y familia.

Algunos teóricos han manifestado las limitaciones que este enfoque presenta (Hoffman 1998), pese a que la teoría de Minuchin es sumamente clara acerca de los sistemas y la estructura familiar, no contiene una teoría del cambio lo bastante comprensiva para cubrir la llamada "resistencia", particularmente en lo que Minuchin llama familias "amalgamadas". Por otra parte al trabajar Minuchin con comportamientos analógicos, se hace necesario tratar a muchas familias antes de

que el terapeuta pueda reconocer pautas “invisibles”, las cuales seguramente un terapeuta experimentado reconocería a primera vista. Por lo que para llegar a ser un buen terapeuta estructural se requiere de mucha experiencia, así como de una supervisión, en vivo, por un terapeuta experto.

1.1.3 Modelo de Terapia Breve del MRI.

Don Jackson y sus colegas (1959) del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI), se interesaron en las secuencias que recurrentemente cambian y que sin embargo se entrelazaban, de comportamiento en las familias que de alguna manera tenían correlación con el síntoma. Jackson propuso que alterando un elemento de la pauta podía alterar otros (Hoffman, 1998).

La terapia breve del MRI, se centra en las interacciones entre los miembros e incorpora principios de la cibernética y la teoría general de los sistemas (Ochoa, 1995).

En 1969 se crea el enfoque en Terapia Breve, después de la muerte de Don Jackson. Watzlawick, Weakland, Fisch y Seagal (1966), integran el Brief Therapy Center (Centro de Terapia Breve) del MRI de Palo Alto. En esta misma época Haley y Virginia Satir, abandonan el MRI, el primero para reunirse en Filadelfia con Minuchin, y Satir para unirse al movimiento de desarrollo humano, lo que significó una gran pérdida para el MRI.

El objetivo de este enfoque es intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas.

En el modelo MRI, no existe un modelo normativo a seguir, se considera que los problemas que las personas presentan son solo dificultades, **no patologías**. Se basa en **conductas observables**, por lo que el pasado no es relevante solo en la medida en que se exprese en una situación presente (en el **aquí y ahora**). Las inferencias o suposiciones quedan fuera de este modelo. Se lleva a cabo una **evaluación** en lugar de hacer interpretaciones o diagnósticos, basándose en la **“queja”** del paciente, atendiendo una a la vez. Desde esta óptica las dificultades

son atendidas en la interacción y tienen una causalidad circular, mismas que se construyen a partir de ciertas dificultades prolongadas en el tiempo (callejones sin salida), las que se mantienen debido a los intentos de solución fallidos y repetitivos (Fisch, Weakland, Segal, 1994).

Existen 3 maneras de enfocar mal las dificultades: a) cuando es preciso actuar pero no se emprende la acción, b) se emprende una acción cuando no se debería emprender y c) cuando la acción es emprendida a un nivel equivocado (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1995). Siendo la principal función del terapeuta breve romper los patrones repetitivos de intentos de solución fallidos. Se considera que una terapia breve durará máximo 10 sesiones espaciadas semanalmente (Ochoa, 1995).

Como parte de las estrategias llevadas a cabo en este modelo, y con el propósito de orientar el trabajo del terapeuta y de la familia, se le pedirá a los pacientes que definan las **metas concretas** que quieran conseguir con el tratamiento. Lo que permitirá saber cuándo la terapia finaliza, es decir, cuando se alcancen las metas, y tengan una referencia de su eficacia, siendo necesaria la elección de un cambio mínimo (**primera señal**) definido en términos conductuales, seguido por una planificación que facilite el inicio de un efecto de irradiación, lo que supone la generalización del cambio mínimo a otras conductas pertenecientes a la nueva clase de soluciones promovida por la intervención terapéutica. Para que la estrategia sea efectiva deberá apartarse 180° del impulso básico o clase de soluciones intentadas hasta ese momento. Se les pide a las personas que hagan algo diferente, lo opuesto a lo que venían haciendo (Fisch, et al. 1994).

Es muy importante utilizar la **postura del paciente**, su lenguaje, sistemas de valores, actitudes ante el problema, la terapia y el terapeuta para persuadirle de que lleve a cabo la intervención sugerida por el equipo. Al encuadrar una sugerencia dentro de la postura de los clientes se aumenta la probabilidad de que lo acepten. A fin de evitar la confrontación, el terapeuta busca permanentemente una **posición "inferior"**, para que se le posibilite intervenir en cualquier condición que presente el paciente. Aún cuando la situación haga necesario adoptar una postura de superioridad porque el paciente responda mejor así, siempre es más

fácil pasar de una posición inferior a una superior que a la inversa (Fisch, et al. 1994).

En este modelo se habla de la **capacidad de maniobra del terapeuta**, que se relaciona con el control que el terapeuta tiene sobre el tratamiento; es decir, la libertad de utilizar las técnicas que considere adecuadas. Existen medios para aumentar la capacidad de maniobra, uno de ellos se refiere a que el terapeuta ajuste la oportunidad y ritmo que manifieste el paciente de sus observaciones a las respuestas, es decir, que se permita cambiar su estrategia y aplicar otra cuando así lo requiera, así como tomarse el tiempo necesario para comprender claramente la queja del paciente. Otra es la utilización del lenguaje condicional con el fin de no comprometerse y confirmar la responsabilidad del cliente. También buscará que el cliente concrete, de manera que quede muy claro cuál es el problema, las pautas de interacción en torno de éste y qué y quiénes lo mantienen. El mostrar una actitud igualitaria con el cliente de manera que no haya barreras entre el terapeuta y el cliente. Y finalmente realizar sesiones individuales y conjuntas según se vaya haciendo necesario, y según se vea quiénes están involucrados en el problema y quiénes lo mantienen (Watzlawick y Nardone, 2000).

De acuerdo con Watzlawick, et al. (1995), en este modelo se utilizan los siguientes recursos técnicos para promover el cambio:

- **Redefinición**, esta técnica cognitiva evita aquellas “etiquetas” que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio.
- **Tareas directas**, tienen como objetivo cambiar la conducta de algunos componentes de la familia, especialmente aquella relacionada con el mantenimiento del síntoma, proponiendo directamente la realización de otra conducta alternativa.
- **Tareas paradójicas**, proponen la continuidad de la conducta problemática por un tiempo específico. Se hace necesario que estas tareas vayan precedidas por una redefinición del síntoma, y acompañadas de técnicas de persuasión que justifiquen su recomendación.

- **Intervenciones metafóricas**, mediante las cuales se transmitirá un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones relacionales y se confía en que se ejerza su acción por vía analógica. El mensaje puede ser una nueva redefinición del problema, una solución al mismo o ambas a la vez.
- **Ordalías**, aplicables a pacientes con los que se mantiene buena alianza terapéutica, quienes consiguen pocos o ningún cambio. Esta intervención propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para estas personas.
- **Tareas hipnóticas**, pueden formar parte de las intervenciones metafóricas y se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro.

Existen dos categorías de intervención planificadas para este modelo, las **Intervenciones principales** y las **Intervenciones generales** (Watzlawick, 1992):

Intervenciones principales, se utilizan específicamente en cinco intentos básicos de solución:

- *Intento por forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo*
- *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo*
- *Intento de llegar a un acuerdo mediante oposición*
- *Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación*
- *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia*

Intervenciones generales, son aplicables cuando el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con el objeto de preparar el terreno para una intervención posterior más específica. Por otra parte permite averiguar si la información que se tiene hasta ese momento es suficiente para solucionar el problema.

- *No apresurarse*, se le pide al paciente que no se apresure en la solución del problema, en especial a aquellos clientes cuya solución ensayada consiste básicamente en esforzarse mucho, o a aquellos que hacen presión sobre

el terapeuta pidiendo con urgencia una acción curativa, en tanto ellos se mantienen pasivos o no colaboran.

- *Los peligros de una mejoría*, se le pregunta al paciente si se encuentra en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.
- *Cambio de dirección*, el terapeuta cambia de directriz o estrategia, le ofrece una explicación al paciente.
- *Cómo empeorar el problema*, al brindar el terapeuta una sugerencia añade que la acción sugerida probablemente empeore el problema, esto se aplica cuando el paciente muestra resistencia al cambio.

Este modelo también incluye técnicas especiales para pacientes difíciles, entre las que se encuentra:

- *El comprador fingido*. Esta clase de pacientes no se halla personalmente interesado en obtener ningún cambio en su dolencia, pues generalmente han sido obligados por otra persona a tomar el tratamiento. Se recomienda negociar un nuevo contrato con ellos, introducir un problema alternativo, Invitar a la persona más preocupada a asistir.
- *El paciente restrictivo*. El paciente amenaza con sabotear el tratamiento desde el principio, para lo cual suelen intentar establecer condiciones terapéuticas que, si aceptan, limitarían la libertad del terapeuta para actuar de modo constructivo. Se utilizan las siguientes intervenciones: solicitar la libertad de intervención, llegar a un compromiso con un paciente y otras técnicas que logren evitar la conspiración en silencio.

EL objetivo principal de la entrevista inicial es recoger toda la información posible acerca de la naturaleza del problema; las formas en que la persona ha afrontado el problema hasta hoy; objetivos mínimos a los que el cliente quisiera llegar con el tratamiento y finalmente conocer la actitud y el lenguaje del paciente. Estos puntos deberán considerarse en las sesiones subsecuentes, de manera que cada una de las intervenciones vaya enfocada al problema en específico que presenta el cliente y al patrón repetitivo de intentos de solución que ha venido realizando, y con el

mismo fin tomar en consideración las actitudes, lenguaje y valores del cliente para aprovecharse de ellas en las sugerencias del cliente, evitando ir en contra de éstas.

1.1.4 Modelo Estratégico.

Jay Haley en 1974, crea el modelo Estratégico, el cual mantiene aspectos en común con el modelo de Terapia Breve, así como con el modelo Estructural. Desarrolló trabajo conjuntamente con Cloe Madanes, lo que enriqueció significativamente el modelo.

Haley (1993), constata que una de las connotaciones más importantes de la terapia familiar fue destacar que el síntoma podía considerarse una conducta adaptativa a la situación social en que se encontrará, en lugar de algo irracional basado en percepciones erróneas provenientes del pasado.

El objetivo terapéutico de este enfoque es impedir las secuencias e introducir mayor complejidad y alternativas. Parte del supuesto de que la conducta sintomática es señal de que el ordenamiento jerárquico del sistema es confuso y de que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. La organización del sistema se convierte en patológica si se establecen coaliciones permanentes entre personas pertenecientes a distintos niveles jerárquicos, particularmente cuando son secretos. Los implicados mantienen la jerarquía incongruente, se hace hincapié en lo analógico. Se presume que el problema de un niño o el síntoma de un adulto son modos que ellos tienen de comunicarse con los demás (Haley, 1993).

Haley (1993) y Madanes (1993b), dan por sentado que analógica o metafóricamente un síntoma es expresión de un problema y también una solución (a menudo insatisfactoria), para todos los que tienen que ver con él y describen los sistemas patológicos en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.

Al considerarse el síntoma como la expresión de un problema, Madanes (1993b), busca la especificidad de cada síntoma, es decir, las razones por las que se ha elegido dicho síntoma, sostiene además, que los síntomas son actos

comunicativos analógicos, que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales. Según esta autora, la intención de las familias es ayudarse, aún cuando se dañen, manifestándose como parte de un organismo más amplio (el sistema familiar) que reacciona frente a las manifestaciones de dolor que se presentan en cualquier lugar del mismo.

De acuerdo con Madanes (1993a), las familias resuelven la lucha por el poder generando un síntoma, instaurándose una jerarquía incongruente en la pareja o en la familia. Conceptualiza la patología como un ciclo en el que la pareja maneja el predominio de un cónyuge sobre el otro, centrándose bien en un conflicto matrimonial ya sea en el síntoma de un esposo o de un hijo. Ambos ocupan simultáneamente una posición superior e inferior, contribuyendo así a perpetuar el problema en su lucha por conservar las posiciones de poder.

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

Los objetivos son planteados por la familia, los cuales deberán ser resolubles, claros y precisos. Una vez que se evalúa el tipo de secuencia que está manteniendo el problema, el terapeuta se fija una meta terapéutica, consistente en establecer un límite intergeneracional, para impedir coaliciones permanentes que lo traspasen. Es importante hacer una evaluación de las secuencias que mantienen el problema, a quien protege el "portador del síntoma", y de qué manera (Haley, 1993).

Haley (1993) y Madanes (1993b), coinciden en que cuando el paciente identificado es un niño, la labor del terapeuta será, lograr que el pequeño abandone la conducta sintomática, en la que reside el poder sobre sus progenitores, lo cual no puede hacer directamente, sino a través de los mismos, quienes deben retirar el poder conferido al niño.

En ningún caso se debe persuadir a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado, ya que se corre el peligro de involucrarse en una polémica inútil sobre la causa del problema y no alcanzar los objetivos.

Generalmente una estrategia terapéutica combina varias intervenciones, de manera que cuando una no tiene éxito se recurre a otra. Cuando el problema incluye dos generaciones, Haley (1993), propone tres estrategias: 1) utilizar a la persona periférica, 2) romper la coalición madre-hijo mediante una tarea y 3) unir a los progenitores para que ayuden al hijo a superar el problema.

Por otra parte Haley (1993), diseña tres estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es un niño 1) el padre debe pedir al niño que tenga el síntoma, 2) el padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma y 3) el padre pide al niño que le ayude.

De acuerdo con Haley (1993 y 1984), las intervenciones tendrán como objetivo cambiar las interacciones familiares, para lo cual se cuenta con las siguientes intervenciones.

Redefinición y connotación positiva. Uno de los cometidos del terapeuta es definir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Estas intervenciones permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto.

Tareas directas basadas en acatamiento. Se planean con vistas a modificar ciertas secuencias de interacción familiar. Pueden adoptar la forma de consejos, explicaciones o sugerencias. Dentro de este grupo se encuentra el fomento de una comunicación franca, el aleccionamiento de los padres acerca de cómo controlar a sus hijos, la redistribución de tareas y privilegios entre los integrantes de la familia, la fijación de normas disciplinarias, la regulación de la privacidad y el suministro de información de la que carecen los miembros.

Tareas paradójicas o basadas en el desafío. Para que éstas tengan éxito es necesario que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta un extremo absurdo, negándose a partir de ahí a continuar acatándolas. Papp (1983), describe tres pasos para impartir una directiva paradójica: 1) definir el síntoma como motivado por la interacción benévola de preservar la estabilidad de la familia, 2) prescribir el ciclo de interacciones generador del síntoma, y 3) coartar a la familia toda vez que muestre signos de querer cambiar.

Tareas basadas en la simulación. En éstas se solicita a una persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual. No se basan en una respuesta de rebeldía, sino en la colaboración para cumplir la prescripción.

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

La entrevista comprende cuatro etapas: la fase social, el planteamiento del problema, la fase de interacción y el establecimiento de metas. Las tres primeras se encuadran dentro de la evaluación, mientras que la cuarta pertenece a la intervención. Sin embargo en la fase de interacción es difícil aislar los momentos de evaluación y de intervención.

Haley recomienda que cuando el portador de un síntoma sea un niño, deberá dirigirse en primer lugar al adulto más preocupado, tratando con mayor consideración y respeto a quien se muestre más motivado para traer a la familia a nuevas entrevistas (evaluar el grado de participación de cada miembro del grupo). Es importante señalar que el objetivo no se limita al problema presentado sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Este debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzando al mismo tiempo otros objetivos que se crean importantes. El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta, en ocasiones de forma similar a los que hacía Erickson cuando cambiaba los síntomas del paciente narrando historias que guardaban similitud con el problema. (Ochoa, 1995).

1.1.5 Modelo de Milán.

Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin y Guliana Prata, son considerados representantes de la Escuela de Milán. En el centro de Estudios de

la Familia en 1971, inician sus trabajos teórico-clínicos, basándose en las ideas de la Escuela de Palo Alto California.

La Escuela de Milán aportó aspectos innovadores a la terapia familiar, como el desarrollo de las técnicas paradójicas, así como el trabajo con equipo terapéutico y la descripción de los elementos del interrogatorio circular (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1978).

Desarrollan el concepto de **contraparadoja**, mismo que corresponde a lo que Bateson había llamado "doble vínculo terapéutico". Mara Selvini, habla de una condición necesaria para que la contraparadoja tenga eficacia terapéutica, debe ser global y sistémica, es decir, considerar a todos los miembros del sistema. Según esta autora la intervención paradójica incluye dos elementos, la **connotación positiva**, (en la que se hace una especie de reencuadre) y la **prescripción del síntoma**, la que no solo incluye al "paciente identificado", sino que involucra toda conducta y actitudes de los miembros de la familia (Selvini, 1990).

La meta que se espera alcanzar con esta terapia es descubrir y romper con los "**juegos sucios**" en los que está involucrada toda la familia (Selvini 1990). El desarrollo de los síntomas se explica con las relaciones que han existido en la familia en el pasado y el presente, el síntoma es entendido como una forma de ayudar al equilibrio familiar, por lo que es importante el contexto de éste, su desarrollo, historia y función. Para que se dé un cambio de conducta, las familias deben ver sus problemas de una manera diferente.

Mara Selvin, privilegia las intervenciones analógicas, por ejemplo, la prescripción de rituales, ya que al prescribir un conjunto de conductas que involucren a todo el sistema, se puede superar la restricción lineal de la expresión lingüística y acercarse más a la circularidad que caracteriza la experiencia.

Otra contribución importante de este modelo, se refiere al uso del verbo "**ser**", por lo que proponen que se sustituya por el verbo "**parecer**", o por expresiones más amplias que describan y no cataloguen. Esta observación pone en entre dicho que exista una relación de identidad entre la convención lingüística del verbo ser, y lo que puede ser o dejar de ser más allá de toda convención (Selvini, 1990).

Este modelo desarrolla un manejo particular de las sesiones terapéuticas, iniciándose éstas a partir de la primera comunicación por teléfono (primer contacto con el paciente), cuyos datos se transcriben en una ficha estándar. Algunas veces la comunicación telefónica es precedida por una entrevista con el colega que deriva, cuyos informes esenciales se anotan en la ficha. Las sesiones se desarrollan en una habitación equipada con numerosos asientos y un espejo unidireccional. La familia es informada de la modalidad de trabajo en equipo, y se explica del uso del micrófono y del espejo unidireccional detrás del cual se les dice que se encuentran dos colegas del otro lado que ayudan en la tarea, y con los que se reúnen antes de terminar la sesión (Selvini- Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata, 1994). De acuerdo con estos teóricos la sesión se desarrolla en 5 etapas:

- **Presesión.** Los terapeutas se reúnan en equipo para leer la ficha si se trata de la primera sesión o el acta de la sesión precedente en caso de sesiones sucesivas.
- **Sesión,** dura aproximadamente una hora en la que los terapeutas conducen el coloquio con la familia. Los terapeutas solicitan cierto número de informaciones y se interesan no solo por los datos sino también por el modo como se suministra tal información, como índice del estilo interaccional de la familia. El comportamiento de los terapeutas tiende a provocar interacciones entre los miembros de la familia, de quienes se observan las secuencias, los comportamientos verbales y no verbales, y las eventuales redundancias indicativas de reglas secretas. Los terapeutas se abstienen tanto de revelar a la familia los fenómenos observados, como de emitir valoraciones y juicios. Retienen todo como guía para la intervención final. Cuando los observadores notan que los terapeutas se desconciertan o confunden a causa de las maniobras de la familia entonces tocan a la puerta y llaman a uno u otro de los terapeutas a la cámara de observación donde les comunican sugerencias y consejos aptos para provocar en ellos reacciones esclarecedoras. Los errores, los peligros y las estrategias de la

familia son mucho más visibles para los observadores que para los terapeutas.

No es raro que un terapeuta salga espontáneamente en busca de ayuda. Después de esta segunda parte los terapeutas se reúnen para la discusión en equipo, que se realiza en una sala reservada a tal fin.

- **Intersesión**, en la tercera parte los terapeutas y observadores discuten la sesión y deciden cómo concluirla.
- **Postsesión**, en esta etapa los terapeutas vuelven para la conclusión de la sesión, que consiste generalmente en un breve comentario o una prescripción. Este comentario y esta prescripción se estudian para que resulten paradójicos, con raras excepciones.

Mateo Selvini (1990), explica que el papel del grupo observador constituye un metanivel, desde que son cuidados los terapeutas para que no caigan junto con la familia en la repetición de juegos relacionales. De esta forma el sistema terapéutico conformado por los terapeutas y la familia, tiene una ventaja a favor del cambio, la falta de historia y por lo tanto la ausencia de patrones relacionales viciados. Por otra parte para el equipo de Milán fue esencial mantener una relación asimétrica con la familia.

Para la escuela de Milán, la línea de investigación estaba dirigida a las acciones efectivas que el equipo terapéutico podía emprender en vías de alcanzar un cambio, por lo que se introdujeron guías para la coordinación de la terapia, en torno a la elaboración de la hipótesis, la neutralidad y el interrogatorio circular (Selvini, 1990).

De acuerdo con el principio de la **neutralidad**, el terapeuta que adopta esta postura, no tiene metas preconcebidas, ni modelos normativos para sus familias clientes. Por lo tanto las preguntas que se formulan (circulares) ayudan a las familias a exponer los juegos de poder. No se utiliza la directividad, ni la alianza. Se mantiene a distancia y se enfoca más a la técnica. La responsabilidad del cambio está puesta en la familia, mas no en el terapeuta (Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata 1980).

La hipótesis inicial, proporciona una guía a seguir en el primer encuentro con la familia y consiste en hacer suposiciones acerca del problema. Constituye una actividad constante dentro de la sesión, ya que son cambiadas en la medida que se recibe retroalimentación de los terapeutas observadores, además deben ser circulares e incluir a todos los miembros de la familia (Selvini, et al. 1980).

El interrogatorio circular, es concebido como la habilidad del terapeuta para incluir en su investigación todos los elementos que la familia pueda aportar acerca de las relaciones, de las diferencias y de los cambios. Este consiste en preguntar a un tercero por la relación entre los dos miembros del sistema, buscando diferencias en el tiempo y en las relaciones. Este tipo de interrogatorio pone al terapeuta como un perturbador del sistema, generando nueva información, la cual lleva a la familia a hacer cambios (Selvini, et al. 1980).

De acuerdo con el modelo de Milán las intervenciones utilizadas son: la **connotación positiva**, la cual es una forma de reencuadre, implica que el problema se vea de manera diferente, dando un significado positivo a algo negativo. Se aplica a la intención de la conducta y no a la conducta en sí. A la conducta de cada uno de los miembros de la familia se le da la connotación de que sirve a la homeostasis de la familia (Selvini, et al., 1990).

Prescripciones paradójicas, prescriben las secuencia disfuncional connotada positivamente. Se emplean cuando la situación es de orden y secuencialidad rígidas, como forma de introducir confusión y flexibilidad en el sistema de creencias (Selvini, 1990).

Prescripciones ritualizadas, esta directiva busca romper reglas muy rígidas o mitos familiares, se busca que las familias hagan cosas diferentes a las que hacen hasta el momento, para lo que se prescribe una secuencia estructurada de conductas, que introduce nuevas reglas. En estas prescripciones encontramos los **rituales** (*actúan en el plano analógico y permiten un aprendizaje nuevo que desarrolla una capacidad antes latente e inmensa en el sistema*), **la tarea ritualizada** *enfoca el juego relacional de la pareja de padres que se caracterizan por una interferencia continua y reciproca en la conducta educativa, aportando información del modo en que la familia cumple o no cumple la prescripción ej.*

"días pares nones"), **la prescripción invariable** (separa de forma gradual los subsistemas parental y filial) (Selvini, 1990).

Preguntas circulares, esta técnica está dirigida a obtener la opinión de diferentes miembros de la familia respecto a diferentes aspectos. Se dividen en: *diferencias en la percepción de las relaciones, diferencias de grado, diferencias de ahora y entonces, diferencias hipotéticas en el futuro* (Selvini, et al., 1980).

Mediante la entrevista se pretende descubrir la red de alianzas de poder que a menudo abarcan varias generaciones y que constituye el "juego familiar".

Boscolo, Cecchin, Hoffman, y Penn (1989), consideran la entrevista circular como instrumento de cambio en la propia entrevista, que además contribuye a falsear o confirmar la hipótesis que elaboran para cada familia. En ocasiones para complementar el cambio inducido en la sesión, prescriben rituales al final de la entrevista (Ochoa, 1995).

Se considera que las últimas contribuciones del movimiento de Milán son: reconocer la importancia de la evolución de los problemas en la historia de los sistemas familiares, aumentar la confianza de los terapeutas en las propias soluciones de la familia y disminuir los cambios impuestos por el terapeuta por caminos preconcebidos, aumentar en el campo la apreciación de las creencias que hay detrás de las conductas de la familia, e incrementar el arte de entrevistar en especial de hacer preguntas.

1.1.6 Modelo Centrado en las Soluciones.

La terapia centrada en soluciones, fue desarrollada inicialmente por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y posteriormente por W. Hudson O' Hanlon, corriente que recibe influencia de la Escuela de Palo Alto, California y a últimas fechas de Karl Tomm (Ochoa, 1995; Nichols y Schwartz, 1995).

El objetivo terapéutico es **co-construir** una realidad donde los problemas sean solucionables (Nichols y Schwartz, 1995). Por lo que pone especial interés en las **soluciones efectivas** que las personas utilizan para resolver sus problemas cotidianos, centrando su atención en el **lenguaje de los clientes**, esto es, cómo

los clientes se describen a ellos y a sus problemas. Pretende la construcción de la realidad conjuntamente con la persona y/o la familia mediante la conversación. Se piensa que cualquier cambio en el lenguaje, llevará a cambios en distintas direcciones, independientemente de la magnitud del mismo. De acuerdo con este enfoque los clientes son quienes proponen los objetivos de la terapia, partiendo del supuesto básico de que poseen recursos para resolverlos. A diferencia de otros enfoques, en este tipo de terapia no se requiere conocer mucho acerca del problema para resolverlo, sino que se buscan situaciones en las cuales no ocurre el problema (**excepciones**), con la intención de generar un cambio perceptivo y conductual y de esta forma superar el problema.

Según Steve de Shazer (1985), los cambios se generarán en la medida que se cuente con información detallada de las excepciones deliberadas o espontáneas en torno a la conducta sintomática, que han pasado desapercibidas para los clientes; parte de la idea de que el problema es la solución intentada del paciente, basando la intervención en los sistemas de creencias de la familia o su posición respecto del problema y las pautas que mantienen el problema.

Al pasar a segundo término la descripción del problema, el terapeuta se centrará en generar soluciones eficaces, ampliando el foco del más mínimo cambio, lo que de manera inmediata se reflejará en diferentes esferas de la vida de la persona.

Del trabajo de De Shazer (1987) y O'Hanlon (1990), se desprenden las siguientes premisas:

- Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus problemas.
- El cambio es constante e inevitable.
- El trabajo del terapeuta es identificar y ampliar el cambio.
- No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.
- No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla.
- Sólo es necesario un pequeño cambio en una parte del sistema, para producir cambios en otra parte del sistema.
- Los clientes definen objetivos.
- El cambio o la solución del problema pueden ser rápidos.

- No hay una sola forma correcta de ver las cosas, diferentes puntos pueden ser igualmente válidos y ajustarse a los hechos.
- Hay que centrarse en lo que es posible de cambiar y no en lo que es imposible e intratable.

O'Hanlon y Weiner (1990), consideran que el lenguaje es parte fundamental para generar el cambio perceptivo y conductual, se hace necesario la formulación de preguntas **presuposicionales** dirigidas a los recursos y puntos fuertes de las personas, las cuales inducen al cambio de manera que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema. Por lo que la tarea del terapeuta (Ochoa, 1995), es establecer y resaltar aquellas estrategias eficaces de solución de problemas que los clientes no han notado o consideran casualidades, y les ayuda a determinar qué necesitan para mantener y ampliar los cambios inherentes en las mismas.

O' Hanlon (1990), subraya la importancia de establecer un objetivo claro por parte del paciente enfatizando qué es lo que desea cambiar y cómo lo va notar cuando cada una de ellos se hayan alcanzado, por lo que propone las siguientes estrategias:

- Definición operativa de los objetivos que se pretenden conseguir en el tratamiento terapéutico.
- Establecimiento de indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas propuestas, por parte del paciente identificado, de sus familiares y de otras personas significativas.
- Iniciar la solución mediante un cambio mínimo, considerando la generalización a partir de éste (efecto mariposa).
- Al tener cada familia una manera particular de cooperación para el cambio, el terapeuta deberá investigar cuál es la manera de cooperar, a efecto de evitar posibles "resistencias". Con base en esta forma de cooperar de la familia, las directivas deberán ser planteadas de la siguiente manera:

- a) si la respuesta es literal, es decir si cumplen con lo prescrito, se continuará con las tareas directas
 - b) si el cliente modifica las tareas, se elaborarán tareas indirectas o modificables
 - c) si hacen lo contrario, se diseñan tareas que incluyan la posibilidad de hacer lo opuesto, o de forma que se produzca el cambio deseado
 - d) si la respuesta es vaga, se recomiendan tareas vagas y/o relatos metafóricos
 - e) cuando no hacen nada, no se sugieren tareas o se prescriben tareas paradójicas.
- Las preguntas deben generar información sobre las facetas fuertes y los recursos que tiene el paciente identificado y su familia para llevar una vida satisfactoria.
 - Se encausa el lenguaje del cliente hacia el camino perceptivo y conductual. Es posible cambiar el uso del tiempo verbal ("tengo dificultad para tomar decisiones", el terapeuta dirá "así que has tenido dificultades para decidirte a..." y en un momento posterior dirá "cuando tenías dificultad con la toma de decisiones ...")

De acuerdo con O'Hanlon (1990), este enfoque tendrá los siguientes pasos del tratamiento: **1. Unión**, que corresponde a la fase social, en la que deberá mostrarse un interés genuino por el cliente. **2. Breve descripción del problema**, etapa en la que se busca información sobre las excepciones del problema, las ocasiones en que las cosas van bien, soluciones intentadas, las fuerzas y los recursos de la persona. **3. Excepciones al problema**, las cuales ofrecen una gran cantidad de información acerca de lo que se necesita para resolver el problema. **4. Normalizar y despatologizar**, esta directriz nos guía durante la sesión a considerar la situación del cliente o de la familia como algo normal y cotidiano en vez de algo patológico. **5. Definición de objetivos**, los cuales serán determinados por el paciente y cuya responsabilidad del terapeuta será adoptar una parte activa y asegurarse de que sean alcanzables y concretos y saber cuando se hayan alcanzado. **6. Hacer pausa**, la cual permite como un marcador de contexto,

permitiendo al terapeuta volver a subrayar algunos comentarios hechos durante la sesión o dejar a los clientes con algunas nuevas ideas antes de que se marchen. Al separarlo del resto de la sesión, el mensaje que se da al cliente es visto como algo importante y concluyente. **7. Elogios**, habrá que buscar cualquier oportunidad para destacar tendencia positiva. **8. Intervención**, en esta etapa la atención estará centrada en constatar si ha habido cambio y cuando es así, se tratará de consolidarlo y generalizarlo mediante una planificación que parte del cambio mínimo hacia la meta final previamente establecida.

Las técnicas de intervención utilizadas en este modelo (Ochoa, 1995; Nichols y Schwartz, 1995) pretenden en primera instancia, cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática a través de alterar el sistema de creencias que impide percibir cambios en la situación sintomática; cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática a través de la intervención en la pauta; evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática, para lo cual se emplean las siguientes:

- **Redefiniciones**, permanentes a lo largo de toda la entrevista
- **Connotaciones positivas**, las cuales se emplean de diferentes formas: cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado positivo; y después de la pausa con el propósito de resaltar aquellas capacidades positivas que los clientes mostraron durante la sesión y fuera de ella, en forma de recursos para superar los problemas (elogios).
- **Analogías**, las cuales se pueden utilizar directa o indirectamente para amplificar algo que el terapeuta quiere transmitir
- **Metáforas**, las cuales son una manera de adaptarse al lenguaje de los clientes
- **Tareas de fórmula**, están diseñadas para orientar la atención de los clientes hacia las soluciones, esto es, lograr un cambio en la "forma de ver" la situación: tarea de la primera sesión, tarea de la sorpresa, tarea genérica, pregunta del milagro, tarea de la pelea estructurada.

- **Intervenciones paradójicas**, éstas suponen una comunicación explícita o implícita, pero clara, dirigida a un cliente e insertada en otra comunicación enmarcadora que la contradice, de modo que se produce un dilema.
- **Rituales**
- **Intervenciones sobre la secuencia sintomática**, el terapeuta hace que el cliente introduzca alguna modificación pequeña e insignificante en el desarrollo de la queja, lo que altera el contexto. Con frecuencia la queja desaparece gradualmente o en forma abrupta.
- **Intervenciones sobre el patrón del contexto**, los problemas que la gente lleva a terapia no son cosas, sino patrones de habla, pensamiento y acción constantemente cambiantes, dichas pautas son susceptibles de cambiar. Las situaciones o contextos que rodean a estos patrones forman parte del patrón.

De acuerdo con estos autores cuando el cliente no describe soluciones eficaces, ni contesta las preguntas a futuro sin el problema, entonces se recomienda adoptar el enfoque del MRI y una actitud pesimista, si la optimista no ha resultado.

La terapia termina cuando se cumplen las metas establecidas, se le pregunta al cliente por las estrategias utilizadas con éxito para solucionar el problema y cómo puede seguir aplicándolas en el futuro.

De acuerdo con Ochoa (1995), lo importante es devolver a la persona una imagen de competencia, basada en estrategias o recursos para hacer cosas satisfactorias y saber resolver los problemas que se presentan. Hacerle saber que es competente en determinadas áreas, aunque no estén directamente enlazadas con el problema, lo que puede favorecer una expectativa generalizada de control interno para resolver con éxito las dificultades con las que ha de enfrentarse.

1.1.7 Modelo Narrativo

Modelo desarrollado por Michael White, David Epston, Tomm Andersen, Peggy Papp y H. Anderson y Karl Tomm.

La visión de White (1989), se desprende de las ideas de Bateson, y de Michel Foucault, quienes lo influyeron de manera importante. Desarrolló un modelo destinado a librar a la gente de la opresión de sus problemas. Considera que los problemas de la gente están relacionados con las historias que tienen de ellos mismos, las cuales están frecuentemente reflejadas en las prácticas culturales opresivas. Para este autor la temporalidad es una dimensión crítica en el modo narrativo de pensamiento, pues en éste los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo.

El modelo narrativo da mayor importancia a las particularidades de la experiencia vivida, que es el elemento vital, siendo los puntos de unión entre los diversos aspectos de la experiencia vivida los generadores de significado. White (1989), utiliza las preguntas para separar a la gente de las historias opresivas. Afirma que la gente con problemas frecuentemente desarrolla la descripción saturada del problema en sus vidas. Los eventos negativos en sus vidas y los aspectos negativos de su personalidad están en un primer plano, creando un sentimiento de impotencia y consecuentemente volviéndose una víctima del problema.

El pensamiento narrativo se centra en prácticas lingüísticas basadas en modo subjuntivo para crear un mundo de significativos implícitos más que explícitos, para ampliar el campo de posibilidades a través del "desencadenamiento de la presuposición", para introducir la "perspectiva múltiple", y para encaminar a los lectores hacia representaciones únicas de significados. (White y Epston, 1989).

De acuerdo con la terapia narrativa (White, 1994), la relación entre el observador y lo observado se redefine, tanto el observador como lo observado se sitúan dentro de la narración "científica" que se está desarrollando, en la cual al observador se le ha asignado el papel privilegiado de su construcción. La persona se sitúa como protagonista, el experto es el cliente, por lo que la producción de las metas terapéuticas se da en forma conjunta y de diálogo entre el terapeuta y el cliente. En este proceso terapéutico se estimula a los clientes para que construyan historias alternativas de los problemas, que sean más relevantes para su experiencia y que les permitan abordar de forma más adecuada sus preocupaciones inmediatas. Esta nueva historia ilumina a la persona o a la familia

a mediar entre pasado, presente y futuro a través del curso de sus vidas y sus problemas. La gente está a cargo de los problemas y no al revés.

La descripción que los clientes hacen del problema y de sus efectos sobre sus vidas y sus relaciones es fundamental. De igual forma el terapeuta toma una postura crítica que favorezca la toma de conciencia de las relaciones de poder que se ocultan dentro de los supuestos de todo discurso social.

