



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN PSICOLOGIA

RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

CLAUDIA NAVARRO GUZMÁN

DIRECTORA DEL REPORTE: MTRA. SILVIA VITE SANPEDRO

JURADO DE EXAMEN:

MTRA. BLANCA BARCELATA

MTRA. CAROLINA RODRIGUEZ

MTRA. LUZ MARÍA ROCHA

MTRA. ARTURO MARTINEZ

MTRO. JORGE MOLINA

DRA. MARIBLANCA MOCTEZUMA

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional Autónoma de México

Es un privilegio haber sido elegida y ser parte de esta comunidad universitaria

A todos mis profesores de la Maestría, Supervisores de la Residencia en Terapia Familiar, Tutora y revisoras de este reporte

Les agradezco su dedicación y compromiso en la enseñanza. Me llevo conocimientos teóricos y prácticos, pero sobre todo su manera humana y sensible de ser y de trabajar, que enriqueció mi trabajo profesional y mi vida diaria...

Gracias por su ejemplo, que es lo más valioso.

A las familias, parejas y pacientes

Por compartir parte de sus vidas y sufrimiento; por confiar en el apoyo profesional que se les brindó.

A mi equipo terapéutico

Joaquín, Marino, Erika, Yazmín, Alma, Blanca e Ivette

De cada uno aprendí cosas valiosas, gracias por sus observaciones y por el trabajo en equipo tan provechoso que logramos realizar a lo largo de estos dos años.

Dra. Asunción Lara y Dra. María Elena Medina Mora

Gracias por su apoyo y por confiar en que podía responder a mis compromisos.

Lilí

Chiquita mía: “Lo logramos juntas”... Gracias por tu apoyo incondicional, comprensión a las renunciaciones que tuvimos que hacer, tolerancia a mis tiempos, compañía en cada momento y tus tiernas palabras de aliento. ¡Me ayudaste a continuar... hasta el final!... Te amo hija.

Mamá

Tu ejemplo de lucha y energía me ha ayudado a no desistir nunca. Gracias por tanto y por todo, por estar siempre conmigo en las buenas, en las malas y en las peores... y sobre todo... “Por creer en mí”... Por darme tus palabras en el momento más oportuno...”Cuando más oscuro está, es que pronto está por amanecer”.

Manuel

Le agradezco sus palabras, apoyo y presencia en “Cada momento importante de mi vida”...

Nena

Dios nos regalo la oportunidad de seguir juntas una vez más y me siento feliz. . .
Hermana: “*Te Dedico este trabajo con todo mi corazón...*”

Alí

Gracias por tus palabras de aliento y ánimo al trascurrir esta importante etapa de mi vida.

Lucy

Eres parte fundamental de este logro, gracias por todo tu apoyo y acciones que permitieron que yo terminara este gran sueño, tu apoyo con Lilí es invaluable.

Silvia, Estela, Nora, Clara, Miguel Angel, Tania, Paquito, Mario, Eduardo, Laura

Gracias por vivir de cerca todo lo que me implicó este camino y poder compartir con ustedes mis preocupaciones y aflicciones. Además de su cariñoso apoyo con Lilí.

Agustín

Gracias por compartir y por ayudarme a tomar el importante y difícil último suspiro, al final de este gran camino...

A mis grandes amigos: Joaquín, Marino, Erika, Yazmín

Gracias por sus palabras constantes y firmes de ánimo. De ustedes me llevo muchas cosas hermosas y un gran aprendizaje personal: “En la vida hay más que responsabilidades”...