De acuerdo con White (1989), para construir una historia, es necesario separar a la gente de la vieja historia o la historia saturada del problema que les ocasiona impotencia o frustración. Una vez que han sido separadas, se hace necesario externalizar el problema, lo que permite a las familias nuevas opciones para escapar a la opresión de los problemas, porque ellos pueden trabajar juntos para derrotar al problema más que culpar al otro por esto. Ya que se ha externalizado el problema, de acuerdo con este modelo, se hacen preguntas que consideran la relación de la familia con el problema. Como la gente se separa de sus problemas y examina su relación con éstos, encuentra que hay momentos en que tiene algún control sobre éste, es decir, sobre los problemas. Después se pregunta cuándo el problema no los derrota y se identifican áreas de la vida que no han sido dominadas por el problema y a través del proceso de preguntar emergen historias alternativas preferibles. Los familiares pueden entonces trabajar juntos contra el problema.

Siguiendo las ideas de White y Epston (1989), las intervenciones utilizadas en este modelo son: **ampliar contextos**, prestando especial atención no sólo a lo que dice, sino al lenguaje, la raza, la religión etc., ya que el comportamiento tiene que ver con el contexto. **Deconstrucción, Co-construcción**, utilizando los elementos obtenidos en la deconstrucción y en las historias alternativas a través de las preguntas reflexivas que permitan al sistema co-crear una nueva significación. **Logros aislados e historia alternativa**, a medida que las personas se separan de la historia dominante o "totalizantes" que forman parte constitutiva de su vida, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos. Una vez que se ha establecido que determinados hechos son, en efecto, logros aislados puesto que se los ha considerado

significativos y preferidos, el terapeuta puede facilitar la generación (y/o la resurrección) de historias alternativas al orientarse hacia esos logros aislados en la actitud que uno pudiera tener al orientarse hacia misterios. Ya que estos misterios son los que las personas pueden revelar cuando responden a la curiosidad que sobre ellos manifiesta el terapeuta. Cuando las personas se entregan a la tarea de revelar esos misterios, inmediatamente se entregan también a la tarea de contar historias y darles significación. Para lo cual se utilizan las siguientes preguntas (White, 1989):

- ***Preguntas relativas al panorama de acción.*** Estas pueden referirse al pasado, presente o futuro y son eficaces para dar nacimiento a paisajes alternativos que se extienden a través de la dimensión temporal. Les preguntan que historian logros aislados son particularmente eficaces para dar nacimiento a otros posibles panoramas de acción. Tales preguntas obran a manera de puente entre hechos preferidos del presente y el pasado; alientan a las personas a identificar la historia de los logros aislados, localizándolos dentro de secuencias particulares de sucesos que se desenvuelven en el tiempo. Las preguntas relativas al panorama de acción pueden concentrarse tanto en la historia reciente como en la más distante.
- ***Preguntas relativas al panorama de conciencia.*** Estas llevan a las personas a pasar revista de los hechos que se desarrollaron en otro panorama de acción y a determinar qué podrían revelar estos sobre: la naturaleza de sus preferencias y deseos; el carácter de las varias cualidades personales y de relación; la constitución de sus estados intencionales; la composición de sus creencias preferidas; la naturaleza de sus empeños.
- ***Preguntas referentes a experiencias de experiencias:*** facilitan mucho el proceso de recreación de vidas y relaciones y, a menudo, son más fecundas que las preguntas que alientan a las personas a reflexionar directamente sobre sus vidas. Estas preguntas incitan a las personas a dar una versión de lo que creen o imaginan que otra persona puede pensar de

ellas. Asimismo, incitan a las personas a remontarse a sus experiencias pasadas y a expresar ciertos aspectos olvidados con el paso del tiempo. Por otra parte ponen en juego la imaginación de las personas de manera tal que constituyen experiencias alternativas de sí mismas.

- ***Preguntas de influencia relativa.*** Estas preguntas se componen de dos conjuntos de preguntas. El primero anima a las personas a trazar el mapa de la influencia del problema sobre sus vidas y relaciones. El segundo las incita a descubrir su propia influencia sobre la vida del problema. Las preguntas de influencia relativa ayudan a las personas a tomar conciencia de su relación con el problema y a describirlo. En este tipo de preguntas encontramos: *Preguntas sobre logros aislados*, las cuales incitan a las personas a discernir aquellas intenciones y acciones que contradicen la descripción saturada de problemas de la vida de la familia. Esta situación redefine la relación que tienen los miembros de la familia con el problema. *Preguntas relativas a la explicación única*, las que instan a los miembros de la familia a dar sentido al logro aislado, localizándolo dentro de una pauta o clase de sucesos que están relacionados con el tiempo y el espacio. Los logros aislados están estructurados en el "panorama de acción". Estas preguntas emplean una gramática de cambios decisivos y progreso e incitan a relatar la historia personal y de las relaciones. *Preguntas relativas a la redescipción única*, estimulan a los miembros de la familia a dar significación a los logros aislados y a las explicaciones únicas mediante la descripción de sí mismos, de los demás y de sus relaciones. Estas preguntas incitan a los miembros de la familia a operar en el dominio de la conciencia y a hacer que se manifiesten otros conocimientos. *Preguntas sobre posibilidades únicas*, este tipo de preguntas incita a los miembros de la familia a especular sobre el futuro personal y de sus relaciones, lo cual está relacionado con explicaciones únicas y redescipciones únicas. Estas preguntas alientan a los miembros de la familia a investigar otras versiones posibles del yo y de sus relaciones, a descubrir qué nuevos y valiosos destinos o metas podrían acompañar las explicaciones y redescipciones

únicas, y descubrir si estas versiones alternativas pudiesen suministrar algún indicio sobre posibilidades futuras y pasos específicos ofrecidos sobre esas posibilidades.

- **Acontecimientos extraordinarios**, al identificar los acontecimientos extraordinarios muchas veces es suficiente para iniciar la construcción de nuevos significados y encontramos los siguientes: *acontecimientos extraordinarios pasados*, *acontecimientos extraordinarios actuales*, *acontecimientos extraordinarios futuros* y *acontecimientos extraordinarios e imaginación*.
- **Externalización del problema**, ésta permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas. Al hacerlo, recuperan la capacidad de identificar aspectos previamente ignorados, pero cruciales, de la experiencia vivida, aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura.
- **Cartas y documentos**, utilizadas principalmente con el objeto de convertir las vivencias en una narración o "relato" que tenga sentido de acuerdo con los criterios de coherencia y realismo. Ejemplo de estos documentos tenemos: cartas de invitación, cartas de despido, cartas de predicción, cartas de contradicción, cartas de recomendación, cartas para ocasiones especiales, cartas breves, certificados, declaraciones y autocertificados.
- **Intervenciones del equipo reflexivo**: El equipo reflexivo (Andersen, 1994) escucha la sesión tras un espejo unidireccional, en silencio. Después de un rato se realiza un cambio de posición. El entrevistador puede pedir al equipo reflexivo que dé sus ideas o bien los miembros del equipo pueden hacer saber al entrevistador que se encuentran listos para hacerle saber sus reflexiones. Una vez que el sistema de entrevista lo solicita, los miembros del equipo reflexivo presentan sus ideas. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre los temas presentados, mientras que los miembros del sistema de entrevista los escuchan. Cada miembro da su versión sobre los temas definidos como problemáticos. Si las versiones no son demasiado diferentes, servirán como perspectivas mutuas para cada uno de

ellos y las demás versiones tenderán a crear nuevas versiones a medida que los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas. Una vez que el equipo reflexivo ha hablado por un término de cinco a diez minutos se realiza nuevamente el cambio y el sistema de entrevista habla mientras el equipo reflexivo escucha. Los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones. De esta manera tienen una conversación sobre lo que habló el equipo reflexivo acerca de la primera conversación del sistema de entrevista. A esto se le conoce como **diálogo del diálogo**.

Como parte de la narrativa, encontramos el modelo colaborativo, conversacional y el equipo de reflexión, representado por Harlene Anderson, Harry Goolishian, Lynn Hoffman y Tom Andersen. Estos autores centran su trabajo en el manejo del lenguaje y el desarrollo de conversaciones empáticas con las cuales construyen nuevos significados.

El objetivo de estos modelos es reconstruir nuevos significados que emerjan de las conversaciones. Los terapeutas de esta corriente pretenden dotar de poder a las familias, y entender la terapia como una búsqueda de nuevas opciones, por lo que dejan el lugar de expertos (Nichols y Schwartz, 1995).

A diferencia de otras aproximaciones es un tanto difícil describir la técnica, hay quienes afirman que es más una actitud o filosofía que un método particular. Los autores de este acercamiento filosófico escriben más sobre su punto de vista, que de lo que hacen en terapia.

Estos modelos parte del supuesto de que los clientes frecuentemente no son escuchados porque los terapeutas hacen terapia a ellos y no con ellos. Es importante no tomar una postura de experto, ya que esto facilita una conversación con los clientes en la que las experiencias y los conocimientos anteriores del terapeuta no son la guía. Al no tomar una posición de superioridad se crea un ambiente de honestidad, de forma que la familia se siente parte del equipo y el equipo siente más empatía con la familia debido a la interacción directa con ellos. En este proceso el terapeuta y el cliente experto son encargados de resolver el problema (Andersen, 1995).

Se desarrolla una escucha activa, para atender las necesidades de la familia. El trabajo de los terapeutas colaborativos no solo reflejará, sino que también ofrecerá ideas y opciones, por lo que los comentarios se harán de manera tentativa. Las preguntas son primordiales ya que son la herramienta del conocimiento del terapeuta. Se trata de comprender la historia sin una idea preconcebida de lo que debería ser. A efecto de mantener una postura de no experto, el terapeuta realiza las preguntas desde el “no saber”, sugiriendo de esta forma, que los conocimientos, experiencia y valores del terapeuta no son más verdaderos que los del cliente. No hay un modelo intrínseco del funcionamiento humano (Andersen, 1994).

Kenneth Gergen(1996), afirma con su teoría del construccionismo social, que la gente es formada mediante las interacciones con otros. Es a través de la conversación, como surgen significados que hace que el cliente se sienta mejor, se disuelvan o se disminuyan sus problemas.

1.2. Integración de modelos

Vale la pena hacer una observación comparativa, general con respecto a los modelos revisados en el presente trabajo.

Minuchin es un claro ejemplo de cómo los terapeutas familiares retomaron a los teóricos de las ciencias sociales para dar cuenta de las relaciones humanas. Éste subraya las relaciones sistémicas en torno al eje de la estructura familiar. Focaliza los roles de acuerdo con la jerarquía, siendo la intervención terapéutica una reestructuración jerárquica de acuerdo con un cierto modelo funcional.

En cuanto a los conceptos de síntomas, familia, terapia, intervenciones terapéuticas, podemos apreciar ciertas diferencias entre los diferentes modelos, de manera general el modelo de terapia breve, centra su atención en los procesos comunicativos y en los elementos que favorecen el mantenimiento de una pauta interactiva que se intenta perturbar. Para el modelo estratégico los síntomas de las familias son formas de comunicarse entre sí, a diferencia del modelo de soluciones que considera al síntoma como un intento fallido de solución. El modelo de Milán refiere sistemas más amplios relacionados con el sistema consultante, hace una clara distinción entre los verbos "ser" y el "parecer" y propone el "juego familiar". Al hacer esta distinción en los tiempos de los verbos, se intenta revitalizar lo que se considera una conducta sintomática. Este tinte revitalizador aunado a la dilucidación entre el plano lingüístico y el real (ontológico), puede relacionarse con los planteamientos del modelo narrativo, quien retoma sus ideas de la Hermenéutica, del Análisis Literario y de la Filosofía de la Ciencia, poniendo énfasis en la narrativa o en las palabras, haciendo reflexión de los efectos del lenguaje según un contexto social más amplio.

Al hablar del rol del terapeuta nos podemos dar cuenta de que para los modelos estructural, estratégico y el de terapia breve, se adopta una postura directiva, no así para el modelo de Milán y Narrativo.

A continuación presento cuadros comparativos entre los modelos revisados en el presente trabajo.

Integración de modelos

Modelos	Objetivo terapéutico	Origen del problema	Función del síntoma	Rol del terapeuta
Estructural	Cambiar la organización familiar, delimitando subsistemas y estableciendo jerarquías	Estructura familiar Interaccional.	Mantenimiento de la homeostasis familiar	Actitud igualitaria, directivo
Terapia breve MRI	Introducir cambios reduciendo o eliminando la queja	Interaccional.	No da función al síntoma.	El terapeuta adopta una postura inferior a la del paciente a efecto de evitar confrontaciones
Estratégico	Impedir la repetición de secuencias conductuales	Interaccional, al establecerse coaliciones permanentes entre distintos niveles jerárquicos.	Los síntomas de las familias son formas de comunicarse entre sí.	El terapeuta adopta una actitud directiva.
Milán	Descubrir y romper los "juegos sucios" de la familia	Interaccional con énfasis en pasado y presente.	El síntoma se explica con las relaciones familiares que han existido en el pasado y presente. Mantiene el equilibrio familiar	Actitud no directivo
Centrado en Soluciones	Generar soluciones, mediante cambios perceptivos y conductuales. Los clientes definen objetivos.	Interaccional.	No da función al síntoma	Directivo
Narrativo	Coconstruir historias alternativas a las situaciones problemáticas de las personas	En las particularidades de la experiencia vivida (historias dominantes).	No se refiere el síntoma, se habla de historias saturadas.	No directivo

PREMISAS BÁSICAS

Modelos						
Estructural	Las personas influyen en su contexto y son influidas por éste	Las modificaciones en la estructura familiar, contribuyen a la producción de cambios conductuales y psíquicos.	Las conductas sintomáticas se explican en términos del ciclo vital.	Las disfunciones estructurales pueden adoptar la forma de límites porosos o rígidos	Las relaciones familiares se consideran patológicas cuando se crean coaliciones intergeneracionales	Una familia apropiadamente organizada tendrá límites claramente establecidos
Terapia breve MRI	Los pacientes definen las metas concretas a conseguir, a efecto de orientar el trabajo terapéutico	Se elige un cambio mínimo definido en términos de conductas concretas (primera señal).	Se pide a las personas que hagan diferente, lo opuesto a lo que venían haciendo.	Se utiliza la postura del paciente (lenguaje, valores etc.)	Existe libertad de maniobra, por lo que el terapeuta tiene la libertad de utilizar las técnicas que considere necesarias.	Utilización del lenguaje condicional. Búsqueda de pautas de interacción.
Estratégico	Ordenamiento jerárquico del sistema confuso.	La organización del sistema se convierte en patológica al establecerse coaliciones permanentes.	Análoga o metafóricamente un síntoma es la expresión de un problema y también su solución (insatisfactoria).	Los sistemas patológicos se pueden describir en términos de una jerarquía que funciona incorrectamente.	Se hace hincapié en lo analógico.	Existe una lucha de poder entre los miembros de la familia.
Milán	No existe un modelo normativo a seguir	Es importante el contexto del síntoma, su desarrollo, historia y función.	No directividad	El síntoma mantiene el equilibrio familiar	Para generar cambios en la familia, se connota positivamente.	Es necesario romper con los "juegos sucios" de la familia
Centrado en soluciones	Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas.	El cambio es constante e inevitable.	No es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla.	Un pequeño cambio en alguna parte del sistema genera otros cambios.	No hay una única forma correcta de ver las cosas, puntos de vista diferentes pueden ser igualmente válidos.	Hay que centrarse en lo que es posible de cambiar y no en lo que es imposible e intratable.
Narrativo	El modo narrativo de las experiencias da mayor importancia a las particularidades de la vivencia	La temporalidad es una dimensión crítica en el modo narrativo de pensamiento, pues en éste los relatos existen en virtud del desarrollo de los acontecimientos a través del tiempo.	El pensamiento narrativo se centra en prácticas lingüísticas basadas en el modo subjuntivo para crear significados implícitos	Ampliar el campo de posibilidades a través del "desencadenamiento de la presuposición", para introducir la "perspectiva múltiple"	El modo narrativo sitúa a la persona como protagonista o como participante en su propio mundo.	El modo narrativo redefine la relación entre el observador y el observado.

Metas y estrategias

Modelos				
Estructural	Las metas terapéuticas se dirigen a cambiar la estructura y la cosmovisión familiar.	El acento se sitúa más en los problemas estructurales que en el problema presentado.	El terapeuta emplea estrategias de coparticipación que posibilitan establecer una fuerte alianza terapéutica.	Con la finalidad de aumentar su capacidad de maniobra, el terapeuta puede adoptar una posición cercana, intermedia o distante con la familia.
Terapia breve MRI	Se pide a la familia definan metas concretas a alcanzar.	Se elige un cambio mínimo.	La estrategia efectiva se aparta 180° de las soluciones intentadas	Se utiliza la postura del paciente. Se evita la confrontación
Estratégico		Establecer el límite intergeneracional impidiendo la formación de coaliciones permanentes.	La meta terapéutica no es aleccionar a la familia sobre su funcionamiento defectuoso.	Al diseñar la estrategia terapéutica se combinan varias intervenciones
Milán	La meta terapéutica es determinada por el cliente en conjunto con el terapeuta.	Neutralidad, el terapeuta no tiene metas preconcebidas ni modelos normativos. No utiliza la directividad ni la alianza, se mantiene a distancia y se enfoca más a la técnica.	Hipotetizar, las hipótesis dan la pauta de cómo empezar la Intervención y por dónde ir.	Circularidad, toda hipótesis debe incluir a todos los miembros de la familia.
Centrado en soluciones	Definición operativa de los objetivos.	Establecimiento de indicios concretos que permitan reconocer el logro de las metas propuestas.	Iniciar la solución mediante un cambio mínimo.	Las preguntas deben generar información sobre las facetas fuertes y los recursos que tiene el cliente.
Narrativo	El experto es el cliente, por lo que las metas terapéuticas se don conjuntamente y en forma de diálogo entre terapeuta y cliente.	Se estimula al cliente la construcción de definiciones alternativas a los problemas.	El terapeuta toma una postura crítica que favorezca la toma de consciencia de las relaciones de poder que se ocultan dentro de los supuestos de todo discurso social.	Las intervenciones reflexivas se formulan con formato de pregunta y no de afirmación.

Principales intervenciones

Intervenciones	Prescripciones paradójicas	Tareas directas	Fijación de límites	Desequilibrio	redefinición	Desafío	Connotación positiva	Prescripciones ritualizadas	Intervenciones metafóricas	Prescripción invariable	Ordalías	Preguntas posicionales	Excepciones	Ampliar contexto	Deconstrucción	Coconstrucción	Logros aislados	Historia alternativa	Acontecimientos extraordinarios	
Estructural	XX		XX	XX		XX	XX													
Terapia breve MRI	XX	XX							XX		XX									
Estratégico	XX	XX			XX		XX		XX											
Milán	XX	XX					XX	XX		XX										
Centrado en soluciones	XX								XX			XX	XX							
Narrativo														XX	XX	XX	XX			XX

vivir con Alejandro, ya que para ella fue muy difícil salir de su núcleo familiar, sin embargo comenta que Mariana fue una hija deseada.

Rosa María describe a Mariana como "una niña cariñosa y de sentimientos nobles", a diferencia de ella, quien se considera poco afectuosa, lo que actualmente le causa problemas con su hija, ya que Mariana no se siente querida, y expresa que tanto su mamá como su abuela tienen formas muy agresivas de relacionarse con ella. La madre explica que ella fue educada así, pero que le manifiesta su cariño dándole las cosas que necesita y preparándola para que se enfrente a la vida.

Rosa María tiene problemas de salud, le diagnosticaron miomas en la matriz, y está en espera del pronóstico médico. Mariana manifiesta su preocupación por la salud de su mamá, preocupación que tiene relación con la idea de buscar a su papá.

Mariana está temerosa de tener novio, y le gustaría que su mamá fuera más abierta para que le diera más consejos, lo que resulta contradictorio ya que al explorar este aspecto se observó que incluso pueden hablar de educación sexual.

Con la presencia del tío Alberto en casa, Mariana experimenta sentimientos encontrados, por una parte se siente incómoda, ya que tuvo que cederle su cuarto y éste permite que sus hijas lleguen a su casa para hacerle reclamos e incluso agredirlo; y por otra el tío representa una persona importante en la vida de Mariana. Ante esta situación Rosa María se siente incompetente, ya que Alberto es el hijo preferido de su madre.

EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

Identificación del problema.

Familia: Rosa María, identifica como problema el cambio en el comportamiento de Mariana, manifestando periodos de tristeza e inseguridad.

Terapeuta: Mariana se encuentra en la etapa de la adolescencia, situación que la hace vulnerable a cambios de estado de ánimo, por lo que de un momento a

otro pasa de la alegría a la tristeza, del enojo a la alegría, sin un motivo aparente. Aunado a la etapa de la adolescencia, se presenta la enfermedad de la madre, que al ser la figura más importante en la vida de Mariana, alimenta la necesidad de buscar a su padre.

Comunicación.

Existe comunicación verbal abierta y directa entre madre e hija, pudiendo tratar diferentes temas. No así en cuanto a comunicar los afectos, ya que la hija demanda contacto físico y la madre no corresponde. Al vivir en casa de la abuela y con la incorporación de Alberto en la familia, Rosa María tiene que reservarse su inconformidad ante la presencia de éste y sobretodo de sus hijas. Para Rosa María ha sido difícil comunicarse con su madre, en especial cuando se trata de hablar de Alejandro (padre de Mariana), quien se ha convertido en un secreto familiar, una especie de mito.

Roles.

Rosa María ha desempeñado el rol de padre y madre ante su hija, siendo el único soporte económico, apoyándose en lo instrumental en la abuela, manteniendo límites claros y firmes, por lo que Mariana ocupa el sitio que le corresponde como hija y en este momento manifestando conflictos propios de la adolescencia. Alberto en algunas ocasiones desempeña el rol paterno, lo que ha facilitado a Mariana la construcción de una figura masculina.

Respuesta afectiva.

Uno de los problemas que presenta la familia, se refiere a la respuesta afectiva, situación en la que Rosa María no satisface las necesidades de afecto de su hija, quien necesita abrazos y besos para sentirse querida, sintiéndose incómoda Rosa María con el acercamiento físico de Mariana. La abuela responde afectivamente mediante el cuidado de Mariana, preparando la comida, limpiando la casa y la ropa, que de acuerdo con Rosa María es la única manera que conoce la abuela de demostrar afecto. Para el tío la manera de demostrar

afecto es haciendo actividades recreativas (ver programas de televisión y jugando).

Involucramiento afectivo.

Rosa María y Mariana están sobreinvolucradas afectivamente, para Rosa María prácticamente la única fuente de afecto es Mariana. Es importante mencionar que Rosa María no ha tenido pareja desde que rompió su vínculo con Alejandro.

Mariana con frecuencia acude a sus tíos, primas y amigas para satisfacer sus necesidades de afecto, lo que permite mantener distancia con su madre, cuando ella lo necesita.

Control de conductas.

El control de conductas sobre Mariana lo ejerce su madre y en ausencia de ésta su abuela. La abuela también tiene control sobre Rosa María y Alberto, quienes en muchas ocasiones son tratados como niños pequeños, imponiendo sus ideas sobre ellos, un ejemplo es la "decisión" de Rosa María de permanecer en la casa materna, aún cuando cuenta con la solvencia económica para independizarse, y por otra parte el regreso de Alberto a casa de la madre. Alberto en cambio ha demostrado incapacidad para ejercer control sobre sus hijas y su expareja, quienes violentan los límites de esta familia.

ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO.

Objetivos de la familia:

Entender los cambios en el "carácter" de Mariana y lograr una manera más efectiva de mostrarse afecto. Apoyar a Mariana para que no se sienta triste y acepte la idea de que es imposible localizar a su padre. Disminuir la preocupación de la familia ante la enfermedad de Rosa María.

Postura de la familia:

Durante el proceso la familia se mostró abierta al cambio, permitiendo la conformación del sistema terapéutico.

Objetivos terapéuticos:

Identificar aquellas situaciones en las que Rosa María logra expresar su afecto a Mariana, así como las soluciones efectivas que han utilizado ante los cambios repentinos de carácter de Mariana, ampliando el foco de aquellas situaciones en las que hay un mínimo cambio.

Explorar los secretos que la familia ha manejado en torno a Alejandro, los cuales probablemente le han permitido a Mariana idealizar a su padre, para deconstruir dicha figura idealizada, permitiendo que Mariana co-construya una realidad en la que la ausencia de éste no determine su proyecto de vida. Normalizar la angustia de Mariana ante la enfermedad de Rosa María.

Hipótesis:

Es probable que ante la enfermedad de Rosa María, Mariana se sienta desprotegida e insegura, lo que posibilite la búsqueda de su padre, como un recurso para recuperar su seguridad, idea que nace de la fantasía que su madre ha reforzado en el sentido de que su vida sería perfecta de vivir Alejandro con ellas. Los sentimientos de tristeza de Mariana también pueden estar relacionados con la enfermedad de Rosa María y con la imposibilidad de encontrar a su padre, los cuales se acentúan con la adolescencia, de dónde se desprende la demanda de muestras de afecto.

Evolución del proceso terapéutico:

Rosa María y Mariana descubren que existen diferentes formas de manifestar sus afectos, que ambas tienen necesidades diferentes y que ninguna es mejor que otra. Mariana entiende que para su madre proveerle de cosas materiales es una forma de decirle que la quiere, en tanto que Rosa María logra tener mayor contacto físico con su hija. Ambas ensayan periodos de acercamiento y distanciamiento físico y emocional, sin que esto les represente un problema.

Mariana entiende y respeta la decisión de sus padres de separarse y se reconoce como una hija deseada. Descubre a un padre con errores y virtudes como cualquier padre y es capaz de visualizar su vida al lado de él con

problemas semejantes a los que vive con su madre, asumiendo la imposibilidad de llevar a cabo esta situación. Rosa María se reconoce como una madre capaz de educar y sacar adelante a su hija y disminuyen sus sentimientos de culpa ante la ausencia de Alejandro.

Mariana se involucra en el proceso médico de su madre, por lo que busca información acerca de la enfermedad, al mismo tiempo que la acompaña al médico, permitiéndole resolver sus dudas y temores y sintiéndose más tranquila y segura.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA.

Principales Estrategias:

Se estableció la **fase social**, en la cual se incluyeron preguntas dirigidas a conocer cómo había sido el trayecto de la casa al centro, buscando romper el "hielo", así como mostrar interés por las clientes. Conjuntamente con Mariana y Rosa María se determinó un primer objetivo terapéutico.

Rosa María fue quien describió el problema que las llevó a terapia, por lo que se hizo necesario incluir a Mariana, realizando un **interrogatorio circular**. *¿Qué opinas Mariana de lo que está comentando tu mamá?, ¿Compartes la idea de tu mamá o tienes una diferente?, ¿Qué supones que piensa tu mamá sobre tu cambio de carácter?, ¿Mariana como imaginas que te perciben tus amigas?, ¿Quién más ha notado el cambio de carácter que refiere tu mamá?*

Se exploraron las **excepciones al problema**, promoviendo la búsqueda de soluciones olvidadas: *¿Durante el día en qué momento te sientes más contenta?, ¿Rosa María en qué situaciones se siente más cómoda para acercarse a Mariana?, ¿Qué es diferente en las ocasiones en que las cosas van bien y las dos se sienten cómodas?*

Se revisaron las **soluciones intentadas**: Rosa María muestra su afecto a Mariana dándole las cosas materiales que necesita. Por otra parte ha intentado que su hija conozca a su padre, platicándole cómo fue y cómo las trató durante el tiempo que convivió con ellas. El intento de solución de Mariana ha sido

demandando afecto a su mamá mediante contacto físico (besos, abrazos) y mostrando enojo ante la falta de respuesta esperada.

Como una manera de alterar el **sistema de creencias** de esta familia, respecto a cómo sería su vida en el supuesto de que regresara Alejandro a vivir con ellas, se realizó un role playing.

Se **normalizó** la dificultad de Mariana de sentirse querida: *“pasa con mucha frecuencia a tu edad, a veces cuesta trabajo identificar los sentimientos de las demás personas y los propios”*.

Se trabajó la **construcción** de una figura paterna, a través de las figuras masculinas significativas cercanas a ella (el abuelo y los tíos maternos), **connotándose positivamente** la vivencia de la chica con sus tíos, en ausencia de su padre, como figuras masculinas que le permitieron la construcción de la figura paterna, que entre otras cosas la hacen sentir confiada y contenta.

Se **normalizó** el miedo que siente Mariana frente a la enfermedad de su mamá: *¿No crees que es muy normal tener ese miedo ante la enfermedad de tu mamá, considerando que es una persona muy importante en tu vida?.*

Se hicieron **preguntas presuposicionales**, a efecto de que Mariana pudiera tener una perspectiva deferente ante la enfermedad de su mamá: *¿Cómo vas a estar más tranquila? ¿Esa tranquilidad que proyecta tu mamá que te dice? ¿Estarías más tranquila si tuvieras un poco más de información sobre la enfermedad que tiene tu mamá?”*

Se **elogió** la claridad que tiene Mariana respecto al apoyo que su mamá necesitará, en caso de que la tengan que operar.

Se **redefinió** el tipo de relación que manejan madre e hija, propio de una familia “aglutinada” como “una relación de unión madre-hija, en la que buscan un punto de equilibrio que les permita mantener cierta distancia, de forma que las dos puedan sentirse con libertad de acción”.

Se hizo una **revisión trigeneracional** de la manifestación de afecto Abuela-madre-hija. Rosa María: *¿de qué manera se sabe usted querida por su madre/hija? ¿Cómo son las muestras de afecto de usted hacia su mamá/hija?*

Mariana: ¿Cómo observas que se demuestran afecto tu madre y abuela? ¿de qué manera te lo demuestran a tí? Si pudiéramos preguntarle a tu abuela ¿cómo nota que tu mamá y tú la quieren, qué piensas que nos contestaría?

Se **normalizó** la dificultad de expresar afecto: *“es difícil demostrar el afecto de una manera particular, cuando no se ha aprendido esa manera”.*

Se dio un **mensaje paradójico**: “Hay confusión en el equipo, una parte del equipo opina que las madres son la figura más importante para los hijos, y la otra parte comenta que es difícil darse cuenta que la madre no es la figura más importante para ellos, y que a medida que van creciendo, se van separando y los hijos dicen mamá déjame hacer las cosas por mí mismo, y que al respetar ese espacio que ellos necesitan, también nosotras vamos creciendo con ellos.”

Se **redefine** el “enojo” de Mariana como: *“estado de ánimo que forma parte de la adolescencia, en dónde los chicos sufren de cambios repentinos de humor, relacionados con cuestiones hormonales”.*

Se **reencuadra** la falta de muestras de afecto de la abuelita: *La abuela tiene un estilo propio de demostrar su afecto, como resultado de su historia personal, en la que lo más importante fue la obtención de cosas materiales.*

Evaluación del proceso terapéutico por la familia:

La familia manifestó sentirse confiada y tranquila, vivieron el espacio de la terapia como un lugar seguro en dónde podían platicar sobre cosas importantes que les preocupaban.

Rosa María al principio tenía miedo, ya que nunca había estado en una terapia y lo más importante para ella fue la reflexión sobre ella y su hija. El logro más importante fue comprenderla, ahora la ve diferente.

Mariana logró estar más tranquila con relación a su papá, entendió que lo más cercano que tiene es su madre y su abuela, y con ellas será suficiente para estar bien. También entendió que su madre le dice que la quiere de maneras diferentes y que está dispuesta a aprender otras.

Alcances y limitaciones del proceso:

Se cumplieron los objetivos establecidos, madre e hija descubrieron que hay diferentes maneras de mostrar afecto, que ninguna es mejor que otra. Ambas están dispuestas a responder a las necesidades afectivas de la otra, a la vez que respetan sus propios espacios.

Mariana reconstruyó una figura paterna diferente, en la que pudo reconocer fortalezas, mismas que ella ha heredado; y también algunas debilidades, como el hecho de haberse ido, decisión que ahora respeta y de la cual dejó de sentirse culpable. Se sabe querida y respetada por su familia en especial por su madre. Sabe que cuenta con el apoyo y cariño de mucha gente, cariño que se ha ganado por la actitud que ella ha mostrado ante la vida.

Pese a que quedó pendiente trabajar los límites al exterior de la familia, se logró que la abuela entendiera que aunque las hijas de Alberto tuvieran un lugar importante para ella, ellas eran parte de otra familia, que por lo tanto deberían de ser consideradas como visitas en casa, y como visitas tienen la obligación de respetar tanto la casa, como a quienes allí habitan.

Una situación difícil de tratar para Rosa María, fue decirle a Alberto que ya era hora de que se marchara, que el tiempo de apoyo ya era suficiente, que estaba ocupando el espacio físico de Mariana y que esto les restaba intimidad.

Mariana representa el "proyecto" más importante en la vida de Rosa María y hubiera resultado interesante explorar cuáles serán los "proyectos" de ésta cuando Mariana, crezca y se independice.

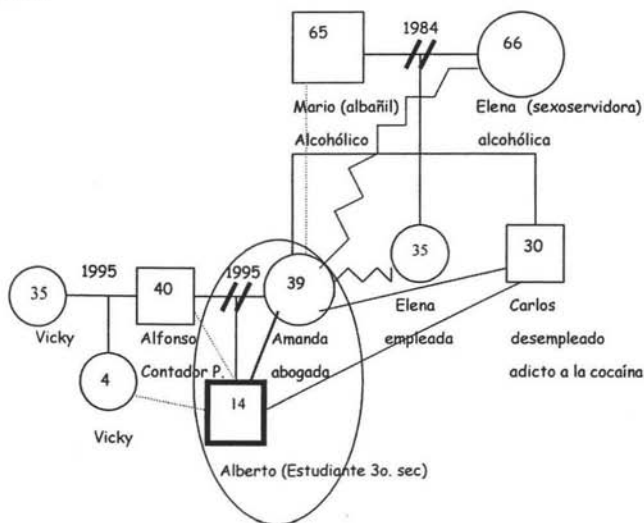
Familia: Amanda /Alberto

No. de sesiones: 14

Modalidad: Terapia familiar

Supervisión, con equipo

Modelo: Estructural



RESUMEN:

Amanda está separada desde hace 5 años, piensa que Alberto (su hijo) está enojado y quiere recriminarlos por la separación. Según Amanda la relación con su hijo es buena, hablan mucho, platican, pero de repente se "contestan mal". Para Alberto el problema radica en que no puede salir a ningún lado, su mamá en todo momento está analizando las cosas, no tiene una plática normal, se siente muy asfixiado, quisiera que fuera más ligera, menos crítica, y también quiere que no exija que acepte su visión. Amanda no ubica la edad de Alberto ocasiones lo trata como si tuviera 5 años y otras establece con él una relación de iguales, incluso nunca le ha dicho mamá.

Amanda describe al padre de Alberto como un "buen hombre", sin embargo no funcionó la relación, ya que nunca se sintió enamorada, veía a Alfonso como un amigo. Se siente culpable de haber dejado a Alberto "solo". Amanda se muestra ambivalente respecto a su responsabilidad como madre, por un lado desea dedicarle más tiempo a su hijo, y por otra siente mucha carga al ser responsable de llevarlo al

médico, estar al pendiente de la escuela etc., y cuestiona la responsabilidad de Alfonso como padre (la que se limita a pagar una parte de la colegiatura y a visitarlo de vez en cuando).

En cuanto a la separación de sus padres, Alberto señala que lo difícil fue descubrir que su padre mantenía una relación de pareja con Vicky, quien era amiga de su mamá, y a quien apoyó Amanda ofreciéndole su casa para que viviera con ellos, ya que Vicky había salido de su casa por problemas económicos y de relación con sus padres. El nacimiento de su hermana también lo marcó, porque sentía que le iba a robar el cariño de su padre.

Amanda no tiene la "fortaleza" de enfrentar a Alfonso, por lo que la manera de comunicarse con éste es mediante Alberto, quien incluso es el responsable de pedir la pensión a su padre.

Amanda comenta que se desarrolló en un ambiente muy difícil, en el que la violencia física y psicológica estuvo presente, comenta que su padre nunca le "perdonó" a su madre haberla conocido en una casa de citas (sexoservidora), cosa que siempre le reclamó, y por lo que la golpeaba. Sus hermanos estaban metidos en drogas. Ella es la única que estudió, y fue en la facultad donde conoció a Alfonso. Salió de su casa fastidiada de los problemas, por lo que decide irse a vivir con Alfonso.

Amanda es muy "solidaria", e invitó a vivir a 3 compañeras a su casa, una de ellas (Vicky) quien se relacionó emocionalmente con Alfonso, paralelamente Amanda mantuvo una relación extramarital, que concluyó por que ella no se sentía a gusto. Alfonso, Vicky y Alberto se fueron de vacaciones, durante el viaje Alberto descubre la relación de su padre con Vicky. A su regreso Alfonso habla con Amanda y le propone la separación, y le piden a Alberto que decida con quién se quiere ir.

Amanda comenta que siempre busca relaciones que le causan dolor, le atraen los hombres que representan mucho poder como su padre, sus relaciones de pareja se han presentado en situaciones forzadas. Se cuestiona su preferencia sexual. Amanda menudo se siente confundida en el área sexual, ya que su madre durante su infancia y adolescencia le dio mensajes contradictorios con relación a la sexualidad, por un parte le decía que la sexualidad era algo malo y sucio y por otra dedicaba al sexoservicio. Tiene la idea de que en algún momento pudo haber sido abusada sexualmente, pero no tiene algún recuerdo claro.

Alberto presenta problemas escolares, lo que molesta considerablemente a su madre, sin embargo no establece límites y por el contrario sigue ofreciendo premios a su hijo.

EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

Identificación del problema.

Amanda solicita consulta debido a los problemas de comunicación con su hijo Alberto de 14 años, los cuales se han incrementado en los últimos dos años, después de la separación de sus padres, quienes rompieron comunicación entre ellos, siendo Alberto el enlace a través de quien establecen acuerdos y desacuerdos. Por otra parte la necesidad de Amanda de mantener bajo control a quienes la rodean, rompe la comunicación tanto con su hijo como con los demás.

Comunicación.

La comunicación entre la pareja se da a través de Alberto, lo que produce enojo en el chico, alejándose de ambos. La comunicación de Alberto hacia su padre se limita a hacerle peticiones materiales, por lo que el padre se le reclama que lo "utiliza", y se muestra distante, no cumpliendo los compromisos que establece éste. En cuanto a la comunicación que establecen madre – hijo, pueden tratar diversos temas, sin embargo Amanda trata de imponer su manera de pensar, situación que rechaza Alberto.

Roles.

La madre es la principal proveedora de la familia, aun cuando Alfonso participa con el 50% de apoyo económico para el pago de colegiaturas de Alberto. Alfonso se mantiene periférico, acudiendo con cierta dificultad cuando le solicita su hijo. Las decisiones son tomadas como resultado de acuerdos entre madre e hijo, lo que con frecuencia pone a Amanda en el subsistema fraterno y de igual manera a Alberto en el subsistema parental, estableciendo roles difusos.

Respuesta afectiva.

En cuanto a lo emocional Amanda se encarga de ofrecerle bienestar y seguridad a su hijo. Alfonso, se mantiene distante y manifiesta con frecuencia emociones de malestar hacia ambos. Alberto tiene muy claro el cariño que siente por ambos, sin embargo se siente más libre para expresar estos sentimientos con su madre.

Involucramiento afectivo.

Hay una sobre-involucración entre madre e hijo, lo que se manifiesta en el trato que le da a Alberto a quien en ocasiones trata como un chico de 5 años y en otras como si tuviera 40.

Control de conductas.

El control de conductas lo ejerce la madre, lo que en ocasiones resulta paradójico, ya que por un lado pretende ser una "madre amigable", abierta, relajada, y por otro trata de imponer su ideología al chico.

ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO.

Objetivos de la familia:

Mejorar la relación madre-hijo, así como la forma de comunicarse.

Postura de la familia:

Amanda es quien solicita el servicio, definiendo a Alberto como paciente identificado, quien de buen agrado acepta participar. Tanto Amanda como Alberto participan activamente durante todo el proceso, mostrando interés por solucionar el problema que les aqueja. Ambos cumplen con las tareas asignadas y dan seguimiento a las mismas. En cuanto a Alfonso, aún cuando no aceptó la invitación a las sesiones, fue posible involucrarlo en el proceso a través de Amanda y Alberto.

Objetivos terapéuticos:

Establecer límites generacionales entre madre e hijo, ya que estos son difusos. Romper la triangulación de Alberto en la pareja parental, restableciendo la comunicación entre los padres y entre padre e hijo, propiciando la expresión de emociones padre e hijo.

Hipótesis:

Es probable que los límites generacionales difusos en esta familia, y el rompimiento de comunicación de la pareja parental, triangulen a Alberto, asignándole el rol de emisor de la familia, lo que genere incomodidad con su padre, alejándolo de éste; y enojo hacia a su madre, manifestando conducta rebelde, no cumpliendo con las reglas establecidas en casa, así como con sus responsabilidades académicas. Una intento de solución por parte de Amanda, ante esta conducta rebelde parece ser la imposición ideológica sobre su hijo, como una forma de ejercer control sobre éste. En tanto que Alfonso se mantiene periférico evitando así su rol paterno, así como la

confrontación con Amanda y el establecimiento de un frente común en la pareja parental.

Evolución del proceso terapéutico:

Se trabajó con establecimiento jerarquías, en donde a Amanda se le devolvió la autoridad sobre su hijo, a la vez que a éste se le ubicó en su papel de adolescente, estableciendo límites generacionales en la familia, ya que éstos eran difusos, por lo que con frecuencia Alberto subía al subsistema filial y por su parte Amanda bajaba al subsistema fraterno. Para lograr este objetivo fue necesario trabajar con Amanda la percepción que tenía respecto de su hijo, ya que con frecuencia lo trataba como un niño más pequeño de 5 años, o bien como a un adulto de 40. De esta forma poco a poco fue permitiendo mayor libertad en su hijo adolescente, en cuanto a expresar sus ideas y a la manera de mirar el mundo; a la vez que fue adquiriendo mayor autoridad sobre éste, solicitándole que mejorara calificaciones o que cumpliera con algunas obligaciones en casa.

A efecto de romper con la triangulación de Alberto, en la relación de sus padres, actuando éste como el emisor de ambos, se sugirió a Amanda, tuviera una plática con Alfonso y acordara la manera en que habría de hacerle llegar la pensión, así como el establecimiento de días de encuentro padre-hijo, lo que de alguna manera quitó de en medio al chico, permitiéndole una relación más relajada y cercana con su padre, y de mayor respeto hacia su madre.

Con Alberto se trabajó la separación de sus padres, como una situación en la que él no tiene ninguna responsabilidad, y la cual es una decisión exclusivamente de la pareja. Enfatizando que el chico tiene un lugar especial tanto en la vida de su madre como de su padre, y que aún cuando lleguen nuevos miembros a la familia, él tiene un lugar que nadie más puede ocupar.

Con relación a la elección de pareja de Amanda, se trabajó la "necesidad" que tiene de ser "controlada", eligiendo parejas representativas de "poder", que más que con el poder de su padre probablemente tenía que ver con su necesidad de controlar el mundo. Asume su responsabilidad de establecer relaciones con hombres comprometidos en otra relación (casados), con un tinte únicamente sexual, como una manera de mantener su libertad y no establecer nexos emocionales. Al hacer una revisión a las dudas de Amanda respecto a su preferencia sexual, se asume heterosexual, sintiéndose emocionalmente más cómoda en el trato con mujeres;

situación que se refleja en la profesión que ejerce, al defender a mujeres en el tribunal. Se connota esta situación como una situación en la que tiene un mapa muy claro de qué es lo que quiere ella en la vida, lo que sin duda es algo que siempre le ha funcionado e incluso la ha llevado a tener éxito profesional.

Los problemas académicos de Alberto se resolvieron en la medida que Amanda le permitió tener sus propios espacios y le permitió expresar libremente sus ideas. Una de las situaciones que contribuyeron para que Amanda permitiera a su hijo tener un espacio, fue el inicio de una segunda carrera universitaria (Psicología).

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA.

Con esta familia se utilizó el modelo estructural, en el que Minuchin pone especial énfasis en la estructura familiar, con el establecimiento de límites y jerarquías; la flexibilidad de la misma, así como su capacidad de reestructurarse. Considerando que la conducta disruptiva de los hijos beneficia a los padres, desviando la atención de sus problemas como pareja y depositándola en alguno de los hijos, situación en la que alguno de los padres "permite que el hijo se mantenga sobre sus hombros", es decir, en una posición de jerarquía superior. También para este modelo resulta importante la función que tiene el síntoma, como una manera de leer entre líneas, el mensaje de la familia.

Principales Estrategias:

Se **redistribuyó el síntoma**, con lo que se quitó la etiqueta de paciente identificado a Alberto, así mismo se trabajó el establecimiento de **límites entre subsistemas**, enfatizando que la manera en que éstos se manejen ya sea respetándolos o ignorándolos dará por resultado el funcionamiento o mal funcionamiento del sistema familiar.

Se analizó la **jerarquía** y los **niveles de poder** con relación a los roles de cada uno de los miembros de la familia, designando nuevos comportamientos y funciones claras para cada uno de ellos, lo que de alguna manera rompió la **coalición madre-hijo**, permitiendo la entrada del padre al sistema familiar. Se **confrontó a la pareja parental**, con lo que se ejerció acción directa sobre la comunicación.

Se **connotó positivamente** en diferentes momentos, provocando cambios en la percepción de la familia, acerca de diversas situaciones, ejemplo de ello es, cuando

se le dice a Amanda que "tiene un mapa muy claro respecto a lo que ella quiere en la vida", en lugar de remarcar "su necesidad de mantener todo bajo control".

A efecto de contextualizar a esta familia se revisó el tipo de relación con la **familia extensa**, y familia de origen de Amanda.

Al trabajar con la preferencia sexual de Amanda se hizo necesario hacer una **revisión de género**, como una manera de que clarificara sus ideas, temores, dudas. En diferentes momentos se hizo uso de **metáforas**, como una manera de hacer llegar el mensaje del equipo terapéutico.

Las tareas directas con frecuencia fueron utilizadas, con el propósito de modificar o impedir de manera directa pautas de conducta. También se cuestionó *la realidad de la familia*, como una manera de desafiar a los padres poniendo en duda su capacidad para llevar a cabo acuerdos.

Evaluación del proceso terapéutico por la familia:

A final del proceso Amanda afirmó que se sentía, más "contenta", "relajada", y que la comunicación con Alberto mejoró. Logró establecer comunicación con Alfonso, la cual se limita a establecer acuerdos referentes a Alberto. También aprendió que no le corresponde cambiar a su familia de origen, que la decisión de cambiar está en cada persona y que una manera de ayudarlos es aceptándolos, respetándolos y hacer que la respeten. En cuanto a la pareja tiene muy claro que no quiere compromisos, ya que le gusta mantener su espacio, su independencia y le queda claro que al vivir con alguien la limitaría en su forma de ser y de actuar. En cuanto a ser solidaria entiende que esto no es un problema, como en otro momento lo sintió, sino que únicamente es una manera de ser y estar con los demás, y esto le hace sentir bien.

En cuanto a Alberto, ahora le es más fácil establecer contacto con su padre, aún cuando la respuesta es menos intensa de lo que el chico espera. También aprendió que hay cosas que por su posición de hijo y por la edad, no le compete resolver, ni tomar responsabilidades propias de sus padres. Se sabe querido por ambos padres y entiende que su relación con cada uno de ellos es diferente y que eso ya no representa un problema. Su rendimiento académico mejoró, y puede continuar con sus actividades propias de los adolescentes.

Alcances y limitaciones del proceso:

Es importante señalar que se cumplió con el objetivo de la familia, en cuanto a que mejoró de manera importante la comunicación madre e hijo, lo que consecuentemente se reflejó en el tipo de relación entre ellos. De la misma manera se reestructuró la familia, delimitando los subsistemas fraterno y parental, situación en la que los padres asumen su responsabilidad, devolviendo a Alberto su posición de hijo adolescente. Aún cuando se logró que la pareja parental hicieran acuerdos con relación a su hijo, no se logró que Alfonso asistiera a las sesiones, lo que hubiera sido muy interesante y enriquecedor, ya que de esta manera hubiéramos conocido su punto de vista.

Con relación a las emociones de Amanda, pese a que dedicaron varias sesiones a este punto, no se logró que hiciera contacto con muchas de sus emociones, por ejemplo, con relación a los rompimientos con sus parejas, por lo que se llegó a la conclusión de que éste debía ser un proceso que tendría que llegar de manera espontánea y que era importante destacar que a ella por mucho tiempo le había funcionado mantenerse en la esfera racional, por lo que habría que esperar a que llegara ese momento.

En cuanto a la relación de Alberto con su padre, se logró que establecieran un espacio y un tiempo para que ellos compartieran, lo que para el chico resultó muy estimulante, no obstante Alfonso se mantenía con cierta distancia emocional, de acuerdo con las necesidades afectivas de su hijo, en este sentido me hubiera gustado saber si para Alfonso había esa misma distancia afectiva o bien esa era la manera como él se relacionaba con el mundo, o tal vez ni siquiera conocía cuáles eran las necesidades de su hijo.

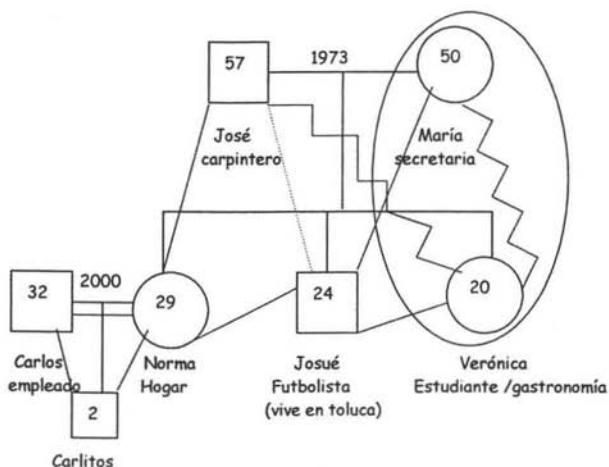
En el ámbito de la sexualidad de Amanda (lo que no era una demanda inicial) me hubiera gustado tomar más tiempo para revisar la duda que en dos ocasiones planteó con relación a un "posible abuso", del cual no tenía un recuerdo claro, sino únicamente la sospecha de que en algún momento pudo haber sido abusada.

Familia: María/Verónica

No. de sesiones: 16

Modalidad: Coterapia / sin supervisión, con equipo detrás del espejo.

Modelo: Estructural



Resumen

María es quien solicita la consulta, motivada por problemas con su pareja los cuales datan desde hace 32 años. El sentir de María es que su pareja nunca la ha apoyado, menciona que durante la infancia de sus hijos, ella sola tenía que hacer frente a los problemas económicos y emocionales de éstos. María refiere que se casó con José, por salir de su casa, ya que la relación con su madre era difícil, con poco entendimiento; a diferencia de la relación con su padre y hermanos, de quienes comenta que son personas sociales, alegres y cariñosas. Actualmente la pareja presenta conflictos constantes, en los cuales involucran a los hijos, principalmente a Verónica, quien se ha distanciado de su padre, lo que le produce sentimientos encontrados, ya que cuando intenta acercarse generalmente terminan con grandes discusiones y agresiones verbales. María ante esta situación se sobre-involucra con Verónica, lo que genera conductas de rebeldía, no solo hacia el padre, sino también hacia la madre, e incluso esta

situación se ha reflejado en el rendimiento académico de la chica. Verónica está preocupada porque también ha tenido problemas en sus últimas relaciones de pareja, ya que se siente inadecuada, dejando de lado sus intereses personales y complaciendo los intereses del otro.

Norma, la hija mayor, está casada desde hace tres años, y fue de esta forma como logró escapar del conflicto de sus padres, estableciendo una estrecha relación con el padre, a quien visita en ausencia de la madre, para evitar conflictos con ésta, con quien prefiere mantener distancia. La opinión de Norma con relación a la problemática de su familia de origen, es que Verónica debe salir del "pleito" de sus padres, reconciliándose con su padre y manteniendo la relación con la madre.

Josué, representa un apoyo muy importante en la familia, quién además de aportar económicamente, participa en las decisiones importantes de la familia, lo que hace manteniendo límites firmes, siendo el mediador de la familia y quien tiene mayor acercamiento con todos los miembros.

María y José, viven un divorcio emocional de muchos años, por lo que María ha tomado la decisión de separarse, lo que ha resultado difícil incluso para comunicarle esta decisión a José, a quien no le interesa, por lo que prefiere "apoyarse" en los hijos. Por esta razón solicita apoyo de su hijo para ocupar el departamento que éste tenía destinado para vivir con su novia, al tiempo que pide a Verónica que se vaya a vivir con ella, quien acepta.

Evaluación de la Familia

Identificación del problema

La familia asiste solicitando apoyo para llevar a cabo la disolución de la relación conyugal, la cual ha sido conflictiva y ha involucrado a los hijos. Situación que se complica considerando el momento del ciclo vital en el que se encuentran, en donde resulta difícil la individuación e independización de la hija menor.

Comunicación

La pareja “comunica no comunicando”, mensaje que es interpretado por los hijos, formándose coaliciones padre-Norma, madre-Verónica, asignando la responsabilidad de la comunicación familiar en Josué. Entre los hijos la comunicación es abierta y directa, lo que propicia que se apoyen y tengan acercamiento emocional.

Roles

El rol paterno lo desempeña Josué, quien toma las decisiones importantes de la familia, en tanto que María se ha insertado en el subsistema filial, argumentando que “es más fácil bajar al nivel de los hijos, que entrar al mundo de su pareja”. José, evade su responsabilidad como padre y pareja, depositando su enojo y desaprobación de lo que ocurre en la familia con Verónica, en lugar de confrontarse con su pareja, al tiempo que hace coalición con Norma.

Respuesta afectiva

Esta familia muestra más sentimientos de enojo y tristeza que de alegría. Entre los hermanos las muestras de cariño son frecuentes siendo capaces de aceptar críticas y consejos entre ellos. En el ámbito conyugal, prevalece la hostilidad, descalificación y negación. José encuentra sus satisfactores emocionales únicamente en sus hijos, en tanto que María cuenta con el cariño de sus hermanos, y compañeros de trabajo, además del de sus hijos.

Involucramiento afectivo

El padre al mantenerse periférico, es el más desinvolucrado en la familia, en tanto que María puede establecer vínculo con sus tres hijos, siendo Norma la que se mantiene más distante, lo cual es resultado de los límites que ésta establece con su madre. La estrategia de María para mantener la homeostasis familiar ha sido sobreinvolucrarse con sus hijos, la cual ha dejado de ser efectiva al crecer estos y que de alguna manera es lo que la ha llevado a terapia.

Control de conductas

En un primer momento, el control de conductual de la familia lo tenía María, el cual ejercía mediante el chantaje emocional hacia los hijos, mediante historias en las cuales el padre aparecía como una persona irresponsable y desobligada.

En este momento al tener la posición más fuerte económica y emocionalmente, el control lo ejerce Josué, quién incluso toma partido en las decisiones de la familia de Norma.

Análisis del proceso terapéutico

Objetivos de la familia

Solucionar los conflictos, entre madre e hija (Verónica), los cuales consisten en rebeldía, desacuerdos, y baja en el rendimiento académico. Lograr acuerdos entre María y José, para llevar a cabo la separación.

Postura de la familia

En general la familia se mostró abierta al cambio, incluso el padre, quien se negó rotundamente a asistir, no obstante alentaba a sus hijos para que hicieran cambios.

Un recurso de la familia, muy importante que facilitó el proceso, fue Josué quien tenía la flexibilidad de entrar y salir del sistema según fuera necesario, permitiendo así el flujo de información.

Por otra parte aún cuando los límites al interior de la familia parecían rígidos, al exterior establecían límites flexibles, lo que nos permitió entrar y salir del sistema tanto a los terapeutas como al equipo detrás del espejo.

Objetivos terapéuticos

Establecer límites entre los subsistemas paterno y fraterno, con lo que se pretende evitar coaliciones de los hijos hacia los padres. Apoyar a la familia en los cambios propios del ciclo vida en que se encuentran, el cual corresponde al "nido vacío", situación en la que Verónica se encuentra triangulada por los padres. Brindar apoyo a la pareja para llevar a cabo una buena separación.

Hipótesis

Ante los límites difusos del subsistema parental, los hijos se insertan en un nivel que no les corresponde, con la consecuente manifestación de conductas conflictivas, situación que muy probablemente esté relacionada con la dificultad de la pareja para conformarse como tal, y que en este momento se acentúa con

la salida de los hijos del núcleo familiar, lo que de alguna manera obliga a los padres a confrontarse como pareja.

Evolución del proceso terapéutico

Verónica logra sentirse más segura y nuevamente se involucra en sus actividades académicas; mejora la relación con su madre, apoyando la decisión de ir a vivir solas. María inicia su preparación para la separación, imponiéndose actividades sin la participación o apoyo de los hijos. Simultáneamente José se va de vacaciones con sus tres hijos y su nieto al rancho de su familia, en donde los hijos aprovechan para acercarse a éste. Al regreso María se encuentra descontrolada y no sabe de que manera enterarse de lo sucedido durante las vacaciones, pues los hijos marcan los límites entre la relación padre/madre.

Una vez que se llevó a cabo la separación y María se fue a vivir con Verónica, la pareja logró establecer acuerdos relacionados con el apoyo que brindarían a sus hijos adultos; ante esto Verónica se mostró confundida y enojada hacia ambos, argumentando que primero se habían separado y ahora se llevaban mejor que cuando habían vivido juntos. Esto fue mejorando con el paso del tiempo y a medida que María permitió la libre relación padre-hija.

Entre los acuerdos que la pareja estableció, fue la convivencia de todos los miembros de la familia, en el entendido de que la relación conyugal estaba disuelta.

Análisis teórico metodológico de intervención con la familia.

Principales estrategias

Se señalaron las **coaliciones** Norma-José / María-Verónica, así como la **triangulación** que la pareja hacía con Verónica, situación que la ponía sobre los hombros de la madre, permitiéndole desafiar al padre, al ponerse en un nivel jerárquico superior. Se **distribuyó el síntoma** en la familia, quitando a Verónica de paciente identificado, para lo cual se hizo evidente que el problema no solo residía en la chica, sino que tiene que ver con pautas de interacción familiar. Se hizo el **señalamiento de límites** generacionales, como una manera de facilitar la individuación de los diferentes miembros de la familia. Se fortaleció a María en

el área de toma de decisiones, asumiéndose como una persona con recursos y capacidades. Con frecuencia se **cuestionó la realidad** de María respecto a su capacidad de resolver los conflictos familiares como una persona adulta, sin ayuda de los hijos. Al trabajar en coterapia, se facilitó trabajar la **escenificación**, situación en la que además de que la familia participaba, teníamos la oportunidad los terapeutas de modelar a la familia las interacciones y pautas conductuales propias de ese sistema. A efecto de modificar las reglas y roles se asignaron **tareas directas**, pidiéndole a María que hablara con José cuando los hijos no estuvieran presentes, durante al menos cinco minutos y de ser posible establecer por lo menos un acuerdo.

Evaluación de la familia sobre el proceso terapéutico

La familia se mostró satisfecha con los logros de la terapia, observando que sus objetivos habían sido cumplidos, entre los que mencionaron el respeto de la pareja hacia ellos mismos y hacia los hijos. Con la separación, los hijos mayores se sintieron más libres para relacionarse con cada uno de sus padres, sin experimentar sentimientos de deslealtad. Por su parte Verónica, consideró que el logro más importante había sido comunicarse con su padre de una manera diferente, lo que le hacía sentir más segura y contenta. En cuanto a María, inició nuevos proyectos personales, los cuales incluían actividades que le redituaban económicamente, así como actividades familiares y sociales.

Alcances y limitaciones del proceso terapéutico

Se alcanzaron los objetivos planteados por la familia, los cuales consistían en resolver la conflictiva de la pareja, misma que concluyó en la disolución de la pareja conyugal, mediante una buena separación, logrando acuerdos importantes relacionados con el apoyo y la convivencia de los hijos, conformándose el subsistema parental, como consecuencia del establecimiento de límites generacionales. De igual manera se favoreció la expresión emocional entre los miembros de la familia.

Algo que considero muy importante y que en algún momento pudo considerarse una limitante, fue haber trabajado con un gran "ausente", el padre, quien nos

dejó escuchar su voz de manera sistémica, a través de sus hijos y en ese momento de su compañera.

En cuanto a la situación conflictiva de pareja de Verónica, tomó la decisión de entrar a terapia individual, lo que seguramente reafirmará los cambios generados en la terapia familiar.

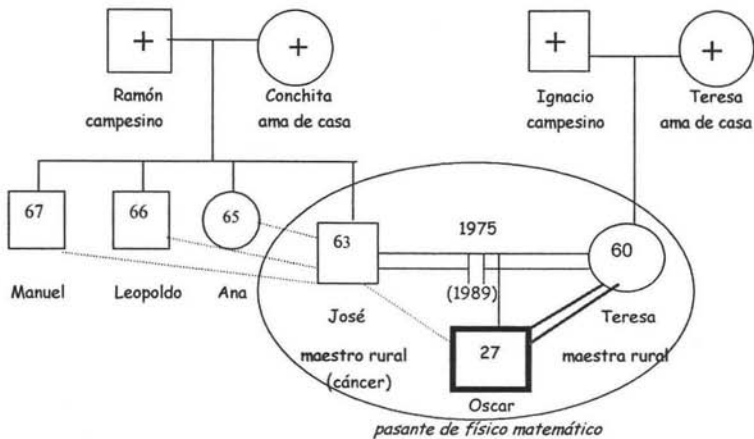
Familia: Oscar/José

No. de sesiones: 6

Modalidad: **Terapia familiar**

Supervisión / equipo

Modelo: **Soluciones**



RESUMEN.

Oscar asiste al centro de atención, solicitando consulta terapéutica urgente, razón por la que se le realizó una primer entrevista a efecto de evaluar la situación y determinar si se le atendería como servicio "urgente" o tendría que esperar su turno de acuerdo a las solicitudes previas a la de él.

En ese primer momento el motivo de consulta expresado por Oscar, fue la necesidad de mejorar la relación con su padre, ya que desde hacía 14 años su padre se había separado de su madre, dentro de la misma casa, para lo cual ocupó una de las recámaras de la casa, manejándose a partir de ese momento como un huésped, y asignando a Oscar el papel de interlocutor entre la pareja. El rompimiento de la pareja se produjo después de que la Sra. Teresa descubrió que su esposo mantenía una relación extramarital, situación que no logró resolver la pareja, involucrando a su hijo en ese problema.

De acuerdo con Oscar, por el hecho de ser hijo único lo sobreprotegeron, en especial su mamá, de tal forma que le ha afectado para "valerse por sí mismo" y

esto lo “golpea” emocionalmente, ya que no le gusta estar supeditado a algo o a alguien. Su principal preocupación es que a su padre le detectaron un problema de cáncer en parótida (próximo a practicarse una cirugía), lo que le inquieta ya que piensa que si en este momento no arregla su situación familiar “después” va a ser más problemático. Oscar es el mediador de los problemas entre sus padres, y “no sabe cómo se van a comportar cuando estén solos”, teme que puedan agredirse físicamente. Al detectar el problema de salud de su padre, establecen una nueva dinámica familiar en la que tanto Oscar como su madre lo apoyan. José, situación que vive Oscar como si de pronto su padre “regresara” después de 14 años, y “no hubiera pasado nada”.

Oscar es un alumno de excelencia por lo que tiene la posibilidad de ir a Alemania a estudiar una maestría, situación que le angustia, ya por una parte esto significaría salir de casa y ser independiente, y por otra parte, implicaría dejar a sus padres, “poniendo en riesgo la integridad de la familia”.

Pese a que se insistió en que asistieran ambos padres al proceso terapéutico, solo se logró la participación del Sr. José, quien manifestó que su interés en asistir era “encontrarse” con su hijo. Comentó que tuvo una niñez muy triste, no recibió cariño y tuvo que trabajar desde muy pequeño, perdió a su mamá cuando tenía 5 años, quedando al cuidado de su padre, de quien recibía pocas muestras de afecto. En ese momento la principal preocupación del Sr. José, era permitir que Oscar viva su vida, ya que la situación familiar lo ha afectado, y quiere ser perdonado por su hijo”.

EVALUACIÓN DE LA FAMILIA

Identificación del problema.

La familia está inmersa en un problema que se originó hace 14 años, aparentemente como resultado de la infidelidad del padre, situación que la pareja “resuelve” con una “separación” dentro de la misma casa, rompiendo la comunicación entre ellos e involucrando a su hijo en dicha situación; situación que incapacita a Oscar para lograr su autonomía, impidiéndole escapar de una problemática que no le corresponde resolver, lo que pudiera ser comprensible cuando el chico tenía 13 años, y difícil de pensar en un adulto de 27 años.

Comunicación.

La comunicación entre la pareja se da únicamente a través del hijo, mediante el que se comunican los acuerdos económicos. Los disgustos también se expresan mediante este canal de comunicación. El Sr. José mantiene con mayor frecuencia comunicación no verbal tanto hacia su expareja como hacia su hijo, la que se mantiene en una constante de desagrado y disgusto. En tanto que madre e hijo, establecen una estrecha comunicación, verbal, no verbal y afectiva.

Roles.

Los roles son difusos, José abandonó su rol de padre hace 14 años, manteniéndose como un padre totalmente ausente, aún cuando ha vivido en la misma casa, instalándose como un "huésped". Ante esta ausencia la madre se ve "obligada" a jugar el rol de padre y madre, situación en la que hace participar a Oscar frecuentemente en el rol de "pareja", al pedirle que tome decisiones que le corresponden al padre; paradójicamente trata a Oscar como un niño pequeño, a quien no le ha permitido tomar decisiones y crecer e independizarse. Por su parte Oscar juega el papel de "padre de sus padres", sintiéndose totalmente responsable del bienestar de ambos, evadiendo la responsabilidad de su vida como individuo.

Respuesta afectiva.

Las muestras de afecto se manifiestan entre madre e hijo, situación en la cual la madre demanda sobreatención, llegando al grado de solicitar besos y abrazos a su hijo, cuando se encuentra con su novia, situación que incomoda a la pareja, y produce enojo en Oscar; enojo que es incapaz de manifestar a su madre. Para el padre resulta difícil expresar el afecto que siente por su hijo, lo que justifica con el hecho de que a él no le enseñaron a demostrar su cariño. La pareja mantiene un intercambio de sentimientos negativos, expresados mediante conductas hostiles.

Involucramiento afectivo.

Al pretender no comunicarse los padres de Oscar y mantenerse distantes emocionalmente, hacen un llamado a éste sobre-involucrándolo en el conflicto conyugal.

Control de conductas.

El control de conductas lo establecen los padres. El padre de manera encubierta, mediante el "silencio" y el "disgusto"; y la madre de manera explícita, mediante la demanda de atención y control emocional del hijo, situación que atrapa a Oscar, no permitiéndole independizarse, obligándolo a tomar partido por su madre y alejándolo de su padre.

ANÁLISIS DEL PROCESO TERAPÉUTICO.

Objetivos de la familia:

Para Oscar es "mejorar" la comunicación con su padre, y lograr su independencia, ya que desea ir a vivir solo. En tanto que para el Sr. José, es "encontrarse" y permitir que Oscar "viva su vida".

Postura de la familia:

Pese a que fue Oscar quien solicitó la terapia, se mostró renuente a hacer cambios en el sistema familiar, probablemente ante los peligros que dichos cambios implicaban. Con frecuencia manifestó el temor de que sus padres se hicieran responsables de sus problemas de pareja, negándose a devolverles esta responsabilidad, manteniendo de esta forma control sobre ellos.

La madre se negó definitivamente a asistir a las sesiones, argumentando que "ella no tenía nada que arreglar"; intentando "sabotear" el proceso mediante enojos y reclamos hacia Oscar, lo que de alguna manera nos brindó información sobre el manejo de ésta en la relación familiar. Por su parte el padre accedió de primera instancia a participar, no obstante que su objetivo era más que resolver el conflicto con su hijo, resolver sus conflictos infantiles de falta de afecto, los cuales evidentemente estaban relacionados con la manifestación de afecto hacia su hijo.

Objetivos terapéuticos:

Revisar las soluciones intentadas ante la "falta" de comunicación padre-hijo, para restablecer dicha comunicación. Devolver la responsabilidad a Oscar de su autonomía, independencia y crecimiento personal, considerando que tiene 27 años.

Hipótesis:

Es probable que Oscar al desempeñarse como "puente" de comunicación entre sus padres, intente evitar que ellos tengan un "enfrentamiento violento", en el cual pueden correr el riesgo de romper con el "silencio" que los ha acompañado durante 14 años, "silencio" que ha mantenido "ocupado" a Oscar, "no permitiéndole" crecer y ser independiente, por lo que éste continúa luchando por mantener la homeostasis familiar. En tanto que dicho "silencio" para los padres pudiera significar una manera de evadir la confrontación entre ellos como padres y pareja.

Evolución del proceso terapéutico:

Aún cuando la queja de Oscar refería una situación familiar, relacionada con la "falta" de comunicación entre sus padres, así como la preocupación de Oscar por los problemas de salud de su padre, únicamente asistieron Oscar y su padre. Durante las primeras sesiones Oscar se mostró dispuesto al cambio, pretendiendo romper la alianza con su madre, para reconciliarse con su padre, situación que fue sabotada por la Sra. Teresa quien le hizo reclamos, haciéndole sentir culpable por encontrarse "sola y sin apoyo". Durante esta época Oscar mantenía una relación de pareja, la cual terminó debido a que su madre le exigía las mismas atenciones que tenía para su novia. Esta situación llegó a tal grado de que Oscar tuvo que "repartir" su tiempo y muestras de cariño entre sus padres al 50%, además establecer salidas con su novia a la par que con su madre, para que no percibiera diferencias en el trato entre ambas mujeres. En diversas ocasiones se le invitó a la Sra. Teresa para que participara, sin obtener una respuesta favorable, argumentando que ella "no tenía nada que arreglar". Por lo que se continuó trabajando únicamente con el padre y el hijo.

El Sr. José solicitó una sesión individual, con el propósito de revisar su familia de origen, en esta sesión se pudo observar que tuvo "carencias" afectivas durante su infancia, las cuales relacionó con la dificultad de acercarse a su hijo y más aún de ser un padre afectuoso. Se reconoció como un padre preocupado por el bienestar de su hijo, pero sin saber de que manera demostrarlo. Después de esta sesión empezó a tener mayor acercamiento con su hijo (comían juntos,

comentaban algunas lecturas). En otra sesión en la que participaran ambos, el Sr. José le hizo saber a Oscar como se sentía con respecto a éste y lo difícil que le resultaba acercarse a su hijo, esta situación permitió a Oscar sentirse más tranquilo, lo que su vez le permitió hablar con su padre de su temor de que pudiera morir debido al cáncer que le habían detectado, manifestándole lo mucho que lo quería.

Ante los cambios de Oscar y el Sr. José, la Sra. Teresa, continuó con los reclamos y el chantaje a Oscar, situación que probablemente influyó en su negativa para continuar con los cambios y la terapia. Oscar manifestó que aún no se encontraba listo para "tantos" cambios, que necesitaba más tiempo.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE INTERVENCIÓN CON LA FAMILIA.

Esta familia se trabajó en el marco del modelo de soluciones, por lo que se puso especial interés en la exploración de las *soluciones efectivas* utilizadas por ellos para resolver sus conflictos cotidianos, centrando la atención en la manera como la familia se describió a sí misma.

Respetando el marco de este modelo, la familia fue quien propuso los objetivos de la terapia, considerando que poseen recursos para resolverlos. De igual manera se exploraron las situaciones en que no ocurre el problema (*excepciones*), intentando generar un cambio perceptivo y conductual.

Principales Estrategias:

Se **negoció un problema soluble**: "Mejorar la comunicación padre-hijo", promoviendo que se dirigieran el uno al otro de manera clara, directa y en muchos momentos sin la participación de la Sra. Teresa.

Se realizaron **preguntas** para evitar términos definitivos y **ofrecer sentido posibilidad**:

¿Qué será diferente en tu vida cuando logres comunicarte mejor con tu padre y logren llevarse mejor?, ¿Quién será el primero en notar que la comunicación entre ustedes ha mejorado?, ¿Cuándo empieces a ser más independiente, qué cosas crees que podrás hacer en familia, conservando tu independencia?