INDICE

Introducción y Justificación

Análisis del campo psicosocial y su problemática en la cual incide la terapia familiar

Definiciones de Familia

Familias mexicanas actuales, características psicosociales

Composición actual de la familia mexicana

Características de la familia mexicana

Problemas frecuentes por los que las familias acuden por ayuda

Terapia Familiar Sistémica y Terapia Posmoderna

Terapia Familiar Sistémica y Terapia Posmoderna, como alternativa para abordar problemáticas

Otros campo de acción del terapeuta familiar

Descripción del escenario clínico

Descripción de la sede donde se realizó el trabajo clínico

Solicitudes atendidas en la residencia de Terapia Familiar, segunda generación

Marco teórico

Análisis teórico conceptual del marco epistemológico del trabajo

Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

Fundamentos de la Terapia Familiar Posmoderna

Análisis de los principios teóricos metodológicos de Terapia Familiar y Terapia Posmoderna

Modelo Estructural

Modelo Estratégico

Modelo de Terapia Breve

Modelo de Soluciones

Modelo Milán

Modelo Narrativo

Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Habilidades clínicas terapéuticas

Descripción de habilidades clínicas terapéuticas

Trabajo clínico con cuatro familias y análisis teórico de las intervenciones

Alicia y Fermín

Aída y Artemio

Galilea y Manuel

Armando y Jade

Análisis del sistema terapéutico total

Habilidades de investigación

Descripción de habilidades de investigación

Protocolo de investigación con metodología cuantitativa

Investigación documental sobre una técnica de metodología cualitativa: Grupos focales

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

Descripción de habilidades de enseñanza y difusión

Programa de intervención en la comunidad: "Taller para padres"

Productos tecnológicos

Foros académicos y actividades profesionales extra-escolares durante el periodo de maestría

Habilidades de compromiso y ética profesional

Descripción de habilidades de compromiso y ética profesional

Consideraciones éticas en la práctica profesional

Competencias profesionales: Presentación de caso

Antecedentes temáticos para la presentación del caso

Infidelidad

Violencia de pareja

Violencia sexual en la mujer durante la infancia

Desconfianza

Dilema de separación

Presentación de caso

Armando y Jade

Análisis teórico metodológico de la intervención

Conclusión final

Consideraciones del trabajo profesional en terapia

Bibliografía

Introducción y Justificación

Análisis del campo psicosocial y su problemática en la cual incide la terapia familiar

Definiciones de Familia

El concepto de familia ha sido definido desde diversos puntos de vista de acuerdo al enfoque que proporcionan las diferentes áreas del conocimiento. Por lo tanto, no es posible construir una definición universal que involucre cada uno de los aspectos de la familia. Sin embargo, se hace posible una aproximación desde diversas disciplinas.

Definiciones operativas en términos estadísticos, describen que la familia es el ámbito en el que interactúan personas relacionadas entre sí por lazos de parentesco, ya sea por consanguinidad, afinidad, costumbres o legales. En ella se establecen diferentes obligaciones y derechos entre sus miembros para satisfacer las necesidades básicas, con peculiaridades para cada uno de ellos dependiendo del sexo, edad y su posición en la familia (INEGI, 2004).

Desde las ciencias sociales, el grupo familiar es visto como el primer espacio con el que cuenta el individuo para compartir con sus iguales, es decir, para entablar una relación de tipo social. Esta interacción está regulada por diversas normas y leyes que a su vez van caracterizando al grupo mismo y al individuo de acuerdo a la forma como le sean transmitidas y como éste las asuma y cumpla. Las relaciones familiares se establecen alrededor de conductas matizadas de afectos, cultura e ideología. Estas influyen en todos los elementos de su individualidad, sus sentidos, capacidades intelectuales, habilidades, sentimientos, ideas, ideologías, etc. (Salles, 1991).

La familia es considerada como un sistema en el que se desarrollan los individuos que la integran. Este sistema, forma parte de un contexto social que interactúa con él, el cual a su vez incluye otros sistemas, que se conocen como organización social (Olson, 1991).

La familia como grupo primario, tiene un papel determinante en el desarrollo psicosocial del individuo, ya que puede ser amortiguador de los problemas a lo largo de su desarrollo, o puede ser propiciador de insatisfacción y tensión al interior del sistema.

Existen diversas investigaciones sobre familia, asegurando que si la estructura familiar cumple con las funciones esperadas, se convierte en un factor importante de apoyo que proporciona protección preventiva de trastornos y conductas adictivas (Rusell, 1979; Olson, 1991; Needle, Lave, Su, Brown y Doherty, 1988).

Desde la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1981), la familia se define como un sistema relacional abierto que excede a sus miembros individuales que están en constante interacción de manera que el cambio de alguno va seguido de cambios en los demás miembros, lo que a su vez provoca cambios en el primero y así sucesivamente.

Partiendo del concepto general de la terapia familiar; la familia es un grupo natural que en el curso del tiempo ha elaborado pautas de interacción. Estas constituyen la estructura familiar, que a su vez rige el funcionamiento de los miembros de la familia, establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas repetidas consolidan el sistema, definen su gama de conductas y facilitan su interacción recíproca (Minuchin, 1974).

Minuchin y Fishman, (1984), definen a la familia como un sistema, que tiene subsistemas diferenciados. Cada individuo es un subsistema, como lo son las diadas o subgrupos más amplios; dentro de la familia, tres unidades poseen significado particular: los subsistemas conyugal, parental y filial. El *subsistema conyugal* se refiere a la unión de dos adultos con el propósito de formar una familia, en la cual se pierde parte de individualidad, pero se gana pertenencia; algunas de sus pautas de interacción están dadas como premisas de vida y otras son el resultado de un acuerdo formal. El *subsistema parental* se refiere a las interacciones que incluyen la crianza, cuidado y funciones de socialización de los infantes. Así como tomar decisiones que atañen a su supervivencia y protección. El *subsistema filial ó de los hermanos* constituye un grupo en donde negocian, comparten, compiten y se entrenan en sus relaciones interpersonales fuera de su núcleo familiar.

La familia es un sistema en continuo desarrollo, el cual se puede concebir, según estos mismos autores, en cuatro etapas ó estadios: 1- formación de la pareja, 2.- familia con hijos pequeños, 3. -familia con hijos en edad escolar o adolescentes y 4.- la familia con hijos adultos.

Por otra parte, *las funciones de la familia* difieren de acuerdo con los parámetros de las características culturales, pero poseen raíces universales (Minuchin, 1974). Según Macías (1994), las funciones básicas que se espera la familia satisfaga son: a) proveer satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia: alimentación, techo, abrigo y protección, b) constituir la matriz emocional de las relaciones afectivas-interpersonales: la constancia positiva es fundamental para la autoestima, seguridad y confianza básica del ser humano, c) facilitar el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar: a partir del trato personal individualizado se incorpora la identidad en el grupo familiar y después, esto se generaliza en grupos más amplios, d) proveer los primeros modelos de identificación psicosexual, e) iniciar en el entrenamiento de los roles sociales: en tanto a la existencia de una estructura jerárquica con la toma de decisiones y responsabilidades; dependiendo de la edad y estilos de vida familiar, f) estimular el aprendizaje y la creatividad: incorporar nuevos elementos del exterior en forma positiva, g) ser transmisora de valores, ideología y cultura: estimulando y respetando el proceso de individuación.

El mismo autor menciona, tres elementos básicos para definir a una familia: 1.- Que sea un grupo, de al menos dos personas: a) *uniparental*: madre o padre con hijo (a), b) *nuclear*: conyugal o amplio; padres con hijo (s), c) *extensa* que incluye dos o más generaciones. 2.- De adscripción natural y pertenencia primaria: que garantice la sobrevivencia de los integrantes. 3.- La convivencia bajo el mismo techo.

El punto número uno, nos da cuenta que en la sociedad actual existen varias formas de organización familiar con diferente estructura y composición, lo que responde al entorno actual tanto social, económico y cultural. Reforzando, con esto, la necesidad de ampliar el concepto de familia, considerando la diversidad en las estructuras familiares; y no solo conceptualizar como familia al núcleo tradicional de papá, mamá e hijos.