Considerando el modelo de soluciones, y con la idea de crear expectativas de cambio, se le dejó la **tarea de la primera sesión**, por lo que se le pidió a Oscar que observara qué cosas estaban pasando en su vida personal y familiar que le gustaría que continuaran pasando; se exploraron las **soluciones intentadas**. Se **normalizaron** aquellas situaciones en las que por ser pequeño Oscar (13 años) no contaba con los elementos para resolver problemas de manera diferente. Se hizo referencia a la enfermedad de su padre como un período transitorio, a efecto de que él pudiera observar que la **situación problemática podía desaparecer**. Se **connotó positivamente** a Oscar como una persona que dispone de todas las capacidades y recursos para resolver su problema.

Se realizaron **preguntas presuposicionales** y a futuro, para crear expectativa de cambio: ¿Cuando tus padres logren sentirse cómodos hablando entre sí, cómo será tu relación con cada uno de ellos?, ¿Cómo imaginas que vas a poder hacer ese espacio para tí independiente de tus padres?, ¿Quién será el primero en darse cuenta de que tú estas buscando un espacio personal.

Se **normalizó** el manejo de los afectos del Sr. José, diciéndole que debe ser muy difícil hacer algo que antes no se aprendió, reconociendo el esfuerzo que él estaba haciendo para demostrar a Oscar su afecto.

Se reforzó la idea de que los cambios se iniciaron, que el hecho de que ellos estuvieran preocupados por cambiar, hablaba de un pequeño cambio que puede llevar a otros cambios, incluso en otras áreas.

Evaluación del proceso terapéutico por la familia:

A petición de la familia y debido a la intervención quirúrgica del Sr. José el proceso se interrumpió. Sin embargo se hizo un cierre con Oscar, en el que manifestó que la terapia le había sido útil en tanto que le permitió sentirse un "poco" liberado del conflicto existente entre los padres, aunque tenía claro que había cosas pendientes con ambos, pero principalmente con su madre, como el hecho de que lo tratara como si fuera un niño, y continuara tomando decisiones que no le correspondían, incluso hasta en la relación con su padre.

Dejó en claro que en este momento no estaba preparado para hacer los cambios que lo llevarían a independizarse y que su mayor preocupación era apoyar a su padre en su operación y posteriormente en la recuperación.

Alcances y limitaciones del proceso:

Me parece que un logro del proceso terapéutico fue el acercamiento de Oscar con su padre, permitiéndole conocer un padre más cálido, entendiendo que la falta de muestras de afecto de éste hacia su hijo, no significaban que lo rechazara, sino que esto era un hecho que tenía que ver más con la historia de vida del padre, algo así como una "incapacidad aprendida". Asimismo, al tener acercamiento Oscar con su padre, logró disminuir la angustia ante la posibilidad de que éste muriera, sin haberle manifestado sus sentimientos y la importancia que tenía en su vida.

En cuanto a la comunicación, fue posible romper la barrera que existía entre padre e hijo, haciéndole saber a la Sra. Teresa, que Oscar también tenía derecho a relacionarse con su padre, sin que este hecho lo alejara de ella. En cambio no se logró cambiar el tipo de comunicación entre los padres, situación en la que se mostró en total desacuerdo la Sra. Teresa, quien con frecuencia descalificaba al Sr. José, ante su hijo, así como la asistencia de padre e hijo a la terapia. Por su parte el padre de Oscar, continuó inculcando a la madre de los conflictos familiares.

Aún cuando no era motivo de consulta, no se exploró el tipo de relación de pareja de Oscar, lo que hubiese resultado interesante, considerando el modelo de pareja de sus padres, así como las constantes demandas de atención de la madre.

Análisis del sistema terapéutico total.

Como parte del proceso de enseñanza-aprendizaje, durante la maestría se llevó a cabo la supervisión de los terapeutas en formación, cuyo propósito fue el de desarrollar habilidades, ampliar recursos personales tanto del terapeuta como del equipo, así como poner en práctica los conocimientos teóricos de los diferentes modelos.

El equipo terapéutico estuvo conformado por el supervisor, el terapeuta, el equipo y la familia, poniendo especial atención al contexto social. Este espacio permitió enriquecerme con las diferentes construcciones de mis compañeros, facilitándome el análisis y la reflexión teórica, metodológica y personal, logrando superar las dificultades que se me presentaron en diferentes momentos.

También fue posible conocer diferentes estilos de supervisión, entre los que destacan, aquellos en los que el supervisor logró incluirse en el sistema, formando parte del mismo. Los que se distinguieron por su capacidad para escuchar la multiplicidad de voces, haciendo de cada una de ellas una herramienta de trabajo. Y quienes mostraron sensibilidad ante la preocupación de las familias y la angustia natural de los terapeutas en formación.

En la mayoría de los casos la supervisión fue directa observando detrás del espejo, estableciendo comunicación con el terapeuta mediante un intercomunicador. En otras ocasiones se narró la sesión al supervisor apoyándonos en grabaciones en audio y vídeo.

Durante la maestría fue posible incluirse en diferentes grupos de supervisión, en algunos casos, los grupos se formaban de manera natural, es decir, teníamos la posibilidad de elegir tanto al supervisor como a los compañeros, en estos grupos el trabajo resultó más estimulante, la comunicación fluyó de manera más relajada e incluso más respetuosa, logrando la identificación de nuestras fortalezas y debilidades y haciendo de ellas importantes herramientas de trabajo. En estos grupos fue posible expresar diferentes ideologías, estilos de vida y valores, lo que sin duda se reflejó en el aprendizaje de los integrantes del equipo y por supuesto en el trabajo que hacíamos con la familia. A diferencia de

aquellos grupos formados aleatoriamente, en los que, en principio resultó difícil la integración del equipo terapéutico, poniendo de manifiesto falta de compromiso ante el equipo y la familia, lo que nos limitaba al compartir vivencias y conocimientos, situación que en la mayoría de los casos fue posible reflexionar y solucionar.

III Reporte de actividades de investigación

3.1 Escala de maltrato a los hombres.

Se diseñó una prueba, para medir maltrato hacia los hombres, por lo que primeramente se hizo una revisión detallada de bibliografía acerca del tema y escalas existentes que midieran dicho constructo; de esas escalas, se retomaron algunos aspectos de la propuesta de Rojas (1999), quien elaboró un instrumento para medir el maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja; ubicando aquellas dimensiones que eran pertinentes para los hombres.

De acuerdo con el instrumento, las dimensiones que se adaptaron al nuestro fueron las siguientes: verbal, culpa, abandono, celos-infidelidad, sexual.

Se realizó de manera conjunta una encuesta en la cual se preguntó a un grupo de 13 hombres que reunían las características de la población a la que se le aplicaría el instrumento (de nacionalidad mexicana, de entre 19 y 46 años de edad, con diversa profesión y estado civil), acerca de lo que ellos consideraban qué era ser maltratados psicológicamente.

Se consideraron las siguientes variables sociodemográficas para la selección de la muestra:

- 1) Edad:
- 2) Ocupación
- 3) Grado Máximo de estudios.
- 4) Estado civil.
- 5) Si ha tenido pareja o no.
- 6) Varones.

La validación se llevó a cabo de la siguiente manera:

PRIMERA ETAPA: Jueceo.

Los jueces fueron 9 psicólogos clínicos hombres, quienes indicaron si los reactivos pertenecían a la dimensión indicada y si medían el maltrato psicológico en varones (ver anexo1-a).

SEGUNDA ETAPA: Instrumento piloto.

El instrumento se diseñó para ser contestado por cualquier persona del sexo masculino, entre 16 y 60 años.

Para su validación se obtuvo una muestra dependiendo del número de reactivos validados por los jueces.

La técnica de muestreo utilizada fue: No probabilística, accidental, por cuota. Para realizar las cuotas se tomaron en cuenta las variables: edad y estado civil. Estado civil: Soltero (viudo, divorciado, separado), casado (unión libre)

Validación Interjueces: una vez elaborados los reactivos en función de las dimensiones definidas y sus indicadores, se procedió a realizar la validez de contenido a través del análisis de frecuencia por reactivo; mediante la emisión de dos valoraciones realizadas por parte de jueces legos. Quienes calificaron cada reactivo de manera dicotómica: si el reactivo pertenecía a la dimensión indicada se le dio un valor de 1, y si no de 0; considerando que sólo si el 70% de los jueces coincidían en que el reactivo pertenecía a la dimensión, éste era aceptado. Igualmente los jueces valoraron si el reactivo calificaba o no la dimensión a la que pertenecían (valores 1 y 0), considerando un porcentaje de 66% para validarlos.

Como resultado de este procedimiento, de 166 reactivos elaborados, se validaron un total de 83; que constituyeron el instrumento final.

En el proceso de validación, la dimensión de abandono fue eliminada, ya que sólo quedaron dos reactivos; por lo que consideramos que ese número de reactivos no era representativo para mantener dicha dimensión y por ende, no fueron considerados en los 83 reactivos que conformaron el instrumento final (ver anexo 1-b).

Después de aplicar el instrumento piloto, el análisis estadístico que se realizó fue: un análisis de frecuencias, para determinar si los reactivos se encontraban

sesgados. Posteriormente se aplicó una *t* de student para determinar el poder discriminante de los reactivos. Se obtuvo el Alfa de Cronbach, general y por dimensiones. Las dimensiones que conformaron el factor final, obtuvieron un Alfa de Cronbach de por lo menos 0.80; para así obtener la confiabilidad de consistencia interna, y la Validez de Construcción se obtuvo por medio de los jueces.

El determinar la Confiabilidad de Consistencia Interna, permitió observar el comportamiento del instrumento a su interior es decir, la estructura interna del mismo. Con este tipo de confiabilidad se establece el grado o nivel de consistencia interna de los reactivos que lo constituyen; delimitando si se portan igual o no en cuanto a la forma en que varían entre ellos mismos. La lógica subyacente señala que si se portan igual unos a otros, miden lo mismo, de la misma manera.

La Validez de Construcción, se utiliza generalmente cuando no existe criterio externo claro y evidente (que no se preste a confusiones) en la interpretación. Se entiende por concepto el atributo que postulamos para los individuos y que habrá de reflejarse a través del rendimiento obtenido en una prueba. La validez del concepto propone una validación indirecta y suele emplearse en problemas como la influencia de connotaciones biopsicosociales y culturales en la aplicación de un instrumento de medición.

3.2. Anteproyecto de Investigación en coterapia.

Con el propósito de realizar este anteproyecto de investigación, se partió del punto de relación entre teoría, metodología y la operación técnica (Galindo Cáceres, 1998), considerando entre otras cosas el ejercicio reflexivo, así como de la auto-observación constante. Mediante este proceso reflexivo de auto-observación, los investigadores (coterapeutas) forman parte de lo observado (cibernética de segundo orden), por lo que la interacción de nosotros mismos, con nosotros mismos y de nosotros con los otros, brinda un importante aprendizaje, al tiempo que modifica, el sistema terapéutico, de forma tal, que en cada momento somos diferentes, a quienes éramos en un momento anterior. Los objetivos fueron: Identificar los procesos internos y externos que conforman el trabajo coterapéutico. Establecer elementos que enriquecen la formación del terapeuta familiar, a partir de la observación de la coterapia detrás del espejo (anexo2).

El procedimiento sugerido fue el siguiente:

- ❖ Trabajo con tres familias, asistentes al Centro de Servicios Psicológicos, "Guillermo Dávila", de la Facultad de Psicología, UNAM.

- ❖ Sesiones atendidas en coterapia y grabadas en todos los casos, previa autorización de los participantes, lo cual forma parte del encuadre que establece el centro.

- ❖ Realización entre 5 y 10 sesiones con cada una de las familias, divididas de la siguiente manera:

Pre-sesión, en la cual los terapeutas mantendrán un diálogo (mismo que será gravado), respecto a los sentimientos que experimenten en ese momento como

personas, consigo mismo y con respecto a el/la otro, se planteaan hipótesis respecto a la familia, se analizan las resonancias de los terapeutas.

Sesión, en este momento se abordarán las demandas de la familia. Cada terapeuta observará y reflexionará sobre las líneas de trabajo que estan siguiendo de manera individual y como coterapeutas, los acuerdos y desacuerdos, los sentimientos generados de estos, así como de la familia. Antes de ir a la pausa se ofrecerá a la familia un diálogo entre los coterapeutas a manera de equipo reflexivo.

Pausa, en este momento se abordará la manera como se sintieron los terapeutas en la sesión y como sintieron a la familia y se acordará la pertinencia o no de un comentario o mensaje final.

Post-sesión, nuevamente se llevará a cabo un diálogo entre los coterapeutas (grabado), en el cual se revisará el contenido y proceso de la sesión, así como las resonancias generadas en cada uno. Estableciendo líneas de trabajo para la siguiente sesión.

En algunas de las sesiones se contará con un equipo de discusión, formado por alumnos egresados de la Maestría de Terapia Familiar (UNAM), quienes observarán detrás del espejo la sesión, y analizarán el proceso terapéutico, así como la relación de los coterapeutas durante la misma.

En otras sesiones se contará con la participación de alumnos en proceso de formación, de la Maestría de Terapia Familiar (UNAM), quienes observarán detrás del espejo la sesión, y analizarán el proceso terapéutico y la relación de los coterapeutas durante la sesión, mediante un cuestionario elaborado para este fin.

Por otra parte se solicitará a Terapeutas Familiares (supervisores), su análisis y reflexión sobre el trabajo realizado en coterapia, para lo cual se les entregará una sesión video-grabada. Posteriormente se entrevistará a los supervisores, entrevista que será grabada.

Operación técnica

Historias de vida, se revisarán las familias de origen de cada uno de los coterapeutas, así como la **historia** de la diáda coterapéutica.

Grupos de discusión, se invitará a alumnos egresados de la Maestría de Terapia Familiar (UNAM), quienes observarán detrás del espejo la sesión, solicitándoles analicen y discutan el proceso terapéutico, así como la relación de los coterapeutas.

Entrevistas semiestructuradas, dirigidas a Terapeutas Familiares (supervisores), para análisis y reflexión sobre el trabajo realizado en coterapia, de una sesión video-grabada.

Cuestionario (escrito), para alumnos egresados de la Maestría de Terapia Familiar, quienes observarán las sesiones detrás del espejo.

IV Productos tecnológicos.

4.1 Traducción del inglés al español del Manual de Terapia Breve de Pareja desarrollado por Gary Shulters, Bell O'Hanlon y Stephanie O'Hanlon.

Con base en la terapia breve de William O'Hanlon, traduje el Manual de Terapia breve de pareja. El cual considera aquellas situaciones en las cuales las parejas atraviesan por situaciones difíciles, haciéndose necesario realizar cambios rápidos, por lo que la función del terapeuta es introducir dichos cambios. El objetivo es alentar un espíritu de experimentación, promover participación activa de la pareja en la terapia, evocar recursos, así como incrementar la búsqueda de soluciones.

El interrogatorio es una parte fundamental, permitiéndonos conocer *¿Qué aprendió el cliente?* De acuerdo con este modelo la retroalimentación que brinde el terapeuta, se considera el material más importante para el tratamiento.

4.2 Genogramas

Como parte del desarrollo de Productos Tecnológicos, elaboré una presentación a manera de manual, para la elaboración de genogramas, con base en el libro de Mc Goldrick, M.; Gerson. En terapia familiar los genogramas son una herramienta muy útil, aún cuando hay quienes prefieren no hacer uso de ellos.

Como sabemos, los genogramas presentan información en forma gráfica, ofreciendo una rápida visión de las normas familiares, son una fuente de hipótesis de cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar. Con frecuencia se cuestiona si existe un acuerdo sobre la manera correcta de realizar un genograma, la respuesta es que no existe una forma única o correcta.

Los genogramas pueden ayudar a los miembros de una familia a verse a sí mismos de una manera distinta, además de que permiten evaluar previas transiciones de ciclos vitales, incluso se puede situar las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia, por lo que se recomienda incluir por lo menos tres generaciones.

V Consideraciones éticas como resultado de la práctica profesional

Al reflexionar acerca de los aspectos éticos que se desprenden de la práctica terapéutica, lo hacemos a partir de nuestra experiencia de vida y juicios morales, por lo que se hace necesario incorporar diversas voces y maneras de entender el mundo, así como de estar dispuesto a escuchar y comprender otros valores y constructos.

El desarrollo de valores y actitudes de respeto en la persona del terapeuta, debe ser un compromiso personal y profesional. Probablemente una postura que promueve dicha actitud de respeto sea la revisión de la historia personal del terapeuta, entendida ésta como aquellos sucesos organizados los cuales tienen un valor en relación con acuerdos presentes acerca de valores, actitudes, objetivos y constructos, mismos que se comparten con la familia y la sociedad; los cuales al estar presentes todo el tiempo en el proceso terapéutico, pueden significar un recurso o un obstáculo en el desarrollo del mismo. Al identificar los recursos y limitaciones con los que contamos con cada una de las familias, determinaremos si estamos en condiciones de atender a la familia o si bien es pertinente canalizarla.

Otro aspecto que merece especial atención es el establecimiento de objetivos terapéuticos, momento en el que corre el riesgo de plantear una relación de poder, ubicando al terapeuta en una jerarquía superior, omnipotente, o en el mejor de los casos una relación igualitaria de humildad y eficacia, propiciando un aprendizaje mutuo, haciendo el planteamiento desde sí mismo, generando la responsabilidad de elegir aquello que es bueno para la vida de cada persona. Cabe mencionar que en este marco no se generarán falsas expectativas en los consultantes, por lo que se tiene la responsabilidad de apoyar a la familia para que el planteamiento de los mismos sean más realistas y alcanzables.

Vale la pena reflexionar acerca de la confidencialidad, ¿hasta dónde se trata de un manejo confidencial? ¿En qué momento nos hacemos cómplices de una situación en la que puede afectarse a un tercero?. Ejemplo de ello es la violencia familiar, por un lado se refiere a la familia que el trabajo que se desarrolla dentro

del consultorio es absolutamente confidencial, pero por otro, estaríamos incurriendo en complicidad al no denunciar o por lo menos frenar situaciones violentas al interior del núcleo familiar. Por lo que será muy útil analizar las consecuencias e implicaciones de guardar un secreto familiar antes de iniciar la terapia, así como las implicaciones que puede tener esto para la familia, enfatizar la responsabilidad de los padres de proteger a su familia, aclarar nuestra posición como terapeutas al respecto, así como resaltar la posición del terapeuta de respeto tanto a su trabajo como a la familia en cuestión.

En cuanto a la supervisión de casos, ésta debiera ser una constante sobre todo en terapeutas en formación, así como en los recién egresados, con lo que se pretende tener mirada del trabajo realizado, en lo referente a proceso, contenido relacional y resonancias, tanto del terapeuta como del supervisor.

Finalmente ¿En qué momento se deben generar los cambios?, ¿Quién determina dichos cambios? En esta situación resulta muy útil evaluar los peligros así como las ventajas generados del cambio, tanto en el sistema familiar como en subsistemas y macrosistemas relacionados. Habrá que considerar además los tiempos de cambio de la familia, de acuerdo con el ciclo vital, dinámica etc., así como sus posibilidades de cambio, los cuales estarán muy relacionados con la agenda secreta del terapeuta.

VI Resumen de habilidades y competencias profesionales desarrolladas.

La maestría en Terapia Familiar, me habilitó en el abordaje de los problemas clínicos desde la perspectiva sistémica, es decir entre el individuo y los sistemas sociales, de acuerdo con los diferentes modelos que enmarca este enfoque. Para lo cual fue necesario adquirir conocimientos históricos, epistemológicos así como aspectos teórico-conceptuales, complementados con práctica supervisada. A partir del primer semestre fue posible participar en el trabajo clínico en vivo de los supervisores, a manera de modelaje, lo que me permitió desarrollar la capacidad de observación del proceso terapéutico, e identificar los diferentes problemas presentados por las familias, así como desarrollar un importante sentido ético y compromiso social, primero como persona y después como terapeuta en formación.

Fue durante el segundo semestre, cuando tuve la oportunidad de trabajar como terapeuta, con supervisión detrás del espejo; en este momento el objetivo fue aplicar los aspectos generales de la entrevista psicológica, desde el marco de la Terapia Estructural, apoyándome en la Guía Mac Master y la elaboración de Genogramas. La lectura de los roles, así como el descubrimiento de las alianzas y coaliciones en la familia, el enganche y el establecimiento de la alianza terapéutica constituían la parte central de la entrevista, para después establecer un contacto terapéutico y definir en colaboración con los clientes el motivo de la consulta.

Entender que las personas presentan solo dificultades y no patologías. Que el pasado no es relevante solo en la medida en que se exprese en una situación presente, utilizar la postura del paciente, esto es, su lenguaje, sistema de valores, actitudes ante el problema. La utilización del lenguaje condicional a efecto de confirmar la responsabilidad del cliente y como desarrollo de la capacidad de maniobra del terapeuta. El evitar la confrontación con el cliente, buscando una posición "inferior", para estar en posibilidad de intervenir en cualquier momento y establecer metas terapéuticas concretas, eligiendo un

cambio mínimo, definido en términos conductuales, fueron algunas de las habilidades desarrolladas durante la aplicación del Modelo de Terapia Breve del MRI.

Al revisar el Modelo Estratégico, fue necesario aprender la manera en que en la familia se establecen los niveles jerárquicos, para detectar el ordenamiento jerárquico incongruente de ésta, e impedir coaliciones permanentes. Así como determinar las razones por las que la familia elige un síntoma. Evaluar las secuencias que mantienen el problema, a quien protege el "portador del síntoma", y de que manera.

Para el Modelo de Milán, descubrir y romper con los "juegos sucios" en los que está involucrada toda la familia, mediante de la intervención paradójica, incluyendo la connotación positiva y la prescripción del síntoma. Entender el síntoma como una manera de mantener el equilibrio familiar y de explicar las relaciones que han existido en el pasado y el presente, siendo importante contextualizarlo. La utilización del verbo "ser", por el verbo "parecer".

A diferencia de otros modelos, en éste se hizo necesario poner en práctica la elaboración de diversas hipótesis, a manera de guía, como actividad constante dentro de la sesión; además de intentar mantener una postura de neutralidad, permaneciendo a distancia y enfocándose más a la técnica; la aplicación del interrogatorio circular, habilidad desarrollada para incluir en la investigación todos los elementos que la familia. El rompimiento de reglas rígidas o mitos familiares, y pretender que las personas hagan cosas diferentes, prescribiendo secuencias estructuradas de conductas, e introduciendo nuevas reglas, mediante las prescripciones paradójicas y ritualizadas.

Al trabajar el Modelo de Terapia Orientada a las Soluciones, se hizo necesario evaluar más que el problema, los intentos de solución, las excepciones al mismo, la utilización del lenguaje del cliente, así como la utilización de las fuerzas o recursos de éste. El entender que no hay una sola forma para resolver un problema, sino que hay diferentes puntos de vista igualmente válidos. Este modelo me permitió hacer un cambio en la forma de ver los problemas,

encontrado en cada uno de ellos una o varias posibles soluciones, es decir haciendo soluble el problema.

Abandonar el lugar de experto en la terapia, partiendo del “no saber”, resultó un gran reto, ya que hasta este momento el entrenamiento estuvo encaminado a dotarnos de “herramientas”, como quien abre su maletín y saca las pinzas correctas para reparar algo. Con el Modelo de Terapias Colaborativas y Conversacionales, fue necesario crear un ambiente de honestidad, haciendo sentir a la familia parte del equipo, por lo que había que desarrollar empatía con la familia, poniéndolos en el lugar de expertos.

Al trabajar con la Terapia Narrativa y el Equipo Reflexivo, desarrollé la capacidad de separar a la gente de las historias opresivas, ampliando contextos, y prestando especial atención no solo a lo que dice, sino al lenguaje, la raza, la religión etc. Deconstruir, co-construir, descubrir los logros aislados e incluir una historia alternativa a través de las preguntas reflexivas.

Al llevar a cabo el trabajo anterior, se hizo necesario implementar un análisis a efecto de determinar la viabilidad de los diferentes modelos teóricos, de acuerdo con cada una de las familias atendidas, identificando las especificidad y aplicación clínica según los diversos contextos.

Durante la maestría desarrollé dos investigaciones, una de corte cuantitativo titulada “Escala de maltrato a los hombres” y la otra de corte cualitativo titulada “Protocolo del trabajo en coterapia” lo que me permitió adquirir las habilidades inherentes a las mismas.

VII Incidencia de la Terapia Familiar en el campo Psicosocial

La demanda de atención psicológica en los últimos años se ha incrementado, concretamente el terapeuta familiar ha ampliado su campo de acción, pasando del trabajo con familias, a la red social, las comunidades y las organizaciones e incluso en el trabajo sistémico individual.

Este incremento en la demanda responde a la realidad socio-económica y de violencia en nuestro país, que sin duda crea condiciones de marginación y exclusión de niños, niñas y adolescentes, impulsando a familias a diseñar nuevas estrategias para su subsistencia. Los efectos causados por la globalización, las políticas de ajuste estructural, la carencia de políticas sociales y de salud básicas, la vigencia de una cultura patriarcal; y el desconocimiento y violación de los derechos humanos, han creado las condiciones para que en torno a las relaciones de poder socialmente establecidas, se estructure, expanda e ignore la violencia, la desintegración familiar, el preocupante incremento de tasas de suicidio, de adicciones, de personas infectadas por el VIH, así como de la explotación sexual comercial.

Se estima que en México 2 mil mujeres se dedican al comercio sexual (de las que por lo menos el 10% son menores de 18 años) y que alrededor de 5 mil menores de edad son sujetos de explotación sexual. El 86 por ciento de las niñas y niños en situación de calle abandona sus hogares por agresiones y abusos sexuales, situación que les hace vulnerables a embarazos no deseados y a la prostitución (INEGI, 2003).

Por otra parte los índices de violencia en México aumentaron más de 50 por ciento en los últimos años, siendo las mujeres y los niños las principales víctimas, de acuerdo con información del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), y con una encuesta realizada en 1995, por la Asociación Mexicana Contra la Violencia hacia las Mujeres, A. C. (COVAC), en la que se muestra que los niños (61.2%) son identificados como los miembros de la familia que pueden sufrir con mayor frecuencia maltrato físico o mental, seguido por las madres (20.9%) y las demás mujeres de la familia (9.7%). La Organización de las Naciones Unidas (ONU), por otra parte, reporta la

persistencia del problema, en México, señala, que no menos de 30 por ciento de las mujeres sufren algún tipo de violencia (física, psicológica, sexual, económica, de género, y laboral, principalmente). Por su parte, Alicia Leal (Programa Salud y Mujer de la Secretaría de Salud), manifiesta que esta violencia aumenta hasta en un 75 por ciento cuando las víctimas buscan romper con este círculo, poniendo en riesgo su integridad física.

En cuanto a la violencia basada en el género, ésta afecta el bienestar de la mujer y tiene consecuencias particularmente dañinas para su salud sexual y reproductiva, inclusive su capacidad de prevenir el embarazo no deseado y de protegerse contra las infecciones de transmisión sexual. Por consiguiente, no se puede subestimar el papel que el sector salud ha de jugar en combatir la violencia basada en género.

Siendo la expresión más dramática de violencia en contra de las mujeres en nuestro país, la manifestada en Chihuahua (las muertas de Juárez) desde 1993, con más de 370 mujeres asesinadas, de las cuales al menos 137 presentan violencia sexual. Se estima que 70 por ciento de éstos son cometidos por sus parejas o ex parejas, y sólo 30 por ciento corresponderían a homicidios seriales (Red Nacional de Refugios).

Como respuesta a la violencia y buscando equidad de género, se han establecido diversas organizaciones no gubernamentales (Coriac), con la idea de reflexionar sobre los conceptos vigentes de masculinidad, que empobrecen las vidas de los hombres y resultan opresivos para las mujeres, con el propósito de dar pasos teóricos hacia un nuevo paradigma, y "apoyarlos, al mismo tiempo que hacerlos responsables de sus acciones, permitiéndoles encontrar salida a la espiral de violencia en la que están inmersos y, de paso, buscar nuevas formas de relación doméstica".

En la actualidad existen 14 refugios en el país para mujeres maltratadas y sus hijas e hijos, cuyo objetivo es, entre otros, evitar consecuencias irreversibles en la salud de las mujeres violentadas, como discapacidades, trastornos mentales, abortos y embarazos no deseados, e implementar una cultura de paz en los hogares (Instituto de la Mujer SA).

Además de la violencia, nuestro país enfrenta otros problemas derivados de la marginación, la ignorancia y el acceso limitado a los servicios de salud y la pobreza, considerándose que 60% de la población se encuentra en la miseria. Tal es el caso del SIDA, ya que hasta mayo de 1998 se reportaron 35,496 casos (SSA/DGE, 1998), ocupando el tercer lugar en el mundo. El 85% de los casos la infección se dió por vía sexual, siendo los hombres homosexuales los más afectados. La mayor incidencia por edad de casos de SIDA va de los 20 a los 39 años. La mortalidad por SIDA en hombres entre 24 y 35 años, representa una seria preocupación, pues se desplaza rápidamente hacia los primeros lugares. Del total de casos reportados (35,496), 7,830 (33.5%) son homosexuales; 5,387 (23.1%) bisexuales y 6,986 (29.9%) heterosexuales, de los cuales 5,295 son hombres y 1,691 mujeres. Sin embargo la epidemia presenta un patrón cada vez más heterosexual, es decir, de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres trasfundidas a ser un padecimiento de transmisión heterosexual (CONASIDA, 1998).

La ruptura de los vínculos familiares es otra variable que aqueja nuestro país, situación que ve acentuada por los diferentes problemas sociales, políticos y económicos, que ponen a prueba la interacción social y la salud mental de las personas. En México uno de cada 13 matrimonios termina en divorcio; en el distrito Federal el promedio es uno por cada ocho, y se calcula extraoficialmente que hay cuatro separaciones sin legalizar entre las parejas que no están casadas civilmente, lo cual da como resultado 261 mil parejas separadas o divorciadas al año, de acuerdo con la UNAM (Escuela de Trabajo Social), el INEGI reportó que durante el año 2000 se registraron 52 mil divorcios.

Por otra parte la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reporta que otro de los graves problemas que aqueja al país es el incremento de las pandillas juveniles, que fácilmente incurren en delitos menores como el robo, e incluso crímenes mayores como el asesinato o la violación sexual.

La drogadicción, el alcoholismo, la depresión y la ansiedad, los conflictos familiares, y el fracaso escolar, se consideran factores que pueden llevar a las personas al suicidio. En México la tasa anual de suicidio es de 5.7 por ciento y

en el grupo poblacional de 15 a 24 años ese problema ocupa ya la cuarta causa de muerte, por lo que de no tomarse medidas preventivas, para el año 2020 los casos aumentarán en este sector de la población.

De acuerdo con un estudio realizado por Emilia Lucio y Quetzalcóatl Hernández (UNAM) señalan que la prevalencia de la idea suicida entre los jóvenes está en el rango de 1 a 40 por ciento y la del intento suicida varía de 3 a 8.3 por ciento.

Se identifica al grupo poblacional de 15 a 24 años residentes de zonas urbanas en México como el de mayor riesgo suicida (Rosovsky, Gómez y Gutiérrez, 1996; Mondragón, Borges y Gutiérrez 2001). No hay diferencias por sexo, pero sí en cuanto al tipo de conducta suicida, ya sea idea o intento, aunque generalmente ambos pueden ocurrir más en las mujeres, pero la muerte por suicidio se presenta más entre los hombres. Como causa de mortalidad, el suicidio entre adolescentes ocupa el cuarto sitio y para mayores de 60 años el sexto lugar a nivel nacional. Se observa que, asociado a este problema, está el alto índice de alcoholismo y adicción a otras sustancias.

Es importante considerar que en la familia se reproducen, distintas normas y comportamientos sociales, se observan las pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, problemas y conflictos, y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, con relaciones de poder y dominación entre generaciones y géneros, entre otros aspectos.

El incremento de casos de violencia, desintegración familiar, SIDA, suicidio, alcoholismo, analfabetismo, reprobación y deserción escolar, accidentes en el trabajo, discriminación en el trabajo, delincuencia, violaciones, entre otros, obligan a los terapeutas y profesionistas de la salud a abordarlos ya sean en instituciones públicas o privadas, siendo capaces de proponer alternativas de solución efectivas.

VIII Discusión del impacto y resultados obtenidos en el trabajo terapéutico.

Durante la Residencia atendí 6 familias, de las cuales 4 concluyeron el proceso de acuerdo con los objetivos establecidos, lo que de alguna manera se traduce como un “trabajo exitoso”. En tanto que 2 familias abandonaron la terapia, en uno de los casos motivado por cambio de residencia; y en el otro por el proceso mismo, en el cual el consultante decidió no llevar a cabo cambios, al menos en ese momento.

Es importante mencionar que en todos los casos se contó con el apoyo de un supervisor experto y el equipo detrás del espejo. La experiencia de este trabajo varió de acuerdo con el modelo en cuestión, el supervisor asignado, así como de los diferentes integrantes del equipo detrás del espejo; por lo que en aquellos equipos en los que la selección se llevó “naturalmente”, la discusión resultó más generosa y provechosa para las familias, así como para los integrantes del equipo, incidiendo en adquisición de competencias teóricas y técnicas de los modelos, en los procedimientos y habilidades terapéuticas, incrementando la experiencia clínica. De la misma manera, cuando el supervisor fue elegido por los terapeutas en formación, se pudo observar un trabajo circular, reflexivo y sobre todo se generó un ambiente de respeto.

A diferencia de lo anterior, aquellos equipos en los cuales la participación era “forzada”, se observaron conflictos al interior de éste, rompiéndose la homeostasis, obstaculizado el proceso terapéutico, e incluso provocando rechazo de la familia hacia el equipo.

En muchas ocasiones se generó discusión en trono a los modelos utilizados con las diferentes familias, ¿por qué utilizar uno y no otro?, reforzando la idea de que hay diferentes formas de aproximarse a la realidad, que no hay una sola realidad, por lo tanto “diferentes formas de mirar el mundo”.

IX Reflexión y análisis de la experiencia: Implicaciones de la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.

El desarrollar trabajo terapéutico con familias, entre otras cosas, propició en mi persona, un importante grado de ***estimulación intelectual***, como resultado de largas horas de interacción íntima e intensa con mis compañeros y supervisores, así como de las diferentes miradas para abordar un mismo problema. Las vivencias expuestas por los pacientes, alimentaron mi experiencia de vida y continuamente cambiaron mi manera de ver el mundo.

Una de las motivaciones por la que decidí formarme como terapeuta, deriva del ***desarrollo y satisfacción emocional*** que esta actividad genera. Durante el periodo de mi formación como terapeuta, pude observar incremento en mi autoconfianza, en mi capacidad reflexiva, así como el desarrollo de una sensibilidad para mi propia vida, y la de los otros, al generar cambios en las familias. Descubrí la satisfacción emocional que ofrece la relación con las familias en un ambiente íntimo, en el que comparten sus emociones, lo que indudablemente me ha enriquecido en lo personal y profesional.

Con frecuencia pude observar el carácter curativo que ofrece la ***escucha atenta*** y respetuosa, desarrollando cierta ***curiosidad*** por tratar de ver más allá de lo que es tangible para la mayoría de las personas, en un ambiente de confianza, creado principalmente por cierta empatía, comprensión y respeto.

El entender que gran parte de la motivación para estudiar Terapia Familiar, se gestó en mi ***familia de origen***, me llevó a realizar una detallada revisión de las relaciones familiares, pautas de interacción, roles familiares, necesidades emocionales en la infancia temprana, alianzas y coaliciones etc., lo que indudablemente ahora se ha convertido en valiosos recursos.

Sin embargo necesité de mucho tiempo para desarrollar estos sentimientos, atravesando por momentos de ***desesperanza*** y ***falta de control*** sobre las competencias, esto como resultado de periodos de ansiedad propios de la formación; siendo necesario apoyarme en la ***revisión personal en terapia***, así como en el trabajo en grupos de ***supervisión***, para disminuir el estrés. El vivir un

proceso terapéutico personal, aumentó mi comprensión de la posición del paciente en la relación terapéutica y también la empatía por él. Por otra parte la terapia personal funcionó como modelo de diversas técnicas e intervenciones llevadas a cabo por un terapeuta experimentado.

Con frecuencia se comenta que la actividad del terapeuta es un trabajo solitario, situación que de acuerdo con mi experiencia resultó provechosa en tanto que me permitió cercanía e intimidad con la familia. Por otra parte en muchas ocasiones, cuando se trabajó sin el equipo detrás del espejo, se hizo necesario traer diferentes "voces" (de mis compañeros y supervisores), haciendo las veces de equipo de apoyo.

En cierto sentido mi decisión de ser terapeuta, refleja un compromiso que va más allá de cuestiones teóricas y técnicas profesionales, implica ***desarrollo personal***

BIBLIOGRAFÍA

- Andersen, T. (1994). **El equipo reflexivo: diálogos y diálogos sobre diálogos.** Barcelona, España. Gedisa.
- Andersen, T. (1995). **El lenguaje no es inocente.** Psicoterapia y Familia, 8 No.1,3,7.
- Bateson, G. (1976). **Pasos para una ecología de la mente.** Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohl.
- Bateson, G. (1979). **Mente y Naturaleza.** Nueva York, Bantam Books.
- Bertalanffy, L. (1976). **Teoría General de los Sistemas.** México, Fondo de Cultura Económica.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. & Penn, P. (1989). **Terapia Familiar Sistémica de Milán. Diálogos sobre teoría y práctica.** Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Brockman J., Bateson, G. (1977). **About Bateson.** U.S.A., John Brockman Associates, Inc.
- De Shazer, S. (1987). **Pautas de Terapia familiar Breve.** Barcelona, España. Paidós.
- De Shazer, S. (1985). **Claves para la solución en terapia breve.** Barcelona, España. Paidós.
- Fisch, R.; Weakland, J y Segal, L. (1994) **La táctica del cambio.** Barcelona, España . Herder.
- Glassersfeld von, E. (1989), El constructivismo Radical;-Dos Perspectivas. **Psicoterapia y Familia**, 2 (2), 36-40.

Glassersfeld von, E. (1981), Introducción al constructivismo radical. En P. Watzlawick (Ed.). **La realidad inventada.** ¿cómo sabemos lo que creemos saber? (pp.20-37. Barcelona: Gedisa. 1994.

Guerin,P.J. (1976). **Family Therapy: Theory and Practice.** New York, EE.UU.: Gardner Press, INC.

Gurman, A. Y Kniskern, D. (Ed.) **Handbook of family therapy** vol.(pp.41-61). New York,EE.UU.: Bruner/Mazel, Inc. Argentina

Haley,J. (1999). **Terapia no convencional!** Buenos Aires Argentina: Amorrortu.

Haley,J. (1993). **Terapia para resolver problemas.** Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.

Haley,J. (1993). **Terapia de Ordealia.** Buenos Aires, Argentina. Amorrortu.

Hoffman L. (1998). **Fundamentos de la terapia familiar,** México. Fondo de Cultura Económica.

Hoffman, L.: (1989). Una posición constructivista para la Terapia Familiar. **Psicoterapia y Familia,** 2 (2), 41-53.

Hudson, W. Y Weiner-Davis. (1993). **Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson.** Barcelona, España. Paidós.

Hudson, W. Y Weiner-Davis. (1990). **En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia.** Barcelona, España. Paidós.

Ibañez, G.T. (1990). Acercamiento a la Psicología Contemporánea. Las corrientes alternativas. En T.G. Ibañez (Ed.). **Aproximaciones a la Psicología Social** (pp. 203-232). Barcelona: Sendai. 1990.

Ibañez, G.T. (1994). Construccionismo y Psicología. En T.G. Ibañez (Ed.). **Psicología Construcccionista** (pp.259-279). México: "Universidad de Guadalajara. 1994.

Jackson, D. **El problema de la Homeostasis de la Familia**, D. D. Jackson, Comunicación, Familia y Matrimonio. Buenos Aires, Nueva Visión, 1977.

Maruyama, M. (1963). En B. Keeney. (1991), **Estética del cambio**. Barcelona: ed. Paidós.

Miller, J. G.: **Living Systems**. U.S.A., McGraw-Hill, Inc., 1978, ps. 14 y 15.

McNamee, S. y Gergen, K.J. (1996). **La Terapia como construcción social**. Barcelona. Ed. Paidós.

Madanes, C. (1993a). **Sexo, amor y violencia**. Barcelona, España: Paidós.

Madanes, C. (1993b) **Terapia Familiar Estratégica**. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Minuchin S., Fishman H. (1999) **Técnicas de Terapia Familiar**, Barcelona, España. Paidós.

Minuchin S.(1974). **Familias y Terapia Familiar**, España, Gedisa. 1998

Minuchin S.(1981). **Técnicas de Terapia Familiar**, México: Paidós. 1992

Nardone & Watzlawick, (1992) **El arte del cambio**, Barcelona, España. Herder.

Nichols, M.P. y Schwartz, R.C. (1995). **Family therapy: Concepts and methods**. Boston, EE.UU.: Allyn and Bacon

Ochoa I. (1995) **Enfoques de Terapia Familiar Sistémica**. Barcelona, España. Herder.

O'Hanlon, W. y Weiner-Davis, M. (1990). **En busca de soluciones. Un nuevo enfoque en Psicoterapia**. España: Ed. Paidós

Papp, P. (1983). **El Proceso de Cambio**. Argentina: Paidos. 1998

Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin, G & Prata, G. (1980) **Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Tree Guidelines for the Conductor of the Session**. Family Process. Vol.19. No.1

Selvini, Mateo. (1990). **Crónica de una investigación**. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli. Barcelona: Paidós. 1990.

Selvini, P.M.; Boscolo, L.; Cecchin, G.; Prata, G. (1978). **Paradoja y Contraparadoja**. Un nuevo modelo en la terapia de la familia de transacción esquizofrénica. México: Paidós. 1991.

Selvini, Mara; Cirillo, Stefano; Selvini, Matteo; Sorrentino Anna M. **Los juegos psicóticos en la familia**. Barcelona: Paidós.1990

Simon, F.B.; Stierlin, H.; Wynne,L.C. (1984). **Vocabulario de terapia Familiar**. Barcelona: Gedisa. 1993.

Sluzki, C.: **Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo"**, Sistemas familiares, vol 3, n* 2, 1987.

Varela, F. (1981). El círculo creativo. Esbozo historiconatural de la reflexividad. En

P. Watzlawick (ed.). **La realidad inventada**. ¿cómo sabemos lo que creemos saber? (pp.251-263). Barcelona: Gedisa. 1994.

Watzlawick, P., Beavin Babéelas, J. & Jackosn, D. (1995). **Teoría de la comunicación humana**. Herder, Barcelona.

Watzlawick, P. (1992). **El lenguaje del cambio**. Herder, Barcelona.

Watzlawick, P. Y Nardone, G. (2000). **Terapia breve estratégica: pasos hacia un cambio de percepción de la realidad**. Barcelona, España: Paidós.

Watzlawick, P., Weakland J. y Fisch, R. (1995). **Cambio: formación solución de problemas humanos** (novena edición). Barcelona, España: Herder.

White, M & Epston, D. (1989). **Medios narrativos para fines terapéuticos**:. Paidós.

White, M. (1989). **Guías para una terapia familiar sistémica**. España, Gedisa.

ANEXO1

ACTIVIDADES DE INVESTIGACION

*Título de la Investigación: **Elaboración de una prueba psicométrica, que evalúe el maltrato psicológico en los hombres.***

OBJETIVOS:

Elaborar una prueba psicométrica que mida el maltrato psicológico en los hombres.

JUSTIFICACIÓN:

Debido a que los estudios abordan el tema del maltrato psicológico en relación directa con el maltrato físico, maltrato al menor y la violencia intrafamiliar (Cervantes, 1999; Esparzar, Vega y Rojas, 1994; Parra, 1994); en aquellas personas que ya se encuentran inmersas en una conflictiva, y por ende, son identificadas como víctimas, pero que, aún no tienen la idea consciente de que no sólo se trata de una afectación física; sino que, su problemática involucra otros aspectos que no son percibidos fácilmente y que tal vez sean los que más daños están causando en su persona, y por ende, se dificulta la resolución de la misma.

Es importante considerar que en la mayor parte de las situaciones, alguien a quien se le da el calificativo de "víctima" o se autodenomina como tal, asume que está viviendo un tipo de violencia a partir de la intervención de algún especialista; ya sea éste penal, psicólogo, trabajadora social o médico.

De ahí, la importancia de la presente investigación, ya que, pretende indagar sobre el maltrato psicológico; es decir, si en el vivir cotidiano, una persona "normal" identifica que es el maltrato psicológico. Ya que, de acuerdo a Hirigoyen (1999), a lo largo de la vida, mantenemos relaciones que nos incitan a dar lo mejor de nosotros mismos, pero también mantenemos relaciones que nos desgastan y que pueden terminar por destrozarnos, es decir, mediante un proceso de acoso moral, o de maltrato psicológico un individuo puede conseguir hacer pedazos a otro. El ensañamiento puede conducir incluso a un verdadero asesinato psíquico, el cual, efectivamente por medio de palabras aparentemente insignificantes, de alusiones, de insinuaciones o de cosas que no se dicen, es posible desestabilizar a alguien o incluso, destruirlo, sin que su círculo de allegados llegue a intervenir.

Es importante considerar que es necesario identificar el maltrato psicológico, dentro de la población mexicana, ya que, aunado a lo expuesto por Hirigoyen (1999), otros autores como Walker (1984), consideran que el abuso psicológico incluye aislamiento, amenazas, degradación y administración de

drogas o alcohol. A su vez, la agresión psicológica conyugal se refiere a conductas verbales como insultos y conductas no verbales que no van dirigidas al cuerpo de la pareja. Pero por encima de todo, debe quedar claro que los términos físicos y psíquicos tienen sentido para determinar la forma de conducta expresada más que las consecuencias producidas, puesto que los actos físicamente agresivos producen daño tanto psicológico como físico.

En México no existen, estudios o escalas que evalúen la identificación del maltrato psicológico; ya que en su mayoría, son escalas que evalúan el evento como tal, además no están estandarizadas para población mexicana. Existe una escala diseñada para mexicanas, realizada por Rojas (1999); *elaboración de un instrumento para la medición del maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja*. Empleando una muestra de mujeres con una relación de pareja abusiva y un grupo de mujeres con una relación de pareja no abusiva.

Otras escalas existentes son: el Inventario de Maltrato Psicológico de las Mujeres (Tolman, 1989), en este inventario se realiza la medición del maltrato psicológico para personas que asistían a un programa de violencia doméstica. Se aplicaron dos versiones de la misma escala; una para hombres (maltratadores) y otra para mujeres (maltratadas) cambiando sólo los pronombres y la dirección. Raymond y Gillman (1989), realizaron una investigación con el propósito de evaluar la prevalencia, extensión y tipo de abuso psicológico en las relaciones de compromiso de mujeres solteras universitarias. Se utilizó una versión del cuestionario originalmente desarrollado por Raymond, Gillman y Donner; para mujeres casadas (1978) y revisado por Stein (1982). Murphy y O'Leary (1989) Cuestionario de Maltrato Psicológico: Malos tratos Conyugales a Mujeres; en el cual explican que al existir mayor número de reactivos con respuesta "sí", existe una progresión desde el abuso psicológico al físico.

Sin embargo, dado que no se enfocan al maltrato psicológico en el hombre, nos pareció necesario realizar una escala, que permitiera evaluar el éste tipo de maltrato. Ya que el maltrato psicológico en el hombre es percibido de manera diferente que en la mujer; en ésta se percibe como un maltrato más a nivel físico y además el daño a su integridad psicológica, mientras que en el hombre se percibe más como coartar su libertad de acción y minimizar su capacidad, laboral y sexual principalmente. El tener la posibilidad de contar con un instrumento de éste tipo, puede facilitar el tratamiento e identificación del motivo de consulta a nivel clínico.

MARCO TEÓRICO

Orígenes y teorías sobre el maltrato:

En el vivir cotidiano, el maltrato psicológico juega un papel trascendente, ya que la sociedad, cada día es testigo de ataques en uno u otro nivel, ya sea en la pareja, en la familia, en el campo laboral, en la vida política y social. Sin embargo, parece como si la sociedad no percibiera esta forma de violencia indirecta, teniendo como pretexto la tolerancia, que lleva a tomar una postura indulgente. Todo esto se refleja constantemente en la conflictiva presente en los niños de la calle, la violencia familiar, el abuso infantil y hacia la mujer; lo que día a día implica mayor dificultad para controlar y modificar todos aquellos aspectos que hacen que se incrementen las estadísticas, no sólo en México, sino en el mundo entero.

Algo relevante, es que toda esta información ya no se queda únicamente en el núcleo familiar, sino que ahora, grupos como los medios de comunicación, muestran abiertamente el panorama desfavorable que se vive. Sin embargo, poco es lo que se hace, es decir, los perjuicios que causa el maltrato psicológico no son expuestos como tales, ya que sólo se ven las consecuencias en un acto violento que si puede ser visto y por ende comprobado. Las diferentes formas de mostrar la situación que actualmente se vive, como sociedad o como individuo, llevan a entender que se trata de una serie de manipulaciones perversas o inadecuadas, sin embargo, en la vida cotidiana no se habla de que constantemente se puede estar viviendo esta perversidad; todo esto sin que la persona se de cuenta y por ende, la mayor de las veces no saber que lo que vive, es un maltrato psicológico, además de no comprender lo "dañino" y "trascendente" que puede ser en su vida.

De aquí, surge la inquietud de conocer más la dinámica del maltrato psicológico, además de, si éste se identifica o no en la sociedad mexicana. Debido a que no existe información o teorías que hablen sobre aquellas personas del sexo masculino, que son maltratadas y que no se asumen como víctimas, abordaremos el tema a partir de su contraparte, es decir, desde las teorías que nos dan las pautas de conocimiento sobre los orígenes del maltrato psicológico en mujeres, niños y grupos vulnerables.

Para entrar en el entendido del maltrato psicológico se puede partir, del clásico modelo de la causalidad lineal, donde la relación causa-efecto intenta explicar todo los fenómenos. Hablar de una modelo clásico, es hacer referencia a la teoría psicoanalítica clásica. Freud (cit. en Goldstein, 1978), dice que el hombre al nacer trae una carga de agresividad y que de alguna manera la verterá hacia el exterior en una forma directa o indirecta; si no la expresa regularmente se acumulará hasta llegar a un nivel peligrosamente alto, que puede llevar a una descarga excesiva y espontánea, y que es posible reducir la agresión por sustitución, al observar la violencia en otros, en un proceso llamado catarsis.

También podemos hablar, que el maltrato implica "la compulsión a la repetición", que está fundamentada en la aceptación de la existencia de un instinto de muerte, que al predominar netamente sobre el instinto de vida va cerrando los caminos del individuo y lo condena a un círculo vicioso. La relación es causa-efecto o sea que sigue un pensamiento lineal, donde hay victimarios y víctimas (Perel, 1988).

Otros autores, como Dollard y Miller (1951) dicen que la cantidad o frecuencia de la agresión va directamente relacionada con la intensidad de la frustración. Hilgard, Atkinson y Atkinson (1959, cit. en Rojas, 1999), señalan que "siempre y cuando el progreso de una persona hacia una meta deseada es obstaculizada, retrasada o en otra forma interferida, se dice que se ha frustrado". Dicen que este obstáculo puede ser externo o interno; externo porque está en el medio ambiente, interno porque los conflictos del individuo no le permiten desarrollar alguna actividad. La frustración puede estar dada por experiencias previas y por las características del individuo, así como las circunstancias en las cuales ocurra la frustración. Es importante mencionar que algunas personas soportan con mayor facilidad su frustración que otras, así que la hostilidad hacia los demás dependerá del grado de tolerancia a la frustración que se tiene.

Scott y Fredericson (1951, cit. en Esparza, 1994), postulan la teoría Multifactorial de la Agresión y la Violencia. Utilizan en vez de agresión, el término "conducta agonística", es decir, "conducta adaptable en una situación de conflicto entre dos o más miembros de la misma especie". En esta conducta se incluyen la lucha ofensiva, defensiva, la huida y la pasividad. A su vez, señalan que las causas de la conducta agresiva se debe a factores: genéticos, ecológicos, históricos, culturales y biológicos.

"Los factores genéticos no crean la violencia, sino que modifican las capacidades de un individuo"; haciéndolo más o menos propenso a tener una conducta violenta con otros individuos (Op. cit.).

En los factores ecológicos, mencionan que lo más importantes son los físicos y los biológicos, que contribuyen a la desorganización social, siendo estos la limitación del espacio y los desastres naturales.

En los factores fisiológicos, se encuentran los efectos de las hormonas sobre la organización del sistema nervioso; en el sistema emocional-motivacional descansa el sistema de conducta agonística. Las emociones subjetivas relacionadas más estrechamente con la conducta agonística y la violencia, son el temor y la ira. Los factores fisiológicos producen efectos importantes en la conducta agonística y la violencia destructiva.

Entre los factores sociales se encuentran la desorganización o disgregación social.

Factores de desarrollo: "Al crecer y desarrollarse, cada individuo es afectado por elementos que actúan en todos los niveles de organización:

genéticos, fisiológicos, sociales y ecológicos". Estos factores están relacionados entre sí como sistemas; no obstante "todo individuo aunque influido por los factores comunes a la población en que vive, resulta ser único como resultado de la interacción entre su propia constitución genética y las variantes de la experiencia" (Op. cit.).

Los factores culturales y biológicos son de naturaleza histórica y no están sujetos a repetición experimental. Las diferencias culturales son muy importantes porque pueden conservarse por medio de la comunicación, tanto hablada como escrita (Genovés y Passy, 1976).

Bandura (1974), sostiene en su Teoría del Aprendizaje Social que las respuestas agresivas se aprenden en forma muy semejante a los demás tipos de conducta social, se refuerzan con diversas formas de recompensa (entre ellas el elogio o la consecución de las metas deseadas) y son desencadenadas por determinados estímulos ambientales (insultos o contacto con modelos violentos). Siendo así que, *la respuesta agresiva por ser una conducta social adquirida, será susceptible de cambio o modificación y podría ser eliminada por completo de las interacciones*. En esta teoría, la imitación es un aspecto esencial del aprendizaje. Las señales sociales sirven como estímulos discriminativos y se refuerzan o no las respuestas del aprendiz según reproduzcan o no las del modelo (Baron, 1978; Bandura y Walters, 1971).

Díaz Guerrero (1994), menciona *que en una sociedad en la cual se considera desagradable la expresión de la cólera, la agresión y la violencia, éstas son duramente calificadas*. Igualmente, plantea el autor que las tradiciones, costumbres, valores y creencias que refuerzan la conducta agresiva dentro del ambiente familiar, están fuertemente arraigadas; por ejemplo el padre maltrata a la madre, y los niños aprenden que así debe ser. Por otro lado, los medios masivos de comunicación en la programación muestran violencia, en donde la agresión es permisible en el hombre y en la mujer es castigada; esto se debe a los roles sexuales establecidos y aprendidos. *Los hombres a diferencia de las mujeres aprenden con mayor frecuencia conductas agresivas, teniendo reforzamiento y reconocimiento del grupo social al que pertenecen, así pues las supuestas características del rol masculino son: ser valiente, agresivo, competitivo, poco expresivo y proveedor*.

También se observa que muchos hombres golpeadores provienen de familias donde la agresión era permitida y reforzada, teniendo como modelos padres golpeadores, así que, eligen como pareja a un modelo con suficiente arraigo a la tradición y costumbres como para permitir el maltrato. Por otra parte, la mujer asume su rol psicosexual establecido por la sociedad, viendo al maltrato como algo que ella merece o algo común en las parejas (Goldstein, 1978).

Existen pequeños actos perversos que son tan cotidianos que parecen normales. Empezan con una sencilla falta de respeto, con una mentira o con manipulación. Pero éstos llegan a ser insoportables cuando hay una afectación

directa hacia nuestra persona. Además, si el grupo social en el que aparecen no reacciona, estos actos se transforman progresivamente en verdaderas conductas que tienen graves consecuencias para la salud psicológica de las víctimas, quienes al no tener la seguridad que serán comprendidas, callan y sufren en silencio. Este tipo de destrucción moral existe desde siempre, tanto en las familias, en las que se mantiene oculto, como en diversos ámbitos en los cuales se desenvuelven los seres humanos.

En la mayoría de los casos, la persona que es víctima se mantiene aferrada a la relación, aún en contra de su bienestar físico y psíquico; los terapeutas, en la práctica clínica, son testigos de historias de vida en las que la realidad exterior no se distingue claramente de la realidad psíquica. De lo cual llama la atención, que los relatos son repetitivos, siendo así que, lo que cada cual creía singular, lo comparten de hecho muchas personas.

La violencia en la pareja, a menudo se niega o se le resta importancia, y se le reduce a una mera relación de dominación. Una de las simplificaciones psicoanalíticas consiste en hacer de la víctima el cómplice o incluso el responsable, haciendo que se niegue la influencia o el dominio que la paraliza y que le impide defenderse, y supone negar la violencia de los ataques y la gravedad de la repercusión psicológica del acoso que se ejerce sobre ella. Las agresiones son sutiles, no dejan un rastro tangible y los testigos tienden a interpretarlas como simples aspectos de una relación conflictiva o apasionada entre dos personas de carácter, cuando en realidad, constituye un intento violento, y a veces exitoso, de destrucción moral e incluso física (Hirigoyen, 1999).

La agresión emocional, puede ser fría y calculadora, así como, una acción instrumental ejecutada deliberadamente para lograr un fin distinto al de perjudicar a la víctima, pero también puede ser una reacción emocional gobernada principalmente por el deseo de herir a alguien. En cualquier tipo de agresión los atacantes pueden disponer de cierto tiempo para pensar cómo lograr las metas de su agresión, pero muchas veces reaccionan impulsivamente y pensando poco. Sus asaltos son propulsados en gran parte por la agitación emocional que hay dentro de ellos y son conducidos, en cierta medida y de forma casi automática, por las cualidades de los blancos disponibles.

La teoría de los sistemas, que incluye una metodología basada en la aceptación de la causalidad circular como método de estudio, nos muestra cómo "más de lo mismo" lleva a repetir pautas interaccionales en un círculo vicioso y cómo dentro de un sistema en el cual no hay retroalimentación positiva no es posible un cambio auténtico, y a lo sumo se puede llegar a un modelo gatopardista, es decir, "cambiar algo para que nada cambie". Sólo saliendo del círculo, o sea cambiando de modelo interaccional es posible instalar otro tipo de relación. Los participantes de un círculo vicioso violento, mediante la violencia lo perpetúan. Un ejemplo que sirve para entender cómo se produce la interacción entre las partes es el que describe la relación entre un sádico y un masoquista:

Masoquista: pégame.

Sádico: no quiero.

Masoquista: pégame.

Sádico: no quiero.

Siendo así que, estudiando el maltrato psicológico desde un modelo de interacción circular, vemos que dependiendo del ángulo de observación, tanto la víctima como el victimario juegan roles alternativos que perpetúan la interacción. La concepción lineal de víctimas y victimario no interesa, conviene más centrarse en la interacción generalizada (Watzlawick, P., 1997).

Marco Conceptual

Debido a la subjetividad del maltrato psicológico, existe cierta dificultad para definirlo, además podemos encontrar diferentes terminologías para referirse a éste, tales como: abuso emocional, acoso moral ó agresión emocional. A continuación, se exponen algunas definiciones de acuerdo a cada una de las terminologías empleadas.

Berkowitz (1996), concibe la agresión emocional, como la que es provocada por reacciones psicológicas y motoras intensas que se producen en el interior del individuo. La agitación interna es la instigación a la agresión (o a una inclinación agresiva) que empuja a intentar herir al blanco. Si la persona que comete el ataque está intensamente activada, incluso diría más dramáticamente, que una «furia», empuja al asalto físico y/o verbal.

Jeffrey y Goldstein (1978) definen la agresión, como una conducta cuya intención es producir un daño físico o psicológico a otra persona.

El abuso psicológico ha sido definido por Walker (1984) como el que incluye aislamiento, amenazas, degradación y administración de drogas o alcohol.

Para Gallo (1998), el maltrato psicológico se funda en una mortificación del ser y no en un daño del cuerpo como el maltrato físico. Se produce cuando un sujeto tiene el sentimiento de ser sistemáticamente desalojado de un lugar simbólico, que él supone le corresponde ocupar por derecho.

El maltrato emocional se define como la "hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles" (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar (Arruabarrena, 1994, p. 31).

De acuerdo a García (2001) el maltrato psicológico se caracteriza por el insulto, la descalificación y la humillación delante de los demás –como darle un

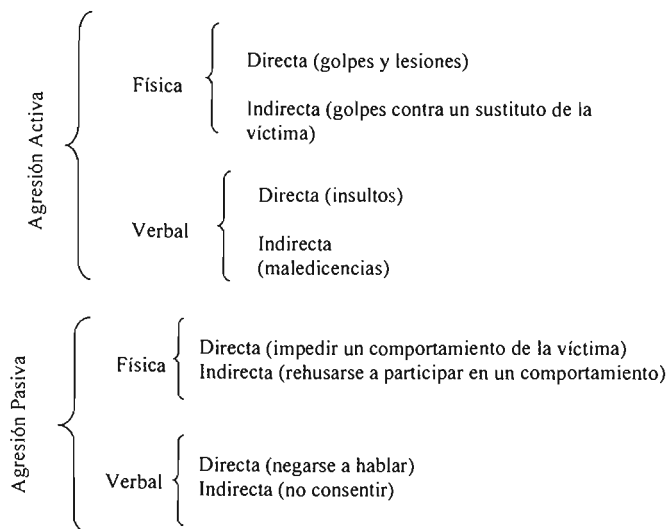
sobrenombre-, así como hacer notar los defectos y errores e impedir que se emitan opiniones. Se trata de un maltrato psicológico, porque dejará huella en la personalidad del infante y lesionará su autoestima. Sin ella, no tendrá la posibilidad de responder ante las dificultades que se le presenten, se sentirá disminuido, sin recursos ni habilidades para realizar alguna actividad o resolver una situación, pues su imagen se formará a través de lo que los padres le dicen.

Hirigoyen (1999) dice que, mediante un proceso de acoso moral o de maltrato psicológico un individuo puede conseguir hacer pedazos a otro. El ensañamiento puede conducir incluso a un verdadero asesinato psíquico, el cual, efectivamente por medio de palabras aparentemente insignificantes, de alusiones, de insinuaciones o de cosas que no se dicen, es posible desestabilizar a alguien o incluso, destruirlo, sin que su círculo de allegados llegue a intervenir.

Para otros autores, el maltrato psicológico consiste en actos de omisión o comisión, los cuales son juzgados en las bases de una combinación de estándares comunitarios y de expertos profesionales por ser psicológicamente dañinos. Tales actos son cometidos por individuos, solos o en grupo, quienes por sus características están en posición de poder diferenciar que hace un niño vulnerable. Tales actos dañan inmediata o finalmente la conducta, cognición, afectividad o funciones físicas del niño (Sander y Becker-Laussen, 1995; Engels et al. 1994).

Kandel (1997), considera que el abuso emocional se refiere generalmente a la degradación o humillación persistente en el niño; que, rutinariamente se le ha hecho sentir como tonto, feo, inútil, avergonzado, indigno de quererse o de ningún valor.

Buss (1961, cit. en Moser 1992) habla de dos dimensiones de la agresión, que a su vez define en ocho tipos.



Dada la importancia que lleva el ser víctima de maltrato psicológico, encontramos que en muchas investigaciones, se ha confirmado que el maltrato psicológico es más común y frecuente que otras formas de maltrato (Dutton y Starzomski, 1993; Russell y Hulson, 1992; Raymond y Gillman, 1989; Garriron, 1987; Hart y Brassard, 1987; Hornung, McCullough y Sugimoto, 1981; Straus, Gelles y Steinmentz, 1980). Otros estudios afirman que este tipo de abuso se encuentra en casi todos los casos de maltrato físico, aunque también puede ocurrir sólo o aislado, por lo que es importante desarrollar instrumentos cuyo objetivo sea su detección específica (Claussen y Crittenden, 1991).

En el maltrato infantil han sido investigados los distintos tipos de maltrato, siendo el estudio del abuso psicológico uno de los más nuevos en el campo (Brassard, Germain y Hart, 1987). Sin embargo, el maltrato infantil es un fenómeno que, se ha investigado más ampliamente de manera sistemática.

Dentro de las formas de medición del maltrato psicológico y los tipos de estudios que se han realizado, se encuentran: estudios en el campo del maltrato infantil (Claussen y Crittende, 1991; Baily y Baily, 1986); estudios retrospectivos (Hard y Brassard, 1990) o de autoreporte sobre el maltrato sufrido en la infancia con el objetivo de relacionarlo con características de la vida adulta actual (Briere y Runtz, 1990). Así mismo, existen algunas mediciones del maltrato psicológico de la mujer que se han realizado dentro del campo de las relaciones de pareja (Rojas, 1999; Sherpard y Cambell, 1992; Raymond y Gillman, 1989).

Claussen y Crittende (1991) utilizan cinco escalas para estudiar la relación existente entre tipos de maltrato infantil, así como su severidad e incidencia. Estos autores realizaron evaluaciones de acuerdo a dos procedimientos: las

consecuencias en el niño y la conducta de maltrato de los padres. Para el primer procedimiento aplicaron dos escalas: de maltrato físico (daño severidad y negligencia física) y tres de maltrato psicológico (negligencia emocional/social, negligencia cognoscitiva y abuso emocional). No se reporta la validez y confiabilidad de las escalas utilizadas en esta investigación. Para el segundo procedimiento se aplicó una modificación de las "Definidoras Operacionales del Maltrato Psicológico" en el Niño de Baily y Baily (1986). Esta describe 18 categorías de maltrato psicológico que los niños reportaban como ausencia (0) o presencia (1) siendo la suma de todas ellas el puntaje total.

Briere y Runtz (1990), estudian los reportes retrospectivos de mujeres universitarias acerca del abuso sexual, físico y psicológico sufrido durante la niñez y su relación con tres tipos de disfunción psicosocial actual (baja autoestima, agresividad y conducta sexual inadaptada). Los autores desarrollan una escala específicamente para este estudio en la que se obtuvieron respuestas del 0 al 6 (0=nunca, 1=una vez al año, 2=dos veces al año, 3=tres a cinco veces al año, 4=seis a diez veces al año, 5=once a veinte veces al año, 6=más de veinte veces al año). No se reportan índices de confiabilidad y validez del instrumento utilizado.

Engels y Moisan (1994), realizaron una investigación en la que reportan un instrumento basado en las categorías: rechazo, aislamiento aterrorizar, negligencia emocional y corrupción (Hard y Brassard, 1990). Su objetivo fue desarrollar una medida retrospectiva, confiable y válida del maltrato psicológico en la infancia y examinar su relación con algunas medidas en la vida adulta (síntomas psiquiátricos, desórdenes de personalidad y autoeficiencia). Los sujetos de la muestra fueron pacientes en tratamiento clínico. El instrumento utilizado en este caso fue un Inventario de Maltrato Psicológico que constó de 25 reactivos los cuales contienen tres de las categorías mencionadas y validadas en el análisis estadístico. Las respuestas se dieron en una escala del 0 al 5 (0= esto no sucedió, 1=no me afectó, 2=me afectó poco, 3=me afectó moderadamente, 4= afectó muy negativo en mi vida, 5=afectó extremadamente negativo). El coeficiente alfa de cronbach se empleó para medir la confiabilidad obtenida, que fue de 0.94.

Entre los instrumentos más utilizados en investigación dentro del campo de la violencia familiar es la CTS (Escala de Tácticas en Conflictos) descrita por Straus en 1979. La escala clasifica las conductas en tres categorías: soluciones racionales, agresión psicológica (abandono y verbal) y agresión física. Dicha escala, en un inicio fue diseñada para evaluar la frecuencia e intensidad de conductas empleadas en la solución de conflictos entre los miembros de la familia, pero a falta de procedimientos sistemáticos para evaluar el fenómeno de maltrato, se le ha utilizado para obtener mediciones del abuso físico y psicológico.

Un ejemplo de esto, es el estudio realizado en 1981 por Hornung, McCulloug y Sugimoto, en donde utilizaron una modificación de la CTS, para medir la incidencia y prevalencia en un período de un año de tres niveles de abuso entre esposos. El análisis arrojó la presencia de tres factores: abuso psicológico, agresión física y violencia contra la vida. Las respuestas se ubicaban en una

escala del 0 al 4 (0=nunca, 1=una vez en este año, 2=dos a tres veces al año, 3=menos de una vez al mes, 4=una vez al mes, 5=más de una vez al mes). Se obtuvo la consistencia interna y la validez de constructo.

Tolman (1987), desarrolló un inventario de medición del maltrato psicológico para personas que asistían a un programa de violencia doméstica. Se aplicaron dos versiones de la misma escala; una para hombres (maltratadores) y otra para mujeres (maltratadas) cambiando sólo los pronombres y la dirección. Los reactivos se distribuyeron en dos factores principales llamados: Dominancia-Aislamiento y Emocional-Verbal. Las respuestas se dieron en una escala del 1 al 5 (1=nunca, 2=rara vez, 3=algunas veces, 4=frecuentemente, 5=muy frecuentemente). Se obtuvieron coeficientes Alfa superiores a 0.90 en ambos grupos y factores. La validez intergrupos mostró desacuerdo entre hombres y mujeres; ya que los primeros tendieron a minimizar su conducta de maltrato especialmente en el factor emocional-verbal; quedando pendiente la validez en comparación con relaciones no abusivas.

Esta escala se ha utilizado para relacionar el maltrato psicológico con algunos trastornos de personalidad. Por ejemplo, Dutton (1994) encuentra correlación entre ésta y la personalidad "borderline" del abusador. Dutton et al. (1994) la relacionan con trastornos como el enojo, la celotipia, el negativismo y el narcisismo, encontrando correlaciones estadísticamente significativas.

Raymond y Gillman (1989), realizaron una investigación con el propósito de evaluar la prevalencia, extensión y tipo de abuso psicológico en las relaciones de compromiso de mujeres solteras universitarias. Se utilizó una versión del cuestionario originalmente desarrollado por Raymond, Gillman y Donner para mujeres casadas (1978) y revisado por Stein (1982). El cuestionario original incluía sólo reactivos relacionados al abuso; éste también incluye términos de bondad o buen trato, pues los autores opinan que cualquier estudio que intente entender las relaciones de abuso debe medir ambas: el abuso percibido y la bondad en la relación. La escala se conforma de un total de 35 reactivos. Las estudiantes respondieron a una escala de cinco puntos (1=nunca sucedió, 2=sucedió una o dos veces en nuestra relación, 3=sucede varias veces en un año, 4=sucede varias veces en un mes, 5=sucede varias veces en una semana). Los autores no reportan los índices de validez y confiabilidad de la escala ya que éste es un estudio exploratorio, que abre la posibilidad de desarrollar una escala válida para mujeres solteras en el futuro, consultar Stein (1982).

Sherpard y Cambell (1992), tuvieron como objetivo desarrollar un instrumento válido para medir la conducta de abuso físico y psicológico que las mujeres reciben de sus parejas; para esto, aplicaron un inventario a pacientes (hombres) que asistían a un programa de dependencia a sustancias químicas y algunas de sus parejas (mujeres). La muestra fue dividida en grupos: abusadores físicos/abusadas físicamente, no abusadores físicos/no abusadas físicamente. El inventario fue respondido por hombres y mujeres, encontrando que los hombres tienden a minimizar su conducta de abuso en comparación con la percepción de

las mujeres. El instrumento contó de 30 reactivos que fueron respondidos en una escala del 1 al 5 (1=nuca, 2=rara vez, 3=ocasionalmente, 4=frecuentemente, 5=muy frecuentemente). Se obtuvo un coeficiente alfa de cronbach para la confiabilidad de los cuatro grupos entre 0.72 y 0.92. La validez de criterio relativo, de constructo y factorial se obtuvo al encontrar diferencias significativas entre los grupos (abusivos y no abusivos).

Algunos autores han estudiado el abuso psicológico en su modalidad grupal; ésta puede ocurrir en grupos familiares, religiosos, escolares, psicoterapéuticos, laborales, de fraternidad, estaciones de policía, etc. (Langone, 1992).

Chambers et al. (1994) desarrollaron una escala para medir el abuso psicológico grupal (del grupo sobre el grupo), que aplicaron a una muestra de miembros de algunos grupos (religiosas, políticos y otros). El análisis factorial arrojó cuatro subescalas: acatamiento o conformidad, explotación, control mental y dependencia ansiosa. Los sujetos respondieron a una escala del 1 al 5 (1=nada característico, 2=no característico, 3=no lo puedo decir o no estoy seguro, 4=característico, 5=muy característico). Se obtuvo un coeficiente alfa de 0.81.