Familias mexicanas actuales, características psicosociales

Composición actual de las familias mexicanas

Actualmente, resulta un hecho incontrovertible la presencia de transformaciones o modificaciones al interior de las familias, bien a nivel de su composición, de su estructura o de su funcionamiento. Este proceso parece seguir las transformaciones ocurridas a nivel social, cultural, económico y político. Es decir, las características socio demográficas de las familias y la organización familiar están inmersas en este macro sistema, que a su vez influye, en la transformación familiar, dando cuenta esto de la interacción ente los sistemas.

Al investigar las estadísticas, de la composición actual de las familias mexicanas, se observan cambios a través del tiempo. En 1990 se registraron en México 16.2 millones de hogares y para 2004 se censaron 22.3 millones de hogares (INEGI, 2004). Durante este periodo, se *incrementaron en mayor medida las familias con jefatura femenina* de: 2.3 a 3.9 millones (5.1% anual) que las de jefatura masculina de: 12.9 a 16.9 millones (2.7% anual). En el país la proporción de familias en las que se reconoce a una mujer como jefa es de 18.7%, cabe mencionar que en 15 entidades federativas este porcentaje es mayor, entre los que destacan el Distrito Federal (23.2%), Guerrero (22.3%) y Morelos (21.2%).

De cada 100 hogares familiares, *74 son nucleares y 26 extensos*; sin embargo, de 1990 a 2004, los últimos tuvieron mayor incremento, sobre todo aquellos que tienen como jefe a una mujer.

La forma más común de organización en las familias es la pareja con sus hijos (69%), 17.3% son familias uniparentales (en las que viven la jefa o el jefe con sus hijos), 10% son parejas sin hijos y 3.7% se forman por el jefe o la jefa sin cónyuge ni hijos, pero con otros parientes tales como nietos y sobrinos principalmente.

Las composiciones familiares muestran diferencias contundentes por sexo del jefe. De las familias dirigidas por un varón el 82% son parejas con hijos y alrededor de 12% son parejas sin hijos, en contraste, de las familias con jefa, 74% se conforman por la jefa con sus hijos, 13% son parejas con hijos y 10% son jefas sin su núcleo familiar. Es decir en la *mayoría de las familias con un varón jefe, está formada por la pareja conyugal*. Cabe

mencionar que la mayor parte de *los hogares con una mujer al frente, no cuenta con la pareja conyugal*.

Estos datos muestran un panorama actual de la composición social de las familias mexicanas, en donde observamos que en el periodo de 1990 a 2004, han habido cambios, entre los que destacan: el incremento de la jefatura familiar femenina; siendo el Distrito Federal la entidad federativa con el mayor porcentaje. Aunque tres cuartas partes de las familias son familias nucleares (69% con hijos y 17% uniparentales), se observa un incremento en la composición de las familias extensas, sobre todo cuando la mujer es la jefa de familia. Y, cuando hay un jefe hombre, las familias generalmente están conformadas con la pareja conyugal, a diferencia de cuando las familias tienen jefatura femenina.

Mercado (2005), explica el incremento de las jefaturas femeninas, por: a) la viudez femenina como resultado de una mayor sobrevivencia y esperanza de vida de las mujeres; b) el aumento de la separación de las parejas y el divorcio; c) el incremento en la proporción de madres solteras; y d) la migración de cada vez más varones a los Estados Unidos.

La realidad de la familia, debe ser entendida como un sistema abierto, que está en un proceso de cambio continuo, lo mismo que sus contextos sociales, encontrándose sujeta a las demandas de cambio inter ó intra-sistémicas y a los agentes estresantes subyacentes al desarrollo o a situaciones de vida.

De aquí la importancia que todo proceso terapéutico tome en cuenta los antecedentes tanto económicos, sociales, culturales e individuales de cada familia que acude por ayuda terapéutica. Siendo indispensable que las metas, tareas y técnicas empleadas, se adecuen a la cultura y al status de la familia atendida, y no al status, modelos de tratamiento o cultura del terapeuta y mucho menos a una definición general de familia. Es fundamental no caer en el reduccionismo, y poder contemplar el mayor número de posibles factores relacionados, en cada caso. Siendo esto una herramienta que facilita el trabajo con cada una de las familias (Yamamoto y Hernández , 1991).

Características de la familia mexicana

Para iniciar este apartado, es necesario precisar un punto importante que el Dr. Macías (2005) hace de manera muy clara: ...“No es posible hablar de la familia mexicana como una entidad con características especiales, sería una falacia hablar así, porque: ¿a qué familia nos estaríamos refiriendo?, a una de origen étnico maya, campesina, en el estado de Chiapas, a una de profesionistas de nivel medio de una ciudad en crecimiento en el centro de la República, o bien a una de ricos empresarios de una zona urbana altamente industrializada. Se puede hablar de que *existe un gran mosaico de familias mexicanas, una multiplicidad de familias diferentes unas de otras, diferencias que se pueden encontrar en función de una serie de variables*: de su tránsito de la tradicionalidad a la modernidad, de lo rural a lo urbano, del proceso ascendente, o descendente a veces, de las clases sociales, por factores económicos, educativos o de producción, de su tránsito migratorio en la historia regional de un lugar a otro y aún por su ámbito geográfico y cómo todos estos elementos constituyen una particular cultura o contexto familiar e influyen marcadamente en su funcionamiento. En este sentido de las diferencias, y desde la perspectiva clínica más aún, se puede afirmar que *no hay una familia igual a otra, cada familia es única e irrepetible*; si bien hay grupos o conjuntos de familias que comparten ciertas características y permitirían tal vez intentar hacer una cierta tipología familiar. En otro sentido se puede considerar también, como todas las familias comparten todas las necesidades y los procesos de desarrollo humanos básicos con cualquier otra familia en cualquier latitud o época. *Entender la singularidad de una familia dentro de su universalidad es parte del reto que los clínicos debemos enfrentar*”... (Macías, 2005; <http://www.ifac.com.mx/pag4.html>).

Sin dejar de tomar en consideración los conceptos anteriores, e intentando hablar de ciertas características compartidas por algunas familias urbanas mexicanas, a continuación se hace mención de algunas generalidades encontradas por algunas organizaciones e investigadores.

Socio-culturalmente, en algunas familias mexicanas, están determinadas ciertas funciones en sus integrantes: el padre es el jefe de familia y la influencia de la madre se basa en su papel de “corazón” de la familia y en su devoción auto-sacrificante hacia ella, (Natera, 1990). El rol de la madre en México, involucra expectativas difíciles de alcanzar, tales como, abnegación, devoción, auto-negación, generosidad, altruismo y su principal

papel consiste en tomar la responsabilidad de hacerse cargo de la familia (Alducin, 1989). Lara (2002), señala que culturalmente el peso de las demandas sociales recaen sobre las mujeres, en cuanto a sus responsabilidades de esposa, madre, educadora y cuidadora de otros, además en mayor número, las mujeres se van incorporando al mercado laboral, cumpliendo con la doble o triple jornada, enfrentándose con mayores responsabilidades sociales y familiares.

A las madres culturalmente se les asigna la responsabilidad total de los hijos, éstos se convierten en una fuente importante de conflictos, y que a pesar de que sientan muy conflictivas sus relaciones de pareja, éstas les pesan un poco menos, porque de cierta manera experimentan apoyo y gratificación en algunas áreas. Muy pocas madres, reconocen sus roles de madres y esposas. Esto puede ser debido al conflicto del cumplimiento de ambos, intentando cumplir solo uno de ellos (Lara, Fernández, Acevedo, López, 1996). Respecto a los hijos, Cruz (1996) menciona que ellos, por lo regular, permanecen en el núcleo familiar hasta que se casan, o por lo menos hasta edades muy avanzadas.