Rojas (1999), realiza la elaboración de un instrumento para la medición del maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja. La escala se aplicó a 200 mujeres con una relación de pareja abusiva (grupo CAVI) y 254 mujeres con una relación de pareja no abusiva (grupo CSSBF). Los 178 reactivos extraídos de observaciones clínicas y de la literatura se clasificaron en diez dimensiones sugeridas: autoestima, verbal, aislamiento, abandono, reconocimiento, culpa, economía, sexual, celos-infidelidad y perfil del agresor. Las respuestas se dieron en función de que los reactivos positivos obtenían un valor de: 4=siempre, 3=casi siempre, 2=a veces, 1=nunca; por el contrario, el valor de los reactivos negativos fue: 1=siempre, 2=casi siempre, 3=a veces, 4=nunca. Se realizó un análisis de reactivos, seguido de un análisis factorial (PAF) con rotación VARIMAX, obteniéndose las cargas factoriales de los reactivos por cada dimensión, se desecharon aquellos con cargas menores a 0.50 y se obtuvieron coeficientes alfa de cronbach con valores mayores a 0.80. Las diez dimensiones conformaron finalmente un solo factor con una alfa de 0.95. De esta manera se obtuvo la confiabilidad de consistencia interna y la validez de construcción (factorial) y concurrente (intergrupos), quedando un total de 111 reactivos clasificados en diez factores.

Análisis de los instrumentos investigados:

De los instrumentos expuestos anteriormente, uno mide el maltrato psicológico que los niños reciben de sus padres, tres de éstos son mediciones retrospectivas de la infancia (maltrato recibido de sus padres) para relacionarse a características de la vida adulta; uno más utiliza la Escala de Tácticas de Conflictos (CTS) como medida de abuso entre esposos (aunque éste no fue hecho

para tal objetivo); otro se refiere a la medición del maltrato psicológico en los grupos, además se encuentran cuatro de ellos que intentan medir el maltrato psicológico que las mujeres reciben de sus parejas. Cada uno de ellos presentan reactivos en forma de preguntas o afirmaciones con una sola forma de respuesta (escala tipo likert) que tienen 3 o más opciones de respuesta, que van de nunca o una menos frecuencia a siempre o una mayor frecuencia.

En cuanto a la homogeneidad y heterogeneidad de los instrumentos revisados se encontraron tres clases de éstos:

- a) Los heterogéneos que miden a la vez el maltrato físico y psicológico con una escala para cada uno: Hornung et al., 1981 (10 reactivos para abuso psicológico, 5 para agresión física y 3 violencia contra la vida) y Briere y Runtz, 1990 (5 reactivos para físico y 7 para psicológico); o los heterogéneos que miden cada una de las dos clases de maltrato, pero sin hacer una separación en factores: Shepard y Cambell, 1992 (35 reactivos).
- b) Los que se presentan como homogéneos sin mencionar categorías, factores o dimensiones al medir el maltrato psicológico: Raymond y Gillman, 1989 (35 reactivos).
- c) Los que se presentan como heterogéneos al mencionar categorías, factores o dimensiones que miden el maltrato psicológico; Tolman, 1989 (58 reactivos distribuidos en dos factores: dominancia-aislamiento y emocional-verbal); Claussen y Crittenden, 1991 (19 reactivos distribuidos en 3 escalas: negligencia emocional/social, negligencia cognitiva y abuso emocional); Engels y Moisan, 1994 (25 reactivos distribuidos en 3 categorías: rechazo, aislamiento y negligencia emocional); Chambers et al. 1994 (28 reactivos distribuidos en 4 subescalas: conformidad, explotación, control mental y discrepancia ansiosa); Sanders y Becker-Lausen, 1995 (38 reactivos distribuidos en 4 dimensiones: abuso sexual, castigos físicos, negligencia y atmósfera negativa en el hogar, reactivos inversos); Rojas, 1999 (111 reactivos distribuidos en 10 dimensiones: autoestima, verbal, aislamiento, abandono, reconocimiento, culpa, economía, sexual, celos-infidelidad y perfil del agresor).

Las medidas retrospectivas tuvieron como principal objetivo correlacionar el maltrato psicológico sufrido en la infancia con algunos trastornos clínicos en la vida de adulta (Sanders y Becker-Lausen, 1995; Engels y Moisan, 1994; Briere y Runtz, 1990); por lo que la muestra se formó de pacientes con diferentes tipos de sintomatología (baja autoestima, agresividad, inadaptación sexual, personalidad múltiple, etc.). Una de estas escalas no reporta los niveles de confiabilidad y validez (Briere y Rutz, 1990) y otras dos reportan un coeficiente alfa mayor a 0.90 (Sanders y Becker-Lausen, 1995; Engels y Moisan, 1994).

Con respecto a la Escala de Tácticas de Conflictos de Stein (1979) algunos autores la han criticado por considerarla muy limitada en cuanto a los reactivos que miden el maltrato psicológico, pues en este rubro sólo se contempla el

abandono y la agresión verbal (Tolman, 1989). También se argumenta que la escala ignora el contexto en el que se produce el abuso hacia la mujer (Dobasch y Dobasch, 1981). Un comentario referente a dicha escala, es que o fue específicamente hecha para la medición del maltrato psicológico en la mujer, sino que se trataba de medir lo que las parejas hacían para enfrentar o solucionar los conflictos y las distintas formas de violencia familiar, por lo que no es adecuado que se aplique para un objetivo diferente al que fue construida originalmente.

La escala de abuso psicológico grupal desarrollado por Chambers et al. (1994), se aplicó a miembros de diferentes tipos de grupos y reporta un coeficiente alfa de 0.81.

De las escalas referentes al maltrato psicológico en la pareja, la utilizada por Raymond y Gillman (1989) no fue validada para mujeres solteras, sólo se cambió la redacción de los reactivos de la escala original para mujeres casadas (Stein, 1982). Las otras dos reportan coeficientes alfa mayores al 0.72 (Tolman, 1989; Shepard y Cambell, 1992); esta última, reporta además validez de criterio, de constructo y factorial. La escala de Rojas (1999), esta validada en mujeres casadas y no casadas que mantuvieran una relación de pareja estable; reporta coeficientes alfa de cronbach con valores mayores a 0.80. Las diez dimensiones conformaron finalmente un solo factor con una alfa de 0.95. De esta manera se obtuvo la confiabilidad de consistencia interna y la validez de construcción.

La escala de Tolman (1989) incluye 58 afirmaciones contenidas en dos factores (dominancia-aislamiento y emocional-verbal) siendo el más extenso de todos los anteriores, a excepción de Rojas (1999); se reporta un coeficiente alfa de 0.90.

La escala desarrollada por Raymond y Gillman (1989) mide el maltrato psicológico en mujeres solteras universitarias y también incluye la evaluación de aspectos positivos (o de bondad) en la relación.

En el estudio de las categorías del maltrato psicológico (Hard y Brassard, 1990; Brassard, et al. 1987; Baily y Baily, 1986; Garbarino, Guttman y Seeley, 1986), se pueden encontrar las categorías de: rechazo, aislar, corrupción y carencia de respuestas emocionales (negligencia emocional).

Walker (cit. en Raymond y Gillman, 1989), advierte que la naturaleza subjetiva y sutil del abuso psicológico, hace difícil su identificación y la ayuda a víctimas. La clasificación de Walker (1979) en su trabajo con esposas define cuatro categorías de abuso psicológico: abuso verbal, humillación social, aislamiento social y privación económica.

Tolman (1989) menciona que Solkin, Martin y Walker en 1985, enlistaron seis formas de violencia psicológica: amenaza explícita de violencia, amenaza implícita de violencia, conducta de control extremo, celos patológicos, degradación mental y aislamiento.

Dentro de las investigaciones que se han realizado en México sobre el maltrato psicológico, se encuentra la realizada por Parra (1994): Análisis del maltrato psicológico Infantil, desde una perspectiva de la interacción social. Esta tuvo como propósito analizar el fenómeno del maltrato psicológico infantil, desde la perspectiva de la interacción entre madre-hijo, y a su vez identificar aquellos episodios que propiciaban maltrato. Los participantes fueron 5 diadas, en donde la edad de los niños oscilaba entre los 6 y 9 años de edad, tres varones y dos mujeres. Los niños presentaban problemas de desobediencia, bajo rendimiento académico, hiperactividad y asociados a problemas de maltrato. La investigación se llevó a cabo, por medio de la metodología observacional, realizando registros de 10 minutos con intervalos de 5 segundos, durante sesiones de 30 minutos, que a su vez estuvieron conformadas por tres situaciones analógicas: académica, juego libre y juego estructurado.

Posteriormente se emplearon técnicas de intervención conductual para proporcionar información a cerca de cómo interactuar con sus hijos, utilizando técnicas como: Instrucciones, modelamiento, retroalimentación y moldeamiento. El diseño empleado fue cuasiexperimental de tipo ABC, en donde A-Línea base, B-Entrenamiento y C-Seguimiento. Los resultados indicaron las ventajas que ofrece la metodología de la interacción social, a fin de explorar los patrones de conductas de las madres inmersas en la problemática del maltrato psicológico. Así mismo, se observó que las madres fueron capaces de mantener las conductas apropiadas para una buena interacción con sus hijos durante la fase de seguimiento.

Cervantes (1999), realiza la investigación: "Violencia contra la mujer en la Relación de Pareja: prevalencia y dimensiones de abuso emocional", la cual tiene como propósito: 1) Conocer la prevalencia y dimensiones del abuso emocional que dirige el varón hacia la mujer en la relación de pareja, tanto en el transcurso de la vida, como en el último año. 2) Conocer posibles diferencias en el tipo de abuso emocional, en mujeres que han experimentado alguna vez: abuso físico, abuso sexual, o abuso sexual y físico, y 3) Detectar la posible existencia de patrones específicos de abuso emocional con base en la presencia o no, de algún otro tipo de abuso, sufrido alguna vez en su vida.

Para dar respuesta a los propósitos planteados, realizó un estudio cuantitativo, para el cual se utilizó el cuestionario para detectar violencia doméstica hacia la mujer elaborado por Ramírez y Patiño (1997). El cual está conformado por tres cuestionarios: abuso emocional, abuso físico y abuso sexual. Se trabajó con una población de 345 mujeres de entre 18 y 65 años de edad. Los resultados muestran que, dentro de la prevalecencia de alguna vez en la vida, existen conductas que se presentan con mayor frecuencia y que van desde el enojo del varón si la mujer le contradice o no está de acuerdo con él, hasta el uso de armas para amenazar a la mujer.

La prevalencia y la cronicidad en el último año mostraron que, en general, las conductas asociadas al abuso emocional, se presentaron en más de una ocasión. Se encontraron 5 dimensiones, de las que destacan cuatro, pues

representan por sí mismas un patrón de abuso emocional. Conductas asociadas a la hostilidad y a las expectativas abusivas fueron reportadas como las más frecuentes tanto en cronicidad como en severidad. De los grupos conformados por mujeres que reportaron haber vivido otro tipo de violencia, se encontró que a mayor presencia de otros tipos de violencia, la frecuencia, severidad y cronicidad de las conductas de abuso emocional es mayor.

Otra investigación es la realizada por Esparza, Vega y Rojas (1994). Algunas características de personalidad que presenta la mujer que sufre el síndrome del maltrato psicológico y que solicita ayuda psicológica en el centro de atención a la violencia intrafamiliar (CAVI). En el cual pretenden acercarse a una realidad vivida cotidianamente en hogares mexicanos, con fuertes y serias consecuencias psicológicas, sociales, físicas y económicas, como es la violencia doméstica. La investigación se realizó con una población de 39 mujeres, que solicitaban orientación o ayuda psicológica, en el centro de atención a la violencia intrafamiliar (CAVI). Es un estudio de tipo descriptivo-exploratorio-empírico, pues se busca definir el perfil de la mujer que sufre maltrato y que en nuestro concepto está en proceso de cambio, además no se introdujo ninguna variable a controlar; tomando a los sujetos conforme fueron llegando, además se hizo uso de instrumentos de evaluación psicológica, de los cuales se obtuvieron los resultados para tal efecto. Las pruebas psicológicas utilizadas fueron: MMPI, frases incompletas de Sacks (F.I.S.) y la de Premisas Socio-culturales de Díaz Guerrero (1990).

De acuerdo a los resultados que se obtuvieron en la investigación, estos autores aceptan las siguientes hipótesis: H₁: Las mujeres que sufren maltrato presentan tendencias depresivas y un autoconcepto bajo. Esta hipótesis queda parcialmente comprobada, ya que en los resultados no se encontraron rasgos depresivos, sin embargo, si se manifiesta un bajo autoconcepto; esto es observable en las escalas 7 y 4 del M.M.P.I., en las áreas 10 y 15 del F.I.S. y en la correlación positiva entre la escala F y el área 13. H₂: Las mujeres que están en proceso de cambio para salir del ciclo del Maltrato, presentan un bajo grado de aceptación a las Premisas Socio-Culturales. Esto se corrobora con los resultados arrojados en la Escala Factorial de Premisas Histórico-Social-Culturales de Díaz Guerrero (1990). H₃: Las mujeres que están en proceso de cambio para salir del ciclo del Maltrato, tienden a estar en desacuerdo con algunas características del Rol de su género, por lo que se muestran rebeldes. Esto se confirma con los resultados de la Escala Factorial e Premisas Histórico-Socio-Culturales de Díaz Guerrero (1990), además de la presentación de las escalas 4 y 5 del M.M.P.I y con las áreas 1, 4 y 8 del F. I. S. La H₄: Las mujeres que están en proceso de cambio para salir del ciclo del Maltrato, tienden a manifestar fuertes sentimientos de culpa, debido a la confrontación existente en ésta vivencia de transición con sus propios valores, creencias, tradiciones y normas. Esta hipótesis queda aceptada de acuerdo con los resultados de la escala 7 del M.M.P.I., así como las área 10 y 11 del F.I.S. asimismo con la correlación positiva entre la escala L y el área 10. H₅: Las mujeres que están en proceso de cambio para salir del ciclo del maltrato muestran fuertes sentimientos de culpa, sintiéndose presionadas, perseguidas,

juzgadas y señaladas por su entorno, surgiendo así, algunos rasgos de tipo paranoide. Se confirma la hipótesis con los resultados arrojados en las escalas 6 y 7 del M.M.P.I., las áreas 10 y 11 del F.I.S. y la correlación positiva entre la escala 6 y el área 11.

Como se puede observar, las investigaciones realizadas principalmente se enfocan al maltrato psicológico, ya sea en niño(a)s o en mujeres. Además, no hay información que nos indique qué pasa con aquellas que no son víctimas de maltrato psicológico, refiriéndonos, no tan sólo a la mujer, sino también a los hombres; ya que nadie está exento de no ser víctima o de vivir una situación de maltrato que altere o modifique su estabilidad. Siendo así que, la presente investigación se encaminará a diseñar una prueba que evalúe el maltrato psicológico en hombres tal como ellos lo perciben.

Procedimiento para la elaboración del Instrumento.

❖ Definición Conceptual del Constructo a Medir:

Maltrato Psicológico:

El maltrato psicológico es una forma específica de relación en ciclos autorreforzantes complementarios o simétricos donde media el ejercicio del poder de una parte sobre la otra y tiene varias dimensiones que son: daño verbal, bloqueo a la individualidad, provocar actitud o acción culpígena, abandono, indiferencia, chantaje o manipulación, además de daño con respecto a lo sexual, infidelidad o celos.

❖ Definición Operacional del Constructo:

Para diseñar la prueba, primeramente se hizo una revisión detallada de bibliografía acerca del tema y escalas existentes que midieran dicho constructo; de dichas escalas, se retomaron algunos aspectos de la propuesta de Rojas (1999), quien elaboró un instrumento para medir el maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja; ubicando aquellas dimensiones que eran pertinentes para los hombres.

De acuerdo a dicho instrumento, las dimensiones que se adaptaron a nuestro instrumento fueron las siguientes: verbal, culpa, abandono, celos-infidelidad, sexual.

Se realizó de manera conjunta una encuesta en la cual se preguntó a un grupo de 13 hombres que reunían las características de la población a la que se le aplicaría el instrumento (de nacionalidad mexicana, de entre 19 y 46 años de edad, con

diversa profesión y estado civil), **acerca de lo que ellos consideraban qué era ser maltratados psicológicamente.**

De lo anterior se obtuvieron las dimensiones que se definen a continuación:

I. DIMENSIÓN VERBAL

Se refiere al daño o agresión que se externa en formas de palabras como: insultos, ofensas, calumnias, maledicencias, malas palabras, etc.

Indicadores: insultos, calumnias, burlas, críticas y comparaciones, amenazas, gritos.

II. DIMENSIÓN BLOQUEO A LA INDIVIDUALIDAD

Se refiere a aquellas acciones que buscan bloquear la libertad del otro, mediante el control y la invasión de los espacios y la violación de la intimidad.

Indicadores: violar la intimidad, invadir espacios, control.

III. DIMENSIÓN CULPA

Se refiere a acciones, actitudes y conductas que tienen el propósito de culpar al hombre de situaciones negativas o vergonzosas en cualquier ámbito, en eventos cotidianos o sorpresivos de la vida cotidiana.

Indicador: atribuir responsabilidad.

IV. DIMENSIÓN ABANDONO

Se refiere a actitudes de descuido que el hombre recibe en cuestiones básicas de la vida como el acercamiento afectivo y la salud; donde la pareja o la familia pone demasiado interés e invierte demasiado tiempo en cuestiones personales como el trabajo, amigos, pasatiempos, etc; descuidándolo.

Indicadores: acercamiento afectivo, descuido, desinterés e indiferencia.

V. DIMENSIÓN CHANTAJE

Es la manipulación de las acciones del otro que condicionan la conducta del hombre en lo económico, emocional, social, laboral, escolar, sexual, etc.

Indicadores: condicionamiento del afecto, condicionamiento de satisfactores.

VI. DIMENSIÓN SEXUAL

Se refiere al maltrato que recibe el hombre al no tomarse en cuenta sus necesidades afectivo- sexuales, así como el forzarlo a tener relaciones sexuales no deseadas o de manera incómoda o vergonzosa, además de cuestionar su virilidad.

Indicadores: cuestionar la virilidad, negarse a tener relaciones sexuales.

VII. DIMENSIÓN CELOS E INFIDELIDAD

Se refiere a las constantes acusaciones de infidelidad o engaño que limitan las conductas de la pareja y/o a las acciones que provoquen una reacción emocional que se vive como una amenaza de pérdida real o potencial de la persona amada, así como la falta de lealtad al compromiso de exclusividad.

Indicadores: reclamos, engaño, provocar celos.

Técnica empleada para la construcción del instrumento:

Primero se diseñó un cuestionario con preguntas dicotómicas, dirigido a los "jueces legos", en el cual se evaluaron dos aspectos; si los reactivos median la dimensión en la cual se encontraban, así como, si median el maltrato psicológico en los hombres.

Posteriormente se seleccionaron los reactivos que obtuvieron un puntaje de frecuencias por arriba del 66%, para las dimensiones y con respecto a si median el maltrato psicológico, se aceptaron los reactivos con porcentajes a partir del 70%. Una vez seleccionados los reactivos, se elaboró una escala con base en el método de rangos sumariados de Likert.

- η El método elegido fue con base a que consideramos que existían varias dimensiones que median la variable, y cada dimensión fue considerada una escala independiente; que se sumó a los valores obtenidos en las otras dimensiones. Además de que es una técnica para medir actitudes que tiene varias alternativas de respuesta (en nuestro caso fueron 4: TD: totalmente en desacuerdo; D: desacuerdo; A: de acuerdo; TA: totalmente de acuerdo).
- η Un cuestionario de actitudes permite recolectar información, la cual cumpla con las características de un cuestionario convencional.
- η Este tipo de cuestionario mide la predisposición hacia un objeto o situación; lo cual permite no contaminar la elaboración del cuestionario ya que, se va a medir lo que el participante hace (conducta).

Algunas de las razones por las que *no se eligió otro tipo de escala* son: por medio del método **de intervalos aparentemente iguales** de Thurstone se mide un constructo unidimensional; **el modelo de pares comparados**, a pesar de que es uno de los mejores modelos teóricos, no se pueden utilizar muchos reactivos; con la finalidad de cuidar que los jueces trabajen con calidad, interés y cuidado. El **modelo de intervalos sucesivos**, a pesar de que se puede trabajar con valores intervalares y por ende emplear una variedad más amplia de métodos estadísticos y poca población; éste es muy laborioso además de que se necesitan por los menos 15 buenos jueces.

Desarrollo de los reactivos de acuerdo a las dimensiones e indicadores:

I.- DIMENSION VERBAL

Indicador: Insultos

1. Mi jefe o profesor me llama la atención con malas palabras
2. Mi jefe o profesor me llama la atención en público
3. Mi familia se dirige a mí con insultos

4. Mis amigos me llaman por apodos que me hacen sentir mal
5. Mi pareja se dirige a mí con insultos
6. Mi pareja me maldice

Indicador: Calumnias

7. Mi pareja inventa cosas negativas de mi familia
8. Mis compañeros (as) de trabajo o de escuela dicen cosas malas de mí
9. Mi familia me acusa de cosas malas que no hago
10. En mi grupo de amigos nos falta sinceridad

Indicador: Burlas

11. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí.
12. En mi trabajo o escuela no son respetuosos conmigo
13. En mi familia se burlan de mí
14. Mis amigos me ridiculizan

Indicador: Críticas y comparaciones

15. Mi jefe o maestro compara negativamente mi trabajo con el de los demás.
16. Mi pareja resalta mis defectos
17. Mis amigos se expresan mal de mí.
18. Mi familia me crítica

Indicador: Amenazas

19. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias
20. En mi trabajo o escuela me intimidan mis compañeros
21. Recibo amenazas de mis vecinos
22. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí
23. En mi familia me amenazan
24. Mi pareja me dice que me va a abandonar

Indicador: Gritos

25. Mi pareja alza la voz cuando se dirige a mí
26. Mi jefe o profesor me intimida con sus gritos
27. En mi familia hablamos con gritos
28. Mis amigos me gritan para humillarme

II. DIMENSIÓN BLOQUEO A LA INDIVIDUALIDAD

Indicador: Violar la intimidad

29. Mi pareja registra mis pertenencias
30. En mi familia no respetan mi intimidad
31. Mi jefe o profesor hace comentarios en público de mi vida personal
32. Mis amigos divulgan mis secretos

33. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias
34. Mis amigos me presionan a hablar de mi vida sexual
35. Mis amigos cuestionan mis creencias religiosas

Indicador: Invasión espacios

36. Mi pareja impide que salga con mis amigos
37. Mi familia interfiere en mis relaciones sociales o de pareja
38. Mi jefe me obliga a trabajar sin razón los fines de semana
39. Algunos de mis amigos limitan mis demás relaciones
40. Mi pareja controla lo que como
41. Mi jefe o profesor limita mis relaciones sociales
42. Mi pareja se inmiscuye en mis asuntos personales
43. Mi pareja llega sorpresivamente a mi trabajo o escuela

Indicador: Control

44. Mi pareja bloquea mi independencia
45. En mi familia carecemos de libertad
46. Mi jefe o profesor me manipula
47. Mi pareja se opone a que participe en actividades que me permitan desarrollarme
48. Mi pareja se molesta cuando hablo con mi familia
49. Mis amigos interfieren en mi relación de pareja
50. Mi pareja pretende que este con ella en todo momento
51. Mi pareja me llama más de tres veces al día
52. Mi familia me reprime
53. Mis padres insisten en escoger a mis amigos

III.- DIMENSIÓN CULPA

Indicador: Atribuir responsabilidad

54. Mi pareja me dice que yo soy la causa de lo que le pasa
55. Mi pareja me acusa del mal funcionamiento de la relación
56. Si ocurre algún evento desagradable, mi familia me hace sentir culpable
57. Mi jefe o profesor me responsabilizan de que el trabajo salga mal
58. En mi familia dicen injustificadamente que yo soy quien causa los problemas de la casa
59. Mi pareja me responsabiliza de los problemas económicos
60. Mi pareja dice que yo le causo problemas de salud
61. Mi jefe no acepta su responsabilidad cuando se equivoca y me culpa
62. Mi pareja me culpa de su insatisfacción sexual
63. Mis padres me responsabilizan del comportamiento de otros
64. Mi pareja evade su responsabilidad en nuestra relación para agredirme
65. Mi pareja me culpa de no tener amigos
66. Mis amigos me achacan los problemas con sus parejas
67. Mi pareja me hace sentir mal cuando falla en sus objetivos
68. Mis amigos me culpan de las discusiones entre ellos
69. Mi madre me achaca su soledad
70. Mi pareja me responsabiliza de su mala suerte
71. Mi pareja me hace sentir mal si no gano suficiente dinero

- 72. Mi familia me reclama por el poco tiempo que paso con ella
- 73. Mi pareja me hace sentir que fallo con mis obligaciones económicas

IV. DIMENSIÓN ABANDONO

Indicador: Acercamiento afectivo

- 74. Mi pareja se muestra distante conmigo
- 75. Siento lejana a mi familia
- 76. Mis amigos me rechazan
- 77. Siento que mi profesor o jefe me hacen a un lado
- 78. En mi familia se carece de muestras de afecto

Indicador: Descuido

- 79. A mi pareja le tiene sin cuidado si me enfermo
- 80. A mi familia no le preocupa si no he comido
- 81. Mi familia descuida mi alimentación
- 82. Mi pareja despilfarra el dinero que yo gano
- 83. Mi pareja descuida sus responsabilidades en la relación
- 84. Mi jefe o profesores se desentienden de mis intereses

Indicador: Desinterés/ indiferencia

- 85. Mi pareja me ignora
- 86. Mi pareja muestra desinterés por lo que hago
- 87. A mi familia le tienen sin cuidado mis amigos
- 88. Mis amigos son indiferentes ante mi vida personal
- 89. A mi jefe o profesores les da lo mismo mi crecimiento personal
- 90. Mis amigos son insensibles frente a lo que me pasa
- 91. Mi pareja está ausente cuando la necesito
- 92. Mi pareja me ignora en las decisiones importantes
- 93. Mi pareja se niega a dejarme ver mis programas de televisión preferidos
- 94. Mi pareja dedica mucho tiempo a sus cosas personales
- 95. Mi pareja olvida la fecha de mi cumpleaños
- 96. Mi pareja pasa más tiempo con su familia que conmigo
- 97. Mi familia desapueba mis decisiones
- 98. Mi jefe o profesores se muestran indiferentes ante mis problemas
- 99. Cuando tengo problemas mis compañeros me dejan solo
- 100. Mi jefe o profesores me obligan a trabajar enfermo
- 101. Mi jefe o profesor no respeta mis derechos

V.- DIMENSIÓN CHANTAJE

Indicador: Condicionamiento del afecto

- 102. Si salgo con mis amigos, mi pareja amenaza con dejarme
- 103. Mi pareja me dice que si llego tarde se negará a salir conmigo
- 104. Mi pareja me dice que si no obtengo un buen empleo, abandonara la relación
- 105. Mi pareja me amenaza con hacerse daño
- 106. Cuando salgo con mis amigos, mi familia se siente ignorada
- 107. Mis amigos amenazan con dejarme fuera del grupo, si no hago lo que dicen

108. Mi familia me condiciona su apoyo, si no hago lo que ellos quieren

Indicador: Condicionamiento de satisfactores

109. Si llego tarde mi pareja me rechaza sexualmente
110. Mi pareja me condiciona el contacto sexual
111. Mi jefe o profesor condicionan mi estancia laboral o escolar
112. Cuando el dinero que apporto es insuficiente, mi pareja se niega a tener relaciones sexuales conmigo
113. Si llego con aliento alcohólico, mi pareja me condiciona el acercamiento sexual
114. Cuando estoy desacuerdo con mi pareja, me rechaza

VI.- DIMENSIÓN SEXUAL

Indicador: Cuestionar virilidad

115. Cuando me niego a tener relaciones sexuales con mi pareja ella dice que soy poco hombre
116. Cuando salgo con mis amigos necesito probarles que soy muy hombre
117. Cuando mis amigos me ven llorar me califican de maricón
118. Cuando demuestro mis afectos mi familia dice que soy débil
119. Si participo en actividades del hogar mis amigos me tachan de mandilón
120. Si no respondo agresivamente, la gente cuestiona mi hombría
121. Mi pareja pone en duda mi capacidad para satisfacerla
122. Mi pareja me demanda disposición sexual en todo momento
123. Mi pareja queda insatisfecha cuando tenemos relaciones sexuales y me siento responsable de ello.
124. Mi pareja compara mi potencia sexual con la de otros hombres
125. Mis amigos dicen que soy un regañado sí me preocupo por mi mujer
126. Mis amigos me consideran hombre sólo sí tengo varias aventuras con mujeres
127. Mi familia me tacha de raro sí me buscan más hombres que mujeres
128. Mi pareja dice que tengo un pene muy chico y no puedo satisfacerla
129. En mi trabajo me tratan como hombre sólo sí mantengo relaciones sentimentales con varias mujeres.
130. Si termino antes que mi pareja al tener relaciones sexuales, duda de mi potencia sexual.
131. Mis amigos cuestionan mi hombría sí no salgo con otras mujeres además de mi pareja.
132. Mis amigos me dicen maricón sí no tengo relaciones con las mujeres que me buscan sexualmente
133. Sí no tengo novia, en mi familia dudan de que soy hombre
134. Los hombres de mi familia dudan de mi hombría si carezco de interés sexual por las mujeres con las que me relaciono
135. Mis amistades me consideran gay, sí dejo de mostrarme interesado sexualmente por toda mujer que se me para enfrente
136. Mis amigos se burlan del tamaño de mi pene
137. Mi pareja se queja constantemente de que dure poco cuando tenemos relaciones sexuales
138. Mi pareja dice gozar más con juguetes sexuales que conmigo
139. Mi pareja se ríe del tiempo que puedo mantener una relación sexual
140. Mi pareja dice que soy impotente sí no queda satisfecha en el acto sexual
141. Mi pareja dice que no soy capaz de quererla como ella demanda

- 142. Mi pareja me hace sentir que no puedo complacerla sexualmente
- 143. Me siento mal cuando soy incapaz de cumplir con lo que es importante para mi pareja en lo sexual.
- 144. Mi pareja duda de mi hombría si no tenemos un orgasmo juntos
- 145. Mi pareja me echa en cara que pueda tener más de un orgasmo y yo sólo uno.

Indicador: Negarse a tener relaciones sexuales

- 146. Mi pareja sistemáticamente pone pretextos para no tener relaciones sexuales
- 147. Mi pareja se muestra indiferente durante la relación sexual
- 148. Mi pareja evita todo contacto sexual
- 149. Mi pareja se niega a complacerme sexualmente
- 150. Mi pareja ignora mis necesidades sexuales
- 151. Mi pareja prefiere masturbarse que tener relaciones sexuales conmigo
- 152. Mi pareja se muestra aburrida cuando yo me acerco sexualmente

VII.- DIMENSIÓN INFIDELIDAD Y CELOS

Indicador: Reclamos

- 153. Mi pareja me acusa de ver a otras mujeres
- 154. Mi pareja me dice que la engaño con otra
- 155. Mi pareja me acusa de ser más atento con mis amigas que con ella
- 156. Mi pareja me reclama cuando otra mujer se acerca a mi
- 157. Mi pareja me reclama que reciba llamadas telefónicas de otras mujeres
- 158. Los celos de mi pareja me impiden ir a donde yo quiero

Indicador: Engaño

- 159. Cuando mi pareja tiene relaciones sexuales conmigo me llama por otro nombre
- 160. Mi pareja mantiene una relación íntima simultánea a la nuestra
- 161. Mi pareja tiene encuentros sexuales esporádicos con otras personas

Indicador: Provocar celos

- 162. Mi pareja me compara con otras parejas
- 163. Mi pareja me dice que le gustan otros hombres
- 164. Mi pareja coquetea con otras personas delante de mi
- 165. Mi pareja me dice las cosas a medias para provocarme celos
- 166. Mi pareja me habla constantemente de sus relaciones anteriores
- 167. Mi pareja demuestra interés por otros hombres

Variables Sociodemográficas consideradas para la selección de la muestra:

- 1) Edad:
- 2) Ocupación
- 3) Grado Máximo de estudios.
- 4) Estado civil.
- 5) Si ha tenido pareja o no.
- 6) Varones.

POBLACIÓN PARA VALIDAR

PRIMERA ETAPA: Jueceo.

Los jueces fueron 9 psicólogos clínicos hombres, quienes indicaron si los reactivos pertenecían a la dimensión indicada y si medían el maltrato psicológico en varones (ver anexo 1-a).

SEGUNDA ETAPA: Instrumento piloto.

El instrumento se diseñó para ser contestado por cualquier persona del sexo masculino, entre 16 y 60 años.

Para su validación se obtuvo una muestra dependiendo del número de reactivos validados por los jueces.

TÉCNICA DE MUESTREO

No probabilística, accidental, por cuota

Para realizar las cuotas se tomaron en cuenta las variables: edad y estado civil.

Estado civil: Soltero (viudo, divorciado, separado), casado (unión libre)

Aplicación del Instrumento.

Validación Interjueces: una vez elaborados los reactivos en función de las dimensiones definidas y sus indicadores, se procedió a realizar la validez de contenido a través del análisis de frecuencia por reactivo; mediante la emisión de dos valoraciones realizadas por parte de jueces legos. Quienes calificaron cada reactivo de manera dicotómica: si el reactivo pertenecía a la dimensión indicada se le dio un valor de 1, y si no de 0; considerando que sólo si el 70% de los jueces coincidían en que el reactivo pertenecía a la dimensión, éste era aceptado. Igualmente los jueces valoraron si el reactivo calificaba o no la dimensión a la que pertenecían (valores 1 y 0), considerando un porcentaje de 66% para validarlos.

Como resultado de este procedimiento, de 166 reactivos elaborados, se validaron un total de 83; que constituyeron el instrumento final.

Dimensiones Iniciales	No. de reactivos por dimensión	Dimensiones después de la validación	No. de reactivos por dimensión
Verbal	28	Verbal	17
Bloqueo a la Individualidad	25	Bloqueo a la individualidad	14
Culpa	20	Culpa	12
Abandono	27	Abandono	se elimina
Chantaje	13	Chantaje	11
Sexual	38	Sexual	20
Infidelidad y Celos	15	Infidelidad y Celos	9
Total de reactivos	166		83

En el proceso de validación, la dimensión de abandono fue eliminada, ya que sólo quedaron dos reactivos; por lo que consideramos que ese número de reactivos no era representativo para mantener dicha dimensión y por ende, no fueron considerados en los 83 reactivos que conformaron el instrumento final (anexo1-b).

Análisis estadístico del Instrumento Piloto:

Después de aplicar el instrumento piloto, el **análisis estadístico** que se realizó fue: un análisis de frecuencias, para determinar si los reactivos se encontraban sesgados. Posteriormente se aplicó una t de student para poder determinar el poder discriminante de los reactivos. Posteriormente se obtuvo el Alfa de Cronbach, general y por dimensiones. Las dimensiones que conformaron el factor final, obtuvieron un Alfa de Cronbach de por lo menos 0.80; para así obtener la **confiabilidad de consistencia interna**, y la **Validez de Construcción** se obtuvo por medio de los jueces.

El determinar la **Confiabilidad de Consistencia Interna**, permitió observar el comportamiento del instrumento a su interior es decir, la estructura interna del mismo. Con este tipo de confiabilidad se establece el grado o nivel de consistencia interna de los reactivos que lo constituyen; delimitando si se portan igual o no en cuanto a la forma en que varían entre ellos mismos. La lógica subyacente señala que si se portan igual unos a otros, miden lo mismo, de la misma manera.

La **Validez de Construcción**, se utiliza generalmente cuando no existe criterio externo claro y evidente (que no se preste a confusiones) en la interpretación. Se entiende por concepto el atributo que postulamos para los individuos y que habrá de reflejarse a través del rendimiento obtenido en una prueba. La validez del concepto propone una validación indirecta y suele emplearse en problemas como la influencia de connotaciones biopsicosociales y culturales en la aplicación de un instrumento de medición.

Bibliografía:

1. Arruaborrena, M. (1994). *Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento*. Madrid : Pirámide.
2. Bandura, R. (1974). *Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad*. Madrid: Alianza.
3. Baily, F. T. y Baily, W. H. (1986). *Operational definitions of child emotional maltreatment*. Augusta, M. E.: Manine Department of Social Service.
4. Brassard, M. R., Germain R., Hart, S. N. (1987). *Psychological Maltreatment of Children and Youht*. U.S.A.: Pergamon Press.
5. Briere, J. y Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child abuse and neglect*. 14, 357-364.
6. Berkowitz, Leonard (1996). *Agresión. Causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer, S. D.
7. Cervantes M. C. (1999). *Violencia contra la mujer en la relación de pareja: prevalencia y dimensiones de abuso emocional*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
8. Chambers, W. V., Langone, M. D., Dole, A. A. y Grice, J. W. (1994). The group psychological abuse scale: a measure of the varieties of cultic abwe: *Cultic Abuse Journal*. 2, (1).
9. Claussen, A. H. y Crittenden, P. M. (1991). Physical and psychological matreatment: Relations among types of maltreatment. *Child abuse and Neglect*. 15, 5 – 18.
10. Díaz, G. R. (1994). *La Psicología del Mexicano*. México: Trillas.
11. Díaz, G. R. (1990). ¿Existen Rasgos Básicos en la Personalidad de los Mexicanos?. *Revista Mexicana de Psicología*. México. 7, (1 y 2).
12. Dutton, D. G. (1994). The origin and structure of the abusive personality. *Journal of Personality Disorders*. 8 (2), 181-191.
13. Dutton, D. G. Sauders, D. Starzomski, A. J. y Bertholomew, K. (1994). Intimacy anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*. 24 (15) 1367-1386.
14. Dutton, D. G. y Starzomski, A. J. (1993). Bordeline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*. 8 (2), 191-200.

15. Díaz, G. y Szalay, L. B. (1993). *El mundo subjetivo del mexicano y norteamericano*. México: Trillas.
16. Dobasch y Dobasch, (1981). Social science and social action. The case of wife beating. *Journal of Family Issue*. 2 (4) 439-470.
17. Engels, M. L. y Moisan, D. (1994). The psychological maltreatment inventory: Development of a measure of psychological maltreatment in childhood for use in adult clinical setting. *Psychological Reports*. 79, 595-604.
18. Esparza, S, Hilda, P., Vega, P. Lorena., Rojas, N. Valentina (1994). *Algunas características de personalidad que presenta la mujer que sufre el síndrome del maltrato psicológico y que solicita ayuda psicológica en el centro de atención a la violencia intrafamiliar (CAVI)*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
19. Gallo, H. (1998). Maltrato psicológico y síntoma. *Revista electrónica del departamento de Psicoanálisis Universidad de Antioquia*. Internet: <http://antares.udea.edu.co/~affectio/Affectio1/maltrato.html>.
20. García R. S. (2001, Agosto 5). Violencia infantil por rigidez en la familia y la escuela. Internet: http://www.dqi.unam.mx/boletin/bdboletin/2001_753.html
21. Garrison, E. G. (1987). Psychological maltreatment of children. An emerging focus for inquiry and concern. *American Psychologist*. 42, 157 – 159.
22. Genovés, S. y Passy, J. (1976). *Comportamiento y Violencia*. México: Diana.
23. Goldstein, J. H. (1978). *Agresión y delitos violentos*. México: El Manual Moderno.
24. Hart, S. N. y Bassard, M. R. (1987). A major threat to children's mental health: Psychological maltreatment. *American Psychologist*. 42, 160-165.
25. Hart, S. N. y Bassard, M. R. (1990). Psychological maltreatment of children. In R.T. Ammerman y M. Hersen (Eds). *Treatment of family violence*. Nueva York: Wiley. pp. 72-112.
26. Hirigoyen, Marie-France (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. España: Paidós.
27. Hornung, C. A., McCulloughm B. C. y Sugimoto, T. (1981). Status relationships in marriage: risk factors in spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family*. 43, 675-692.
28. Kandel E. E. (1997). *Understanding Violence*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates. Publishers (pp. 20-23).

29. Langone, M. D. (1992). Psychological abuse. *Cultic Studies Journal*. 9 (2).
30. Montero, G. A. (2001). Cuestionario de Maltrato Psicológico. Instituto Andaluz de la mujer. Sevilla-Málaga, 1995. Internet: <http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-am-ingerencia.html>
31. Moser, G. (1992). *La agresión*. México: Publicaciones Cruz O. S. A.
32. Parra C. R. (1994). *Análisis del Maltrato Psicológico Infantil: desde una perspectiva de la interacción social*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M. México.
33. Perel, M. (1988). *Violencias: Un enfoque circular*. Argentina: Nueva Visión.
34. Ramírez, R. y Patiño, G. (1997). Algunos aspectos sobre la magnitud y la trascendencia de la violencia doméstica y contra la mujer: Un estudio piloto. *Salud Mental*. 20 (2) Junio. pp. 5 – 10.
35. Raymond, B. y Gillman, B. I. (1989). Psychological abuse among college women in dating relationships. *Perceptual and Motor Skills*. 69, 1283-1297.
36. Raymond, B., Gillman, I. y Donner, M. (1978). Psychoogical Abuse Sacle. Unpublished manuscript, Hofstra Univer., Hempstead. N. Y.
37. Rojas, C. K. (1999). *Elaboración de un instrumento para la medición del maltrato psicológico que la mujer recibe de su pareja*. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología-Posgrado. U.N.A.M. México.
38. Russell, R. J. H. y Hulson, B. (1992). Physical and psychological abuse of heterosexual partners. *Personality and Individual differences*. 13, (4), 457 – 473.
39. Sanders, B. y Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse and Neglect*. 19, (3), 315-232.
40. Shepard, M. F. y Campbell, J. A. (1992). The abusive behavior inventory. A measure of Psychological and Physical Abuse. *Journal of Interpersonal Violence*. 7 (3), 291-305.
41. Stein, K. (1982). Development and validation of a woman's marital psychological abuse scale. Unpublished doctoral dissertation, Hofstra Univer., Hempsted, N. Y.
42. Straus, M. A., Gelles, R. J. y Steinmentz, A. J. (1980). Behin closed doors: Violence in the American Family. Garden City, N. Y. Anchor Press/dobleday.

43. Tolman R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. Garden City, N.Y. Anchor Press/doubleday.
44. Tolman (1989). Inventario de Maltrato Psicológico de las Mujeres. The free press, Nueva York. Traducción y adaptación: Lic. Adriana Silva. Internet: <http://members.es.tripod.de/mujeerlider/escosev.htm>.
45. Tolman R. M. (1989). The Development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*. 4 (6), 1987.
46. Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper and Row.
47. Watzlawick, J. P (1997). *Teoría de la comunicación humana: Interacción patologías y paradojas*. España: Herder.

MALTRATO PSICOLÓGICO EN HOMBRES

Procedimiento Previo:

Se entrevistó a 13 hombres de nacionalidad mexicana, de entre 19 y 46 años de edad, con diversa profesión y estado civil. A los cuales se les hizo la siguiente pregunta: *¿Qué es o qué significa para ti, ser maltratado psicológicamente?*. Logrando así identificar las siguientes dimensiones: verbal, bloqueo de la individualidad, culpa, abandono, chantaje, sexual, celos e infidelidad.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DEL CONSTRUCTO A MEDIR

El maltrato psicológico es una forma específica de relación en ciclos autorreforzantes complementarios o simétricos donde media el ejercicio del poder de una parte sobre la otra y tiene varias dimensiones que son: daño verbal, bloqueo a la individualidad, provocar actitud o acción culpígena, abandono, indiferencia, chantaje o manipulación, además de daño con respecto a lo sexual, infidelidad o celos.

DEFINICIÓN DE LAS DIMENSIONES

I. DIMENSIÓN VERBAL

Se refiere al daño o agresión que se externa en formas de palabras como: insultos, ofensas, calumnias, maledicencias, malas palabras, etc.

II. DIMENSIÓN BLOQUEO A LA INDIVIDUALIDAD

Se refiere a aquellas acciones que buscan bloquear la libertad del otro, mediante el control y la invasión de los espacios y la violación de la intimidad.

III. DIMENSIÓN CULPA

Se refiere a acciones, actitudes y conductas que tienen el propósito de culpar al hombre de situaciones negativas o vergonzosas en cualquier ámbito, en eventos cotidianos o sorpresivos de la vida cotidiana.

IV. DIMENSIÓN ABANDONO

Se refiere a actitudes de descuido que el hombre recibe en cuestiones básicas de la vida como el acercamiento afectivo y la salud; donde la pareja o la familia pone demasiado interés e invierte demasiado tiempo en cuestiones personales como el trabajo, amigos, pasatiempos, etc; descuidándolo.

V. DIMENSIÓN CHANTAJE

Es la manipulación de las acciones del otro que condicionan la conducta del hombre en lo económico, emocional, social, laboral, escolar, sexual, etc.

VI. DIMENSIÓN SEXUAL

Se refiere al maltrato que recibe el hombre al no tomarse en cuenta sus necesidades afectivo- sexuales, así como el forzarlo a tener relaciones sexuales no deseadas o de manera incómoda o vergonzosa, además de cuestionar su virilidad.

VII. DIMENSIÓN CELOS E INFIDELIDAD

Se refiere a las constantes acusaciones de infidelidad o engaño que limitan las conductas de la pareja y/o a las acciones que provoquen una reacción emocional que se vive como una amenaza de pérdida real o potencial de la persona amada, así como la falta de lealtad al compromiso de exclusividad.

I.- DIMENSION VERBAL

Indicador: Insultos

- 168. Mi jefe o profesor me llama la atención con malas palabras
- 169. Mi jefe o profesor me llama la atención en público
- 170. Mis amigos me llaman por apodos que me hacen sentir mal
- 171. Mi familia se dirige a mí con insultos
- 172. Mi pareja se dirige a mí con insultos
- 173. Mi pareja me maldice

Indicador: Calumnias

- 174. Mi pareja inventa cosas negativas de mi familia
- 175. Mis compañeros (as) de trabajo o de escuela dicen cosas malas de mí
- 176. Mi familia me acusa de cosas malas que no hago
- 177. En mi grupo de amigos nos falta sinceridad

Indicador: Burlas

- 178. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí.
- 179. En mi trabajo o escuela no son respetuosos conmigo
- 180. En mi familia se burlan de mí
- 181. Mis amigos me ridiculizan

Indicador: Críticas y comparaciones

- 182. Mi jefe o maestro compara negativamente mi trabajo con el de los demás.
- 183. Mi pareja resalta mis defectos
- 184. Mis amigos se expresan mal de mí.
- 185. Mi familia me critica

Indicador: Amenazas

- 186. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias
- 187. En mi trabajo o escuela me intimidan mis compañeros
- 188. Recibo amenazas de mis vecinos
- 189. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí
- 190. En mi familia me amenazan
- 191. Mi pareja me dice que me va a abandonar

Indicador: Gritos

- 192. Mi pareja alza la voz cuando se dirige a mí

- 193. Mi jefe o profesor me intimida con sus gritos
- 194. En mi familia hablamos con gritos
- 195. Mis amigos me gritan para humillarme

II. DIMENSIÓN BLOQUEO A LA INDIVIDUALIDAD

Indicador: Violar la intimidad

- 196. Mi pareja registra mis pertenencias
- 197. En mi familia no respetan mi intimidad
- 198. Mi jefe o profesor hace comentarios en público de mi vida personal
- 199. Mis amigos divulgan mis secretos
- 200. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias
- 201. Mis amigos me presionan a hablar de mi vida sexual
- 202. Mis amigos cuestionan mis creencias religiosas

Indicador: Invadir espacios

- 203. Mi pareja impide que salga con mis amigos
- 204. Mi familia interfiere en mis relaciones sociales o de pareja
- 205. Mi jefe me obliga a trabajar sin razón los fines de semana
- 206. Algunos de mis amigos limitan mis demás relaciones
- 207. Mi pareja controla lo que como
- 208. Mi jefe o profesor limita mis relaciones sociales
- 209. Mi pareja se inmiscuye en mis asuntos personales
- 210. Mi pareja llega sorpresivamente a mi trabajo o escuela

Indicador: Control

- 211. Mi pareja bloquea mi independencia
- 212. En mi familia carecemos de libertad
- 213. Mi jefe o profesor me manipula
- 214. Mi pareja se opone a que participe en actividades que me permitan desarrollarme
- 215. Mi pareja se molesta cuando hablo con mi familia
- 216. Mis amigos interfieren en mi relación de pareja
- 217. Mi pareja pretende que este con ella en todo momento
- 218. Mi pareja me llama más de tres veces al día
- 219. Mi familia me reprime
- 220. Mis padres insisten en escoger a mis amigos

III.- DIMENSIÓN CULPA

Indicador: Atribuir responsabilidad

- 221. Mi pareja me dice que yo soy la causa de lo que le pasa
- 222. Mi pareja me acusa del mal funcionamiento de la relación
- 223. Si ocurre algún evento desagradable, mi familia me hace sentir culpable
- 224. Mi jefe o profesor me responsabilizan de que el trabajo salga mal
- 225. En mi familia dicen injustificadamente que yo soy quien causa los

- problemas de la casa
- 226. Mi pareja me responsabiliza de los problemas económicos
 - 227. Mi pareja dice que yo le causo problemas de salud
 - 228. Mi jefe no acepta su responsabilidad cuando se equivoca y me culpa
 - 229. Mi pareja me culpa de su insatisfacción sexual
 - 230. Mis padres me responsabilizan del comportamiento de otros
 - 231. Mi pareja evade su responsabilidad en nuestra relación para agredirme
 - 232. Mi pareja me culpa de no tener amigos
 - 233. Mis amigos me achacan los problemas con sus parejas
 - 234. Mi pareja me hace sentir mal cuando falla en sus objetivos
 - 235. Mis amigos me culpan de las discusiones entre ellos
 - 236. Mi madre me achaca su soledad
 - 237. Mi pareja me responsabiliza de su mala suerte
 - 238. Mi pareja me hace sentir mal si no gano suficiente dinero
 - 239. Mi familia me reclama por el poco tiempo que paso con ella
 - 240. Mi pareja me hace sentir que fallo con mis obligaciones económicas

IV. DIMENSIÓN ABANDONO

Indicador: Acercamiento afectivo

- 241. Mi pareja se muestra distante conmigo
- 242. Siento lejana a mi familia
- 243. Mis amigos me rechazan
- 244. Siento que mi profesor o jefe me hacen a un lado
- 245. En mi familia se carece de muestras de afecto

Indicador: Descuido

- 246. A mi pareja le tiene sin cuidado si me enfermo
- 247. A mi familia no le preocupa si no he comido
- 248. Mi familia descuida mi alimentación
- 249. Mi pareja despilfarra el dinero que yo gano
- 250. Mi pareja descuida sus responsabilidades en la relación
- 251. Mi jefe o profesores se desentienden de mis intereses

Indicador: Desinterés/ indiferencia

- 252. Mi pareja me ignora
- 253. Mi pareja muestra desinterés por lo que hago
- 254. A mi familia le tienen sin cuidado mis amigos
- 255. Mis amigos son indiferentes ante mi vida personal
- 256. A mi jefe o profesores les da lo mismo mi crecimiento personal
- 257. Mis amigos son insensibles frente a lo que me pasa
- 258. Mi pareja está ausente cuando la necesito
- 259. Mi pareja me ignora en las decisiones importantes
- 260. Mi pareja se niega a dejarme ver mis programas de televisión preferidos
- 261. Mi pareja dedica mucho tiempo a sus cosas personales
- 262. Mi pareja olvida la fecha de mi cumpleaños
- 263. Mi pareja pasa más tiempo con su familia que conmigo
- 264. Mi familia desaprueba mis decisiones
- 265. Mi jefe o profesores se muestran indiferentes ante mis problemas

- 266. Cuando tengo problemas mis compañeros me dejan solo
- 267. Mi jefe o profesores me obligan a trabajar enfermo
- 268. Mi jefe o profesor no respeta mis derechos

V.- DIMENSIÓN CHANTAJE

Dimensión: Condicionamiento del afecto

- 269. Si salgo con mis amigos, mi pareja amenaza con dejarme
- 270. Mi pareja me dice que si llego tarde se negará a salir conmigo
- 271. Mi pareja me dice que si no obtengo un buen empleo, abandonara la relación
- 272. Mi pareja me amenaza con hacerse daño
- 273. Cuando salgo con mis amigos, mi familia se siente ignorada
- 274. Mis amigos amenazan con dejarme fuera del grupo, si no hago lo que dicen
- 275. Mi familia me condiciona su apoyo, si no hago lo que ellos quieren

Dimensión: Condicionamiento de satisfactores

- 276. Si llego tarde mi pareja me rechaza sexualmente
- 277. Mi pareja me condiciona el contacto sexual
- 278. Mi jefe o profesor condicionan mi estancia laboral o escolar
- 279. Cuando el dinero que apporto es insuficiente, mi pareja se niega a tener relaciones sexuales conmigo
- 280. Si llego con aliento alcohólico, mi pareja me condiciona el acercamiento sexual
- 281. Cuando estoy desacuerdo con mi pareja, me rechaza

VI.- DIMENSIÓN SEXUAL

Indicador: Cuestionar virilidad

- 282. Cuando me niego a tener relaciones sexuales con mi pareja ella dice que soy poco hombre
- 283. Cuando salgo con mis amigos necesito probarles que soy muy hombre
- 284. Cuando mis amigos me ven llorar me califican de maricón
- 285. Cuando demuestro mis afectos mi familia dice que soy débil
- 286. Si participo en actividades del hogar mis amigos me tachan de mandilón
- 287. Si no respondo agresivamente, la gente cuestiona mi hombría
- 288. Mi pareja pone en duda mi capacidad para satisfacerla
- 289. Mi pareja me demanda disposición sexual en todo momento
- 290. Mi pareja queda insatisfecha cuando tenemos relaciones sexuales y me siento responsable de ello.
- 291. Mi pareja compara mi potencia sexual con la de otros hombres
- 292. Mis amigos dicen que soy un regañado si me preocupo por mi mujer
- 293. Mis amigos me consideran hombre sólo si tengo varias aventuras con mujeres
- 294. Mi familia me tacha de raro si me buscan más hombres que mujeres
- 295. Mi pareja dice que tengo un pene muy chico y no puedo satisfacerla
- 296. En mi trabajo me tratan como hombre sólo si mantengo relaciones sentimentales con varias mujeres.
- 297. Si termino antes que mi pareja al tener relaciones sexuales, duda de mi potencia sexual.
- 298. Mis amigos cuestionan mi hombría si no salgo con otras mujeres además de mi pareja.

- 299. Mis amigos me dicen maricón si no tengo relaciones con las mujeres que me buscan sexualmente
- 300. Si no tengo novia, en mi familia dudan de que soy hombre
- 301. Los hombres de mi familia dudan de mi hombría si carezco de interés sexual por las mujeres con las que me relaciono
- 302. Mis amistades me consideran gay, si dejo de mostrarme interesado sexualmente por toda mujer que se me para enfrente
- 303. Mis amigos se burlan del tamaño de mi pene
- 304. Mi pareja se queja constantemente de que dure poco cuando tenemos relaciones sexuales
- 305. Mi pareja dice gozar más con juguetes sexuales que conmigo
- 306. Mi pareja se ríe del tiempo que puedo mantener una relación sexual
- 307. Mi pareja dice que soy impotente si no queda satisfecha en el acto sexual
- 308. Mi pareja dice que no soy capaz de quererla como ella demanda
- 309. Mi pareja me hace sentir que no puedo complacerla sexualmente
- 310. Me siento mal cuando soy incapaz de cumplir con lo que es importante para mi pareja en lo sexual.
- 311. Mi pareja duda de mi hombría si no tenemos un orgasmo juntos
- 312. Mi pareja me echa en cara que pueda tener más de un orgasmo y yo sólo uno.

Indicador: Negarse a tener relaciones sexuales

- 313. Mi pareja sistemáticamente pone pretextos para no tener relaciones sexuales
- 314. Mi pareja se muestra indiferente durante la relación sexual
- 315. Mi pareja evita todo contacto sexual
- 316. Mi pareja se niega a complacerme sexualmente
- 317. Mi pareja ignora mis necesidades sexuales
- 318. Mi pareja prefiere masturbarse que tener relaciones sexuales conmigo
- 319. Mi pareja se muestra aburrida cuando yo me acerco sexualmente

VII.- DIMENSIÓN INFIDELIDAD Y CELOS

Indicador: Reclamos

- 320. Mi pareja me acusa de ver a otras mujeres
- 321. Mi pareja me dice que la engaño con otra
- 322. Mi pareja me acusa de ser más atento con mis amigas que con ella
- 323. Mi pareja me reclama cuando otra mujer se acerca a mi
- 324. Mi pareja me reclama que reciba llamadas telefónicas de otras mujeres
- 325. Los celos de mi pareja me impiden ir a donde yo quiero

Indicador: Engaño

- 326. Cuando mi pareja tiene relaciones sexuales conmigo me llama por otro nombre
- 327. Mi pareja mantiene una relación íntima simultánea a la nuestra
- 328. Mi pareja tiene encuentros sexuales esporádicos con otras personas

Indicador: Provocar celos

- 329. Mi pareja me compara con otras parejas
- 330. Mi pareja me dice que le gustan otros hombres
- 331. Mi pareja coquetea con otras personas delante de mí
- 332. Mi pareja me dice las cosas a medias para provocarme celos
- 333. Mi pareja me habla constantemente de sus relaciones anteriores
- 334. Mi pareja demuestra interés por otros hombres

Variables Sociodemográficas:

- 7) Edad:
- 8) Ocupación
- 9) Grado Máximo de estudios
- 10) Lugar de nacimiento
- 11) Lugar de residencia
- 12) Estado civil.

POBLACIÓN PARA VALIDAR

PRIMERA ETAPA: Jueceo

Los jueces serán 14 psicólogos clínicos, 7 hombres y 7 mujeres, quienes indicarán si los reactivos pertenecen a la dimensión indicada y si miden el maltrato psicológico en varones.

SEGUNDA ETAPA: Población general

El instrumento está diseñado para ser contestado por cualquier persona del sexo masculino, entre 16 y 60 años.

Para su validación se obtendrá una muestra dependiendo del número de reactivos validados por los jueces.

TÉCNICA DE MUESTREO

No probabilística, accidental, por cuota

Para realizar las cuotas se tomarán en cuenta las variables: edad y estado civil.

Grupos de edad: de 15 a 30 años, de 31 a 45 y 46 a 60.

Estado civil: Soltero (viudo, divorciado, separado), casado (unión libre)

TIPO DE ANÁLISIS

t de student.



Instrumento Piloto para Jueces

Anexo 1-a

Instrucciones:

Las siguientes afirmaciones forman parte de un cuestionario sobre el maltrato psicológico en los hombres. Es muy importante saber si para usted como Psicólogo experto en el área, estas afirmaciones se refieren al maltrato psicológico. Si tiene alguna observación o sugerencia puede hacer una nota o recomendación al final del cuestionario. Delante de cada reactivo marque con una cruz (X), la opción "si" o "no" según crea si la afirmación tiene que ver o no con el maltrato psicológico en los hombres, además de si corresponde a la dimensión establecida.

Definimos **Maltrato Psicológico** como una forma específica de relación en ciclos autorreforzantes complementarios o simétricos donde media el ejercicio del poder de una parte sobre la otra y tiene varias dimensiones que son: daño verbal, bloqueo a la individualidad, provocar actitud o acción culpígena, abandono, indiferencia, chantaje o manipulación, además de daño con respecto a lo sexual, infidelidad o celos.

I.- DIMENSION VERBAL: Se refiera al daño o agresión que se externa en formas de palabras como: insultos, ofensas, calumnias, maledicencias, malas palabras, etc.	Corresponde a la Dimensión	Mide Maltrato psicológico
1. Mi jefe o profesor me llama la atención con malas palabras	Si () No ()	Si () No ()
2. Mi pareja se dirige a mí con insultos	Si () No ()	Si () No ()
3. Mis amigos me llaman por apodos que me hacen sentir mal	Si () No ()	Si () No ()
4. Mi jefe o profesor me llama la atención en público	Si () No ()	Si () No ()
5. Mi pareja me maldice	Si () No ()	Si () No ()
6. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí.	Si () No ()	Si () No ()
7. En mi trabajo o escuela no son respetuosos conmigo	Si () No ()	Si () No ()
8. Mi pareja inventa cosas negativas de mi familia	Si () No ()	Si () No ()
9. Mis compañeros (as) de trabajo o de escuela dicen cosas malas de mí	Si () No ()	Si () No ()
10. En mi familia se burlan de mí	Si () No ()	Si () No ()
11. Mis amigos me ridiculizan	Si () No ()	Si () No ()
12. Mi familia me acusa de cosas malas que no hago	Si () No ()	Si () No ()
13. En mi grupo de amigos nos falta sinceridad	Si () No ()	Si () No ()
14. Mi jefe o maestro compara negativamente mi trabajo con el de los otros	Si () No ()	Si () No ()
15. Mi pareja resalta mis defectos	Si () No ()	Si () No ()
16. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias	Si () No ()	Si () No ()
17. En mi trabajo o escuela me intimidan mis compañeros	Si () No ()	Si () No ()
18. Mis amigos se expresan mal de mí.	Si () No ()	Si () No ()
19. Mi familia me critica	Si () No ()	Si () No ()
20. Recibo amenazas de mis vecinos	Si () No ()	Si () No ()
21. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí	Si () No ()	Si () No ()
22. En mi familia me amenazan	Si () No ()	Si () No ()
23. Mi pareja me dice que me va a abandonar	Si () No ()	Si () No ()
24. Me siento humillado cuando mis amigos me gritan	Si () No ()	Si () No ()
25. Mi pareja alza la voz cuando se dirige a mí	Si () No ()	Si () No ()
26. Mi jefe o profesor me intimida con sus gritos	Si () No ()	Si () No ()
27. En mi familia hablamos con gritos	Si () No ()	Si () No ()
28. Mis amigos me gritan para humillarme	Si () No ()	Si () No ()
	Corresponde	Mide

II. DIMENSIÓN BLOQUEO A LA INDIVIDUALIDAD: Se refiere a aquellas acciones que buscan bloquear la libertad del otro, mediante el control y la invasión de los espacios y la violación de la intimidad.	a la Dimensión	Maltrato psicológico
29. Mi pareja registra mis pertenencias	Si () No ()	Si () No ()
30. En mi familia no respetan mi intimidad	Si () No ()	Si () No ()
31. Mi jefe o profesor hace comentarios en público de mi vida personal	Si () No ()	Si () No ()
32. Mis amigos divulgan mis secretos	Si () No ()	Si () No ()
33. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias	Si () No ()	Si () No ()
34. Mis amigos me presionan a hablar de mi vida sexual	Si () No ()	Si () No ()
35. Mis amigos cuestionan mis creencias religiosas	Si () No ()	Si () No ()
36. Mi pareja impide que salga con mis amigos	Si () No ()	Si () No ()
37. Mi familia interfiere en mis relaciones sociales o de pareja	Si () No ()	Si () No ()
38. Mi jefe me obliga a trabajar sin razón los fines de semana	Si () No ()	Si () No ()
39. Algunos de mis amigos limitan mis demás relaciones	Si () No ()	Si () No ()
40. Mi pareja controla lo que como	Si () No ()	Si () No ()
41. Mi jefe o profesor limita mis relaciones sociales	Si () No ()	Si () No ()
42. Mi pareja se inmiscuye en mis asuntos personales	Si () No ()	Si () No ()
43. Mi pareja llega sorpresivamente a mi trabajo o escuela	Si () No ()	Si () No ()
44. Mi pareja bloquea mi independencia	Si () No ()	Si () No ()
45. En mi familia carecemos de libertad	Si () No ()	Si () No ()
46. Mi jefe o profesor me manipula	Si () No ()	Si () No ()
47. Mi pareja se opone a que participe en actividades que me permitan desarrollarme	Si () No ()	Si () No ()
48. Mi pareja se molesta cuando hablo con mi familia	Si () No ()	Si () No ()
49. Mis amigos interfieren en mi relación de pareja	Si () No ()	Si () No ()
50. Mi pareja pretende que este con ella en todo momento	Si () No ()	Si () No ()
51. Mi pareja me llama más de tres veces al día	Si () No ()	Si () No ()
52. Mi familia me reprime	Si () No ()	Si () No ()
53. Mis padres insisten en escoger a mis amigos	Si () No ()	Si () No ()
III.- DIMENSIÓN CULPA: Se refiere a acciones, actitudes y conductas que tienen el propósito de culpar al hombre de situaciones negativas o vergonzosas en cualquier ámbito, en eventos cotidianos o sorpresivos de la vida cotidiana.	Corresponde a la Dimensión	Mide Maltrato psicológico
54. Mi pareja me hace sentir que fallo con mis obligaciones económicas	Si () No ()	Si () No ()
55. Mi pareja me dice que yo soy la causa de lo que le pasa	Si () No ()	Si () No ()
56. Mi pareja me acusa del mal funcionamiento de la relación	Si () No ()	Si () No ()
57. Si ocurre algún evento desagradable, mi familia me hace sentir culpable	Si () No ()	Si () No ()
58. Mi jefe o profesor me responsabilizan de que el trabajo salga mal	Si () No ()	Si () No ()
59. En mi familia dicen injustificadamente que yo soy quien causa los problemas de la casa	Si () No ()	Si () No ()
60. Mi pareja me responsabiliza de los problemas económicos	Si () No ()	Si () No ()
61. Mi pareja dice que yo le causo problemas de salud	Si () No ()	Si () No ()
62. Mi jefe no acepta su responsabilidad cuando se equivoca y me culpa	Si () No ()	Si () No ()
63. Mi pareja me culpa de su insatisfacción sexual	Si () No ()	Si () No ()
64. Mis padres me responsabilizan del comportamiento de otros	Si () No ()	Si () No ()
65. Mi pareja evade su responsabilidad en nuestra relación para agredirme	Si () No ()	Si () No ()
66. Mi pareja me culpa de no tener amigos	Si () No ()	Si () No ()
67. Mis amigos me achacan los problemas con sus parejas	Si () No ()	Si () No ()
68. Mi pareja me hace sentir mal cuando falla en sus objetivos	Si () No ()	Si () No ()
69. Mis amigos me culpan de las discusiones entre ellos	Si () No ()	Si () No ()
70. Mi madre me achaca su soledad	Si () No ()	Si () No ()
71. Mi pareja me responsabiliza de su mala suerte	Si () No ()	Si () No ()
72. Mi pareja me hace sentir mal si no gano suficiente dinero	Si () No ()	Si () No ()
73. Mi familia me reclama que paso poco tiempo con ella	Si () No ()	Si () No ()

IV. DIMENSIÓN ABANDONO: Se refiera a actitudes de descuido que el hombre recibe en cuestiones básicas de la vida como el acercamiento afectivo y la salud; donde la pareja o la familia pone demasiado interés e invierte demasiado tiempo en cuestiones personales como el trabajo, amigos, pasatiempos, etc; descuidándolo.	Corresponde a la Dimensión	Mide Maltrato psicológico
74. Mi pareja se muestra distante conmigo	Si () No ()	Si () No ()
75. Siento lejana a mi familia	Si () No ()	Si () No ()
76. Mis amigos me rechazan	Si () No ()	Si () No ()
77. Siento que mi profesor o jefe me hacen a un lado	Si () No ()	Si () No ()
78. En mi familia se carece de muestras de afecto	Si () No ()	Si () No ()
79. A mi pareja le tiene sin cuidado si me enfermo	Si () No ()	Si () No ()
80. A mi familia no le preocupa si no he comido	Si () No ()	Si () No ()
81. Mi familia descuida mi alimentación	Si () No ()	Si () No ()
82. Mi pareja despilfarras el dinero que yo gano	Si () No ()	Si () No ()
83. Mi pareja descuida sus responsabilidades en la relación	Si () No ()	Si () No ()
84. Mi jefe o profesores se desentendrán de mis intereses	Si () No ()	Si () No ()
85. Mi pareja me ignora	Si () No ()	Si () No ()
86. Mi pareja muestra desinterés por lo que hago	Si () No ()	Si () No ()
87. A mi familia le tienen sin cuidado mis amigos	Si () No ()	Si () No ()
88. Mis amigos son indiferentes ante mi vida personal	Si () No ()	Si () No ()
89. A mi jefe o profesores les da lo mismo mi crecimiento personal	Si () No ()	Si () No ()
90. Mis amigos son insensibles frente a lo que me pasa	Si () No ()	Si () No ()
91. Mi pareja está ausente cuando la necesito	Si () No ()	Si () No ()
92. Mi pareja me ignora en las decisiones importantes	Si () No ()	Si () No ()
93. Mi pareja se niega a dejarme ver mis programas de televisión preferidos	Si () No ()	Si () No ()
94. Mi pareja dedica mucho tiempo a sus cosas personales	Si () No ()	Si () No ()
95. Mi pareja olvida la fecha de mi cumpleaños	Si () No ()	Si () No ()
96. Mi pareja pasa más tiempo con su familia que conmigo	Si () No ()	Si () No ()
97. Mi familia desaprueba mis decisiones	Si () No ()	Si () No ()
98. Mi jefe o profesores se muestran indiferentes ante mis problemas	Si () No ()	Si () No ()
99. Cuando tengo problemas mis compañeros me dejan solo	Si () No ()	Si () No ()
100. Mi jefe o profesores me obligan a trabajar enfermo	Si () No ()	Si () No ()
V.- DIMENSIÓN CHANTAJE: Es la manipulación de las acciones del otro que condicionan la conducta del hombre en lo económico, emocional, social, laboral, escolar, sexual, etc.	Corresponde a la Dimensión	Mide Maltrato psicológico
101. Cuando estoy desacuerdo con mi pareja, me rechaza	Si () No ()	Si () No ()
102. Si salgo con mis amigos, mi pareja amenaza con dejarme	Si () No ()	Si () No ()
103. Mi pareja me dice que si llego tarde se negará a salir conmigo	Si () No ()	Si () No ()
104. Mi pareja me dice que si no obtengo un buen empleo, abandonará la relación	Si () No ()	Si () No ()
105. Mi pareja me amenaza con hacerse daño	Si () No ()	Si () No ()
106. Cuando salgo con mis amigos, mi familia se siente ignorada	Si () No ()	Si () No ()
107. Mis amigos amenazan con dejarme fuera del grupo, si no hago lo que dicen	Si () No ()	Si () No ()
108. Mi familia me condiciona su apoyo, si no hago lo que ellos quieren	Si () No ()	Si () No ()
109. Si llego tarde mi pareja me rechaza sexualmente	Si () No ()	Si () No ()
110. Mi pareja me condiciona el contacto sexual	Si () No ()	Si () No ()
111. Mi jefe o profesor condicionan mi estancia laboral o escolar	Si () No ()	Si () No ()
112. Cuando el dinero que apporto es insuficiente, mi pareja se niega a tener relaciones sexuales conmigo	Si () No ()	Si () No ()
113. Si llego con aliento alcohólico, mi pareja me condiciona el acercamiento sexual	Si () No ()	Si () No ()

VI. DIMENSIÓN SEXUAL: Se refiere al maltrato que recibe el hombre al no tomarse en cuenta sus necesidades afectivo- sexuales, así como el forzarlo a tener relaciones sexuales no deseadas o de manera incómoda o vergonzosa, además de cuestionar su virilidad.	Corresponde a la Dimensión	Mide Maltrato psicológico
114. Cuando salgo con mis amigos necesito probarles que soy muy hombre	Si () No ()	Si () No ()
115. Cuando mis amigos me ven llorar me califican de maricón	Si () No ()	Si () No ()
116. Cuando demuestro mis afectos mi familia dice que soy débil	Si () No ()	Si () No ()
117. Si participo en actividades del hogar mis amigos me tachan de mandilón	Si () No ()	Si () No ()
118. Si no respondo agresivamente, la gente cuestiona mi hombría	Si () No ()	Si () No ()
119. Mi pareja pone en duda mi capacidad para satisfacerla	Si () No ()	Si () No ()
120. Mi pareja me demanda disposición sexual en todo momento	Si () No ()	Si () No ()
121. Mi pareja queda insatisfecha cuando tenemos relaciones sexuales y me siento responsable de ello.	Si () No ()	Si () No ()
122. Mi pareja compara mi potencia sexual con la de otros hombres	Si () No ()	Si () No ()
123. Mis amigos dicen que soy un regañado si me preocupo por mi mujer	Si () No ()	Si () No ()
124. Mis amigos me consideran hombre sólo si tengo aventuras con mujeres	Si () No ()	Si () No ()
125. Mi familia me tacha de raro si me buscan más hombres que mujeres	Si () No ()	Si () No ()
126. Mi pareja dice que tengo un pene muy chico y no puedo satisfacerla	Si () No ()	Si () No ()
127. En mi trabajo me tratan como hombre sólo si mantengo relaciones sentimentales con varias mujeres.	Si () No ()	Si () No ()
128. Si termino antes que mi pareja al tener relaciones sexuales, duda de mi potencia sexual.	Si () No ()	Si () No ()
129. Mis amigos cuestionan mi hombría si no salgo con otras mujeres además de mi pareja.	Si () No ()	Si () No ()
130. Mis amigos me dicen maricón si no tengo relaciones con las mujeres que me buscan sexualmente	Si () No ()	Si () No ()
131. Si no tengo novia, en mi familia dudan de que soy hombre	Si () No ()	Si () No ()
132. Los hombres de mi familia dudan de mi hombría si carezco de interés sexual por las mujeres con las que me relaciono	Si () No ()	Si () No ()
133. Mis amistades me consideran gay, si dejo de mostrarme interesado sexualmente por toda mujer que se me para enfrente	Si () No ()	Si () No ()
134. Mis amigos se burlan del tamaño de mi pene	Si () No ()	Si () No ()
135. Mi pareja se queja constantemente de que dure poco cuando tenemos relaciones sexuales	Si () No ()	Si () No ()
136. Mi pareja dice gozar más con juguetes sexuales que conmigo	Si () No ()	Si () No ()
137. Mi pareja se ríe del tiempo que puedo mantener una relación sexual	Si () No ()	Si () No ()
138. Mi pareja dice que soy impotente si no queda satisfecha en el acto sexual	Si () No ()	Si () No ()
139. Mi pareja dice que no soy capaz de quererla como ella demanda	Si () No ()	Si () No ()
140. Mi pareja me hace sentir que no puedo complacerla sexualmente	Si () No ()	Si () No ()
141. Me siento mal cuando soy incapaz de cumplir con lo que es importante para mi pareja en lo sexual.	Si () No ()	Si () No ()
142. Mi pareja duda de mi hombría si no tenemos un orgasmo juntos	Si () No ()	Si () No ()
143. Mi pareja me echa en cara que pueda tener más de un orgasmo y yo solo uno	Si () No ()	Si () No ()
144. Mi pareja sistemáticamente pone pretextos para no tener intimidad	Si () No ()	Si () No ()
145. Mi pareja se muestra indiferente durante la relación sexual	Si () No ()	Si () No ()
146. Mi pareja evita todo contacto sexual	Si () No ()	Si () No ()
147. Mi pareja se niega a complacerme sexualmente	Si () No ()	Si () No ()
148. Mi pareja ignora mis necesidades sexuales	Si () No ()	Si () No ()
149. Mi pareja prefiere masturbarse que tener relaciones sexuales conmigo	Si () No ()	Si () No ()
150. Mi pareja se muestra aburrida cuando yo me acerco sexualmente	Si () No ()	Si () No ()
151. Cuando me niego a tener relaciones sexuales con mi pareja ella dice que soy poco hombre	Si () No ()	Si () No ()

VII.- DIMENSIÓN INFIDELIDAD Y CELOS: Se refiere a las constantes acusaciones de infidelidad o engaño que limitan las conductas de la pareja y/o a las acciones que provoquen una reacción emocional que se vive como una amenaza de pérdida real o potencial de la persona amada, así como la falta de lealtad al compromiso de exclusividad.	Corresponde a la Dimensión	Mide Maltrato psicológico
152. Mi pareja me habla constantemente de sus relaciones anteriores	Si () No ()	Si () No ()
153. Mi pareja me acusa de ver a otras mujeres	Si () No ()	Si () No ()
154. Mi pareja me dice que la engaño con otra	Si () No ()	Si () No ()
155. Mi pareja me acusa de ser más atento con mis amigas que con ella	Si () No ()	Si () No ()
156. Mi pareja me reclama cuando otra mujer se acerca a mí	Si () No ()	Si () No ()
157. Mi pareja me reclama que reciba llamadas telefónicas de otras mujeres	Si () No ()	Si () No ()
158. Los celos de mi pareja me impiden ir a donde yo quiero	Si () No ()	Si () No ()
159. Cuando mi pareja tiene relaciones sexuales conmigo me llama por otro nombre	Si () No ()	Si () No ()
160. Mi pareja mantiene una relación íntima simultánea a la nuestra	Si () No ()	Si () No ()
161. Mi pareja tiene encuentros sexuales esporádicos con otras personas	Si () No ()	Si () No ()
162. Mi pareja me compara con otras parejas	Si () No ()	Si () No ()
163. Mi pareja me dice que le gustan otros hombres	Si () No ()	Si () No ()
164. Mi pareja coquetea con otras personas delante de mí	Si () No ()	Si () No ()
165. Mi pareja me dice las cosas a medias para provocarme celos	Si () No ()	Si () No ()
166. Mi pareja demuestra interés por otros hombres	Si () No ()	Si () No ()



INSTRUMENTO FINAL
anexo 1-b

Hola.