La UNICEF (1990), se refiere a la madre de familia como el principal agente socializador y de crianza, no así el rol del padre que aparece bastante disminuido en este aspecto. Asimismo, Gómez y Zapata (2000) mencionan que, mientras la madre es vista como dadora de cuidados, nutrición, satisfacción emocional y disciplina en casa, el padre es percibido como más duro, portador de la fuerza, protección y disciplina fuera del hogar. El padre representa la figura de autoridad y gran parte de la base de la seguridad. Aunque esté menos presente en el hogar, tiene papel de guía y jefe de la familia.

Para dar contexto al rol desempeñado por el padre, es importante hacer notar la influencia de la construcción de identidad masculina en el complejo proceso de aprendizaje social, que a partir de paradigmas culturales masculinos como: “la superioridad del hombre sobre la mujer”; les demanda una gran cantidad de energía la cual imprimen a manera de control, dominio del entorno, de ellos mismos y de los y las demás. Adicionalmente a la poca permisividad de mostrar sentimientos de ternura, miedo, etc. Esta necesidad masculina de autoafirmación, es cuestionada o reforzada en la vida cotidiana de los hombres con la finalidad de sostener su identidad (Cervantes, 1999).

Bajo este esquema social y cultural, del padre se espera sea la figura de poder, fuerza y fortaleza, así como el principal proveedor y protector de la familia.

En tanto al matrimonio, algunos estudios se han abocado a investigar este concepto en las parejas mexicanas encontrando que tiene relación esta definición, con el amor, unión y comprensión. Al considerar las diferencias entre estadios de desarrollo del subsistema conyugal, se observa que en la pareja con hijos pequeños, está más relacionado el concepto de matrimonio con actitudes como la responsabilidad, el respeto y la confianza; a diferencia de las parejas recién formadas en las que mencionan principalmente la fidelidad, el sexo, respeto, unión y amistad (Díaz-Guerrero y Szalay, 1993; Bonilla, Hernández y Andrade, 1996).

Estos datos enriquecen la visión de la familia dentro de un sistema social, que influye en su individualidad, mismas que pueden traer consigo problemas en este contexto socio-económico y cultural.

Problemas frecuentes por los que las familias acuden por ayuda

Cuando los cambios rebasan el nivel habitual de tensión y estrés, las familias acuden a terapia, en un intento por descubrir o adquirir las estrategias para contender con los cambios o con las problemáticas que se están presentando.

La responsabilidad que tiene la familia de proveer apoyo y soporte emocional, económico, social y moral pudiera generar en algunas situaciones tensión y estrés en sus integrantes. Generalmente, cuando alguno de los miembros de la familia presenta algún problema, la situación también afecta a los demás familiares. Es decir, los sistemas familiares están sometidos permanentemente al doble proceso de cambio y de estabilidad: *cambio*, por necesidades internas de la familia y por exigencias externas de la vida cotidiana; *estabilidad* para asegurar la continuidad y permitir un adecuado funcionamiento de continuidad-crecimiento, de cambio y permanencia, a través de un equilibrio dinámico, fundamental para el crecimiento del sistema familiar (Brofman, 2000).

Para entender la problemática dentro de su propio contexto, y brindar una atención adecuada a la singularidad de la familia con la que se está trabajando, se debe lograr una visualización y conceptualización del problema familiar, observando los diferentes niveles

implicados: biológico, personal, interpersonal, familiar, grupal, organizacional, social-comunitario, histórico, etc. (Yamamoto y Hernández, 1991).