Estamos realizando un estudio en el que tu participación es muy importante; la información recabada en el presente cuestionario es confidencial y los datos que se obtengan serán utilizados únicamente con fines de investigación. Te pedimos que seas honesto al contestar .

Edad: _____ Ocupación: _____
 Estado civil: _____ Escolaridad: _____

¿Has tenido pareja? SI NO

INSTRUCCIONES:

Lee cuidadosamente las siguientes afirmaciones que se te presentan y pon una (X) en la opción que mejor refleje tu caso particular. Si estás Totalmente de acuerdo marca TA; Si estás de Acuerdo marca A; Si estás en desacuerdo marca D; y si estás Totalmente en Desacuerdo marca D. Es muy importante que solo elijas una opción en cada afirmación, y que no dejes ninguna sin contestar.

Ejemplo:

Mis amigos me rechazan	TA	X	D	TD
------------------------	----	--------------	---	----

En este ejemplo la respuesta significa que la mayoría de las veces tus amigos te rechazan. Continúa de la misma manera con las siguientes afirmaciones, según sea el caso.

1. Cuando demuestro mis afectos mi familia dice que soy débil	TA	A	D	TD
2. Mi pareja me maldice	TA	A	D	TD
3. Mi pareja registra mis pertenencias	TA	A	D	TD
4. Mi pareja se muestra aburrida cuando yo me acerco sexualmente	TA	A	D	TD
5. Mi pareja se queja constantemente de que dure poco cuando tenemos relaciones sexuales	TA	A	D	TD
6. Cuando estoy en desacuerdo con mi pareja, me rechaza	TA	A	D	TD
7. Mi pareja coquetea con otras personas delante de mí	TA	A	D	TD
8. Mi pareja dice que soy impotente sí no queda satisfecha en el acto sexual	TA	A	D	TD
9. Mi pareja bloquea mi independencia	TA	A	D	TD
10. Mi pareja controla lo que como	TA	A	D	TD
11. Mi pareja me dice que la engaño con otra	TA	A	D	TD
12. Cuando me niego a tener relaciones sexuales con mi pareja ella dice que soy poco hombre	TA	A	D	TD
13. En mi familia no respetan mi intimidad	TA	A	D	TD
14. Mi pareja se inmiscuye en mis asuntos personales	TA	A	D	TD
15. En mi familia me amenazan	TA	A	D	TD

16. Los celos de mi pareja me impiden ir a donde yo quiero	TA	A	D	TD
17. Mi pareja me hace sentir mal cuando falla en sus objetivos	TA	A	D	TD
18. Me siento humillado cuando mis amigos me gritan	TA	A	D	TD
19. Mi familia me acusa de cosas malas que no hago	TA	A	D	TD
20. Mis amigos me gritan para humillarme	TA	A	D	TD
21. Mi familia me reprime	TA	A	D	TD
22. Mi familia me crítica	TA	A	D	TD
23. Mi jefe no acepta su responsabilidad cuando se equivoca y me culpa	TA	A	D	TD
24. Mi pareja me amenaza con destruir mis pertenencias	TA	A	D	TD
25. Mi jefe o profesor limita mis relaciones sociales	TA	A	D	TD
26. Mi madre me achaca su soledad	TA	A	D	TD
27. Mi familia interfiere en mis relaciones sociales o de pareja	TA	A	D	TD
28. Mi jefe o profesor me intimida con sus gritos	TA	A	D	TD
29. Mi pareja me amenaza con hacerse daño	TA	A	D	TD
30. Mi jefe o profesor me manipula	TA	A	D	TD
31. Mi pareja compara mi potencia sexual con la de otros hombres	TA	A	D	TD
32. Mi familia me tacha de raro sí me buscan más hombres que mujeres	TA	A	D	TD
33. Mi pareja dice que yo le causo problemas de salud	TA	A	D	TD
34. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí.	TA	A	D	TD
35. Mi pareja evita todo contacto sexual	TA	A	D	TD
36. Mi jefe o profesor condicionan mi estancia laboral o escolar	TA	A	D	TD
37. Mi pareja mantiene una relación íntima simultánea a la nuestra	TA	A	D	TD
38. Mi pareja me acusa del mal funcionamiento de la relación	TA	A	D	TD
39. Mi jefe o profesor me llama la atención con malas palabras	TA	A	D	TD
40. Mi pareja me condiciona el contacto sexual	TA	A	D	TD
41. Mi pareja me culpa de no tener amigos	TA	A	D	TD
42. Mi pareja me culpa de su insatisfacción sexual	TA	A	D	TD
43. Cuando el dinero que aportó es insuficiente, mi pareja se niega a tener relaciones sexuales conmigo	TA	A	D	TD
44. Mi pareja dice gozar más con juguetes sexuales que conmigo	TA	A	D	TD
45. Cuando mis amigos me ven llorar me califican de maricón	TA	A	D	TD
46. Mi pareja me dice que me va a abandonar	TA	A	D	TD
47. En mi familia se burlan de mí	TA	A	D	TD
48. Mi familia me condiciona su apoyo, si no hago lo que ellos quieren	TA	A	D	TD
49. Mi pareja es sarcástica al dirigirse a mí	TA	A	D	TD
50. Mi jefe o profesor hace comentarios en público de mi vida personal	TA	A	D	TD

51. Mi pareja me hace sentir que no puedo complacerla sexualmente	TA	A	D	TD
52. Mi jefe o profesor me llama la atención en público	TA	A	D	TD
53. Mi pareja se ríe del tiempo que puedo mantener una relación sexual	TA	A	D	TD
54. Mi pareja dice que tengo un pene muy chico y no puedo satisfacerla	TA	A	D	TD
55. Mi pareja me echa en cara que pueda tener más de un orgasmo y yo solo uno	TA	A	D	TD
56. Mis amigos me llaman por apodos que me hacen sentir mal	TA	A	D	TD
57. Mi pareja me compara con otras parejas	TA	A	D	TD
58. Mi pareja me dice que si llego tarde se negará a salir conmigo	TA	A	D	TD
59. Mi pareja me dice que si no obtengo un buen empleo, abandonará la relación	TA	A	D	TD
60. Mi pareja me hace sentir que fallo con mis obligaciones económicas	TA	A	D	TD
61. Mi pareja pone en duda mi capacidad para satisfacerla	TA	A	D	TD
62. Mi pareja me reclama cuando otra mujer se acerca a mi	TA	A	D	TD
63. Mi pareja me reclama que reciba llamadas telefónicas de otras mujeres	TA	A	D	TD
64. Mi pareja me responsabiliza de los problemas económicos	TA	A	D	TD
65. Mi pareja me responsabiliza de su mala suerte	TA	A	D	TD
66. Mi pareja se muestra indiferente durante la relación sexual	TA	A	D	TD
67. Mi pareja resalta mis defectos	TA	A	D	TD
68. Mi pareja se niega a complacerme sexualmente	TA	A	D	TD
69. Mi pareja se dirige a mí con insultos	TA	A	D	TD
70. Mi pareja se molesta cuando hablo con mi familia	TA	A	D	TD
71. Mi pareja se opone a que participe en actividades que me permitan desarrollarme	TA	A	D	TD
72. Mi pareja tiene encuentros sexuales esporádicos con otras personas	TA	A	D	TD
73. Mis padres insisten en escoger a mis amigos	TA	A	D	TD
74. Mis amigos se burlan del tamaño de mi pene	TA	A	D	TD
75. Mi pareja me hace sentir mal si no gano suficiente dinero	TA	A	D	TD
76. Mis amigos dicen que soy un regañado si me preocupo por mi mujer	TA	A	D	TD
77. Recibo amenazas de mis vecinos	TA	A	D	TD
78. Si llegó tarde mi pareja me rechaza sexualmente	TA	A	D	TD
79. Si llego con aliento alcohólico, mi pareja me condiciona el acercamiento sexual	TA	A	D	TD
80. Si no tengo novia, en mi familia dudan de que soy hombre	TA	A	D	TD
81. Si ocurre algún evento desagradable, mi familia me hace sentir culpable	TA	A	D	TD
82. Si salgo con mis amigos, mi pareja amenaza con dejarme	TA	A	D	TD
83. Mi pareja me dice las cosas a medias para provocarme celos	TA	A	D	TD

ANEXO 2

ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN ANTEPROYECTO “COTERAPIA: RECURSO EN LA FORMACIÓN E INTEGRACIÓN DE LA PERSONA DEL TERAPEUTA FAMILIAR.”

A efecto de llevar a cabo la presente Investigación, partiremos del punto de relación entre **teoría, metodología y la operación técnica** (Galindo Cáceres, 1998), a través del ejercicio reflexivo, mismo que requerirá de la auto-observación constante. Mediante este proceso reflexivo de auto-observación, los investigadores (coterapeutas) formaremos parte de lo observado (cibernética de segundo orden), por lo que la interacción de nosotros mismos, con nosotros mismos y de nosotros con los otros, nos brindará aprendizaje, al tiempo que nos modificará, de forma tal, que en cada momento seremos diferentes, a quienes éramos en un momento anterior.

Objetivos

Identificar los procesos internos y externos que conforman el trabajo coterapéutico.

Establecer un los elementos que enriquezcan la formación del terapeuta familiar, a partir de la observación de la coterapia detrás del espejo.

MARCO TEÓRICO.

Decidimos emprender el trabajo teórico permitiéndonos hacer nuestra propia lectura de los conceptos e ideas que diversos autores han propuesto, para darle sentido a la construcción de la experiencia en el trabajo de coterapia. A veces decidimos importar conceptos que hasta ahora no han sido estrechamente

vinculados con este modelo de trabajo pero que en el trabajo con las familias que hemos realizado en año y medio nos han permitido entender un poco mejor los que sucedía con nosotros y en la relación con las familias. Nos referiremos a la coterapia bipersonal con un equipo heterosexual.

Un buen punto de partida fue entender la terapia como una experiencia de **parentalización simbólica** en el que el vínculo de los coterapeutas es el instrumento principal de trabajo (Napier y Whitaker, 1997), pero este concepto evolucionó en nosotros hacia la idea de **resignificación simbólica emocional** en la que nuestra persona de terapeuta podría ser resignificada identificándola no sólo con figuras parentales o no parentales de un pasado significativo sino también de un presente próximo; identificar el rol que se nos había asignado, y permitirnos vivenciarlo parece uno de los elementos que mejor nos ha permitido ser aceptados en el mundo de las familias.

Comprendemos de manera general la coterapia como un tratamiento en el que dos terapeutas intervienen simultáneamente dirigido a individuos, parejas, familias o grupos que presentan problemas que en algún grado son de naturaleza emocional. Los conceptos de división y disociación del equipo de coterapia propuestos por D. Rubinstein y O. Weiner (en Zuk y Boszormenyi, 1998) nos llevan a ver la coterapia como un proceso en el que el todo y la suma de sus partes son diferencias que hacen una diferencia; no basta tener a dos terapeutas en una sesión para poder entender esto como un proceso de coterapia; la división, fenómeno en el que los terapeutas coparticipan con puntos de vista distinto en un momento dado del tratamiento, debe diferenciarse de la disociación fenómeno en el que se presenta la falta de conocimiento entre los coterapeutas, la falta de integración como un equipo por diferencias básicas en sus personalidades o en sus estilos terapéuticos, o una combinación de las anteriores.

La importancia de un equipo de coterapia integrado como un sistema permite funcionar al equipo a través de los procesos de diferenciación- individuación y

pertenencia- involucramiento, elementos que comparten el sistema familiar y el sistema terapéutico a distintos niveles: en la relación entre los miembros del sistema de coterapia, entre los miembros del sistema de coterapia y el equipo, entre los miembros de la familia, y entre los miembros del sistema de coterapia y la familia.

Los terapeutas deciden trabajar juntos con fundamento en indicios sutiles e inconscientes, probablemente relacionado a experiencias semejantes en sus familia de origen o a haber conocido parecidos estilos de expresión, de la calidad de afecto, etc. lo cual les facilita sentirse conectados y zanjar sus diferencias de manera relativamente congruente. Se sobreponen las afinidades de sus personalidades y experiencias introyectadas a las diferencias de sexo, profesión, cultura y religión. La confianza y sensibilidad entre los coterapeutas es un requisito previo para poder trabajar con familias; esta concordancia primaria permite tolerar la divergencia o división entre ellos, así como también les permite manejar la ansiedad familiar. Una relación de equipo tiene su propia evolución para llegar a un entendimiento con respecto a las ambivalencias existentes entre los terapeutas; si el fundamento de la relación es lo suficientemente sólido podrán alternar los diversos roles (Framo, 1991; en Boszormenyi Nagy y Framo).

Bechara (2000) destaca que la elección del coterapeuta, dinámicamente confirma la elección narcisista que implica todo encuentro entre coterapeutas, elijo al otro terapeuta por algo que yo soy, o quiero ser.

Para Avilés (1992) la evolución del equipo de coterapia incluye al menos cuatro etapas: **encuentro**, en la que se da una fase de conocimiento del otro y de la relación que se establece entre ambos, incluyéndose las fantasías e idealizaciones así como se comparte la sensación de unión en un objetivo compartido; **poder y control**, momento en el cual prevalece el sentido de autonomía personal con la familia y con el coterapeuta, se identifican como una entidad separada con discordancias; **intimidad**, etapa en la que los terapeutas modelan distintos tipos de relaciones, en donde destaca el respeto, la disminución de la idealización y la aceptación del otro; y por último la **separación**, en la

medida que la familia mejora y se acerca el fin del tratamiento se acerca también un cambio en la relación de los terapeutas, la pérdida de un espacio que compartían, la emancipación de la familia y la posible disolución del equipo de coterapia.

Hemos observado que estas etapas no hablan de un proceso acabado que termine en la última fase, más bien se trata de un proceso con posibilidades de reactivarse y transformarse; los elementos que cualitativamente se combinan serán distintos ante las condiciones y eventualidades de otras familias, los terapeutas podrán o no estar en otro momento significativamente distinto de su historia, incluso considerando elementos teóricos distintos; y en general los elementos de anclaje, las resonancias y ensamblajes, y los prejuicios o pre-entendimientos tenderán a mezclarse de distintas maneras en cada caso.

Las resonancias y los ensamblajes (Elkaim, 2000) como conceptos los hemos utilizado para trabajar y dar sentido a los que pasaba con nosotros y las familias con que trabajábamos en relación a nuestras propias historias; las resonancias como elementos semejantes que se presentaban en nuestras historias como coterapeutas o en nuestras historias en relación con la historia que traía la familia a cada sesión; los ensamblajes como elementos diferentes que formaban parte de las historias de los terapeutas entre sí o de los terapeutas con la familia. La comprensión de estos elementos ha potenciado nuestro trabajo con las familias, nos ha permitido desarrollar un sentido de comunión con las familias al mismo tiempo que nos facilitaba hacer nuevas diferencias en nuestro trabajo.

Los prejuicios entendidos como una serie de fantasías, ideas, verdades aceptadas, presentimientos, nociones, hipótesis, modelos, teorías, sentimientos personales, estados de ánimo y convicciones preexistentes, que contribuyen en un encuentro con otro ser humano a la formación del propio punto de vista, de la propia percepción y de la propia acción (Cecchin G., Lane G y Ray W., 1997); trascienden y conectan nuestras historias personales, familiares, culturales y de

formación profesional. Especialmente útil nos ha resultado estar atentos a nuestros prejuicios como terapeutas y coterapeutas, consideramos a los prejuicios como guías en nuestro trabajo, pero los prejuicios limitan también las posibilidades de comprensión y de acción; es entonces cuando nos hace sentido la idea de irreverencia sistémica para evitar ceder a creencias y patrones restrictivos (Cecchin G., Lane G. y Ray W. 2000).

El concepto de anclaje viene de los referentes teóricos que compartimos en nuestra práctica, más bien son ideas que influyen en nuestra práctica desde distintos modelos de terapia familiar; al conversar sobre este punto descubrimos que compartimos la influencia del Modelo Experiencial de Carl Whitaker, del Modelo Estructural de Salvador Minuchin, del Modelo de Mc Master de Nathan Epstein, del Modelo Trigeneracional de Boszormenyi Nagy, del Modelo de Milán de Boscolo y Cecchin y del Equipo Reflexivo de Tom Andersen, principalmente.

Al integrar un equipo de coterapia, se integrará también, la persona de los terapeutas, esto es, sus historias de vida, sus sentimientos, su experiencia profesional, sus marcos teóricos de referencia, su razonamiento. Con frecuencia la coterapia es comparada con la danza que se establece en la relación de pareja. De ahí que resulte importante hacer todo un trabajo personal antes de ponerse en contacto con las familias. Durante este proceso se hace necesario aprender las lecturas que el otro va haciendo sobre la familia en cuestión, las resonancias de la familia en mí y en el otro, notar las diferencias en la manera de enfocar las diferentes situaciones, siendo este proceso la manera en que uno puede ir viendo y sintiendo si el otro puede ser un buen compañero de trabajo o no. Hay dos actos en la obra, uno cuando se tiene a la familia frente a nosotros y otro cuando el equipo trabaja fuera, y probablemente este segundo acto implique más horas de trabajo, horas en las que se revisa el proceso terapéutico como tal, y muchas más en donde se revisan los sentimientos mutuos; los pensamientos acerca de la familia, de cada uno de los coterapeutas y también sus vidas privadas y sus familias de origen.

La coterapia puede también complicar la situación de trabajo e incluso crear dificultades, pero un equipo terapéutico capaz de elaborar los conflictos que puedan surgir en la relación y cuyos integrantes se conozcan bien entre sí, constituye una herramienta terapéutica poderosa. Si los miembros no son capaces de zanjar sus diferencias, por consideración hacia las familias deberán separarse (Framo, 1996). Pero por otra parte las zonas de ceguera de un terapeuta pueden ser cubiertas por las zonas de visión del otro; a la acción creadora cuando se da entre dos, se agrega toda una posibilidad que ninguno individualmente puede tener (Martínez C. y Bouquet M., 1993).

Para Carpenter y Treacher (1993) el trabajo en coterapia tiende a facilitar la transferencia, facilita la identificación, suministra una relación modelo a la familia y facilita una cuerda salvavidas al terapeuta que se sumerge en el sistema familiar, al tiempo que el apoyo del coterapeuta le asegura la posibilidad de salir; sin embargo no debe descuidarse el análisis de la relación que se establece entre los terapeutas, el modelo que proporcionan como relación de género, poder, de reconocimiento, discusión, resolución de conflictos, de valoración, de apoyo, de la contribución de uno y otro. Puede ser que las diferencias y problemas entre los coterapeutas reflejen los de la familia, así como también puede estar en alguna medida reflejando la familia los problemas entre los coterapeutas. Hannum (1980) incluye como un elemento de importancia la evaluación de las fortalezas y debilidades de cada relación de coterapia en particular.

Wynne (1991) encontró que en las familias con muchos miembros y en las que están marcadamente fragmentadas y desorganizadas el uso de la coterapia facilita el uso de las capacidades reflexivas del terapeuta, disminuye la necesidad de participar en el proceso desde una directividad defensiva, y puede echar mano de otro par de ojos y oídos que le ayuden a captar los acontecimientos de la terapia (En Boszormenyi Nagy y Framo).

Jacqueline Cabrera y cols. (1999) comentan la dificultad de hacer terapia, y en especial al hacerlo en coterapia, en dónde se hace necesario integrar el interior con el exterior, los distintos referentes teóricos y principalmente al equipo de los coterapeutas. Realizaron un trabajo acerca del trabajo coterapeútico durante nueve meses, en dónde había diferencia de edad de 23 años, con lo que intentaron integrar lo nuevo y lo viejo, los comienzos y la veteranía, la osadía con la sensatez, los "mundos" internos de dos "mundos" diferentes, al servicio de los pacientes. Para estos autores el axioma básico indica: "Coterapia eficaz supone una buena relación entre los terapeutas", planteando a la integración personal y empática como el elemento de mayor importancia, estableciéndose en un segundo plano aunque no sin importancia las aproximaciones teóricas de los terapeutas.

Hannum (1980) propone a partir del trabajo en coterapia distintas alternativas de intervención, la frecuencia y variación de estas alternativas dependen de los estilos de los terapeutas y del equipo de coterapia en su conjunto, quienes deberán ser cuidadosos, respetuosos y sensibles a los efectos que su uso podría tener como resultado en las familias:

Las transacciones del equipo de coterapia; se refiere a la alternancia entre roles más pasivo o más activos, uno de los terapeutas interactúa con la familia mientras el otro observa y escucha, el terapeuta que observaba pasará al rol activo ya sea para intervenir ante un impasse de la familia, para dar apoyo o bien para contrastar con el comportamiento o las ideas del coterapeuta.

Desarrollar alianzas terapéuticas; mientras uno de los terapeutas establece alianza con algún miembro de la familia por medio de la empatía y la interacción, el otro podrá eventualmente generar alianzas con otros miembros de la familia; cada terapeuta podrá utilizar el estilo de expresión de un miembro de la familia, sentarse cerca y brindarle apoyo.

Desfocalizar y focalizar en otro aspecto; puede el terapeuta enfocarse en la situación equivocada o en un momento inadecuado, o desarrollar una interacción tangencialmente con algún sector del sistema familiar, el otro terapeuta podrá intervenir modificando el foco de atención, utilizando su rol para complementar el trabajo del otro, o haciendo comentarios sobre la interacción y las emociones que observa se activan en el otro terapeuta con relación a algún miembro de la familia.

Unirse al sistema familiar; uno de los terapeutas puede adoptar las reglas familiares o el síntoma del miembro identificado como paciente lo que le permite experimentar más directamente los efectos del sistema familiar en sus pensamientos, sentimientos y acciones, mientras el otro toma el rol tradicional de terapeuta tomando la responsabilidad de observar y monitorear el proceso. Para el terapeuta que se une a la familia existe la posibilidad de provocar a la familia para que lo traten como el paciente identificado mientras el otro terapeuta interviene buscando modificar la relación de quienes han reaccionado hacia su colega, se trabaja implícitamente con la relación entre el paciente y su familia, otra alternativa del terapeuta que se une es exagerar el síntoma hasta que parezca absurdo.

Reflejar los patrones familiares; ambos terapeutas interactúan entre ellos siguiendo el patrón familiar, puede ser usado para mostrar de manera implícita o explícita la manera en que funcionan juntos como familia, y más adelante para introducir nueva información o diferentes maneras de interactuar. De forma implícita en un primer momento al reflejar los patrones cada terapeuta establece alianza con algún miembro de la familia, más adelante modela los cambios deseables en los patrones de interacción y una relación de cooperación.

Apoyar y confrontar los patrones familiares; uno de los terapeutas puede lanzarse a confrontar los patrones y creencias familiares mientras que el otro brinda apoyo y soporte a la familia. Alguna de la variantes de esta alternativa en el trabajo con una pareja es que un terapeuta de sexo masculino apoye al varón de

la relación y confronte las creencias y patrones de la mujer, mientras que la terapeuta del sexo femenino apoye a la mujer y confronte los patrones y creencias del varón.

Bloquear la comunicación; mientras uno de los terapeutas promueve la interacción entre dos miembros de la familia, el otro se encarga de bloquear la intromisión de un tercer miembro.

Paradojas; uno de los terapeutas puede así mostrarse a favor del cambio, mientras el otro lo podría estar definiendo como prematuro, se busca romper el impasse que impide la mayor flexibilidad en el proceso de negociación y el abandono de las viejas premisas.

Nos sentimos más cómodos con las primeras 7 alternativas de intervención descritas anteriormente al trabajar con las familias y las parejas, es menos común encontrarnos utilizando paradojas premeditadamente; por otra hemos trabajado desarrollando algunas otras posibilidades:

Equipo reflexivo, a lo largo de una sesión tenemos en una o más ocasiones diálogos entre los coterapeutas acerca de lo que hemos percibido de la familia y planteamos algunas hipótesis; utilizamos algunas de las conversaciones internas que hemos tenido a lo largo de la sesión para generar una idea distinta normalmente más sistémica de lo que en la familia acontece, este proceso facilita la escucha de algunas ideas distintas por la familia, nos permite conectarnos más directamente en el espacio de la conversación aunque no necesariamente debemos coincidir con una misma idea, en ese sentido tenemos la posibilidad de plantear puntos de vista incluso alejados.

Compartiendo historias, en ocasiones compartimos parte de nuestras historias o de las historias de otros pacientes enfocándonos en lo que creemos que para los consultantes podría cobrar sentido con su historia y decidimos exponer de la

historia lo que la comodidad nos permita. "Cuando alguien cuenta una historia, nos brinda la posibilidad de que nuestras propias historias se unan a la suya y se amplifiquen, se comparen, contrasten y se vean desde distintas perspectivas; a través de contar y compartir historias las personas tienen la capacidad de estar adentro y afuera de su historia la mismo tiempo. Al escuchar una historia dejamos que nuestra propia imaginación, nuestras experiencias pasadas, diferentes pasiones y problemas ayuden a formar las imágenes que acompañan a las palabras que estamos escuchando; cuando los terapeutas cuentan historias reducen la vulnerabilidad que ocurre cuando los consultantes son los únicos que comparten sus preocupaciones y temores, y se trata de alguna forma de crear conexiones en torno a las dificultades que todos experimentamos en la vida" (Roberts, 2002).

Generando alternativas inter- géneros, aprovechamos el formar un equipo heterosexual de coterapia, si parte de las dificultades de las familias son en las relaciones de pareja en alguno o varios de los subsistemas, el terapeuta varón promueve el establecimiento de una relación empática con la mujer, y la terapeuta mujer promueve el establecimiento de una relación empática con el varón, favorecemos pautas que faciliten la relación, amplificamos el sentido de competencia y las habilidades en esta área, e invitamos al desarrollo de otras desde un espacio de mayor seguridad para los miembros de la pareja.

Metodología

Procedimiento

Se trabajará con tres familias, quienes asisten al Centro de Servicios Psicológicos, "Guillermo Dávila", de la Facultad de Psicología, UNAM.

Las sesiones serán atendidas por una pareja coterapéutica heterosexual y serán grabadas en todos los casos, previa autorización de las mismas, lo cual forma parte del encuadre que establece el centro.

Se pretende realizar entre 5 y 10 sesiones con cada una de las familias, cada sesión será dividida en:

Pre-sesión, en la cual los terapeutas tendremos un diálogo (mismo que será grabado), respecto a como nos sentimos en ese momento como personas, con nosotros mismos y con respecto a el otro, plantearemos hipótesis respecto a la familia, analizaremos las resonancias de los terapeutas.

Sesión, en este momento se abordarán las demandas de la familia. Cada terapeuta observará y reflexionará sobre las líneas de trabajo que estamos siguiendo de manera individual y como coterapeutas, los acuerdos y desacuerdos, los sentimientos generados de estos, así como de la familia. Antes de ir a la pausa se ofrecerá a la familia un diálogo entre los coterapeutas a manera de equipo reflexivo.

Pausa, en este momento hablaremos de la manera como nos sentimos en la sesión y como sentimos a la familia y se acordará la pertinencia o no de un comentario o mensaje final.

Post-sesión, nuevamente se llevará a cabo un diálogo entre los coterapeutas (grabado), en el cual habremos de revisar el contenido y proceso de la sesión, así como las resonancias generadas en cada uno de nosotros. Estableciendo líneas de trabajo para la siguiente sesión.

En algunas de las sesiones contaremos con un equipo de discusión, formado por alumnos egresados de la Maestría de Terapia Familiar (UNAM), quienes

observarán detrás del espejo la sesión, y analizarán el proceso terapéutico, así como la relación de los coterapeutas durante la misma.

En otras sesiones contaremos con la participación de alumnos en proceso de formación, de la Maestría de Terapia Familiar (UNAM), quienes observarán detrás del espejo la sesión, y analizarán el proceso terapéutico y la relación de los coterapeutas durante la sesión, mediante un cuestionario elaborado para este fin.

Por otra parte se solicitará a Terapeutas Familiares (supervisores), su análisis y reflexión sobre el trabajo realizado en coterapia, para lo cual se les entregará una sesión video-grabada. Posteriormente se entrevistará a los supervisores, entrevista que será grabada.

Operación técnica

Historias de vida, se revisarán las familias de origen de cada uno de los coterapeutas, así como la **historia** de la diáda coterapéutica.

Grupos de discusión, se invitará a alumnos egresados de la Maestría de Terapia Familiar (UNAM), quienes observarán detrás del espejo la sesión, solicitándoles analicen y discutan el proceso terapéutico, así como la relación de los coterapeutas.

Entrevistas semiestructuradas, dirigidas a Terapeutas Familiares (supervisores), para análisis y reflexión sobre el trabajo realizado en coterapia, de una sesión video-grabada.

Cuestionario (escrito), para alumnos egresados de la Maestría de Terapia Familiar, quienes observarán las sesiones detrás del espejo.

BIBLIOGRAFÍA

- Avilés G. F. (1992). **La coterapia: una alternativa en el trabajo psicoterapéutico.** Psicoterapia y familia Vol. 5 No.1, 8-14.
- Bechara J.C. (2000) ----- Psicodrama y Técnicas Grupales No. 1
- Cabrera Hernández A., Alemán Ruiz I., Alemán Ruiz S. y Martínez Bracho N. (1999) **Integrar veteranía y juventud en coterapia: más allá de los modelos teóricos** -----
- Cáceres J. (1998) **Técnicas de investigación en Sociedad, Cultura y Comunicación.** México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes; y Addison Wesley Longman de México S.A de C.V.
- Carpenter J. y Treacher A. (1993) **Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja.** España: Paidós
- Cecchin G., Lane G. Y Ray W. (2000) **Irreverencia. Una estrategia de supervivencia para terapeutas.** España: Paidós
- Cecchin G, Lane G. y Ray W. (1997). **Verità e pregiudizi. Un approccio sistémico alla psicoterapia.** Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Elkaim M. (2000) **Si me amas no me ames. Psicoterapia con enfoque sistémico.** España: Gedisa.
- Framo J. (1991) **Fundamentos y Técnicas de la Terapia Familiar Intensiva.** En I. Boszormenyi Nagy y J. Framo. **Terapia Familiar Intensiva.** México: Trillas

Framo J. (1996) **Familia de origen y psicoterapia. Un enfoque trigeneracional.** España: Paidós.

Hannum J. (1980). Some cotherapy techniques with families. *Family Process* Vol. 19, 161-168.

Martínez C. y Bouquet M. (1993). **La coterapia como procedimiento psicoterapéutico.** *Psicoterapia y familia* Vol. 6 No.1, 37-44.

Napier A. y Whitaker C (1997) **El crisol de la familia.** Argentina: Amorrortu Editores.

Roberts J. (2002) **Del dominio privado al público: entrecruzando historias de terapeutas y consultantes.** *Psicoterapia y familia.* Vol. 15 No. 2, 62-78.

Rubinstein D. Y Weiner R.O. (1998) **Relaciones del equipo de coterapia en la psicoterapia familiar.** En G.H. Zuk e I. Boszormenyi Nagy. *Terapia Familiar y Familias en Conflicto.* México: Fondo de Cultura Económica.

Wynne L. (1991) **Algunas indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar exploratoria.** En I. Boszormenyi Nagy y J. Framo. *Terapia Familiar Intensiva.* México: Trillas