Existen diversos problemas en las familias, estos pueden ser de adaptación a algún cambio interno o externo (social); por ejemplo: en el *sistema externo* se pueden encontrar problemáticas tales como desempleo, migración, desastres naturales, accidentes, estrés, depresión, adicciones, violencia física, verbal o sexual; problemas de alimentación como anorexia y bulimia, enfermedades psicosomáticas, enfermedades crónicas, etc. A un *nivel interno*, en los diferentes subsistemas familiares (conyugal, parental, fraternal, filial) pueden existir problemas de comunicación, violencia intrafamiliar ya sea física, verbal o sexual; infidelidad, problemas asociados a: conformaciones conyugales posteriores, separaciones, ó divorcios. Problemas afines con la educación de los hijos relacionados con bajo rendimiento, reprobación o fracaso escolar, problemas de conducta, manejo de límites, entre otros.

Dada la importancia de estas problemáticas familiares, más adelante se mencionarán las que fueron atendidas en esta residencia, además de hacer una descripción breve de cada una de ellas (apartado 1.4.2). Esta información dará una idea de los problemas por los cuales algunas familias acuden por ayuda profesional.

Terapia Familiar Sistémica y Terapia Posmoderna

Terapia Familiar Sistémica y Terapia Posmoderna, como alternativa para abordar problemáticas

La terapia familiar ocupa un lugar importante entre los modelos actuales de tratamiento. La teoría de sistemas y la epistemología de sistemas, que constituyen la base teórica fundamental de esta modalidad terapéutica, proveen un modelo adaptado al estudio de los fenómenos sociales complejos, tales como los que se dan en el seno de la familia. Esta forma de psicoterapia, ha evolucionado rápidamente y por la flexibilidad de su encuadre terapéutico permite la asimilación de teorías y técnicas derivadas de otros modelos de intervención clínica, cada uno de ellos, con fundamentos teóricos y técnicas específicas que ayudan al tratamiento familiar (Avilés, 2004).

El fundamento de la terapia familiar es cambiar la organización de la familia, de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique. Comprende un conjunto de teorías y técnicas cuyo objetivo de intervención es el sistema familiar como un todo y no el miembro individual. Las conductas inadecuadas o desviadas que manifiesta el “paciente identificado” se consideran como sintomáticas de una estructura familiar disfuncional y la meta del tratamiento es mejorar el funcionamiento general de esta, modificando las relaciones y patrones de comunicación familiar, con la intención de obtener cambios positivos en las interacciones que presentan los miembros del sistema. Es a través de la facilitación del uso de modalidades alternativas de interacción entre los miembros de la familia, que el terapeuta recurre a la matriz de la familia, para el proceso de cambio (Minuchin, 1974). Explora relaciones familiares desde una óptica sistémica, donde la familia es tratada como unidad, que junto a uno o más terapeutas familiares (equipo terapéutico) trabajan con el conjunto de la familia, siendo su objetivo el cambio del sistema familiar, en los aspectos estructurales y en la transformación de los procesos interaccionales en disfunción. Se parte del principio que los problemas o desafíos emocionales y psicológicos se desarrollan, se nutren y se mantienen en el contexto social de la familia.

La manera especial de trabajar con mas de una persona en la psicoterapia, implica algunos aspectos técnicos que se consideran característicos del enfoque sistémico familiar: la utilización de espejos unidireccionales con equipos terapéuticos que observan el trabajo ayudando y supervisando al terapeuta a cargo de la familia, videograbaciones de las sesiones para el análisis posterior de pautas interaccionales, prescripciones directivas a modo de "tareas en casa" que interrumpen o intensifican pautas circulares de interacción o pautas recurrentes. Teniendo como objetivo, éstas intervenciones sistémicas, mejorar el nivel de vida individual, familiar y grupal.

Esta opción de atención, promueve una manera nueva y diferente de entender el comportamiento humano. Esta perspectiva contextual cambió el punto de vista del origen de los problemas y el modo de intervenir: desde el mundo interno e individual o externo e individual hacia la interacción familiar. *Si los modelos analítico, conductual y médico-biológico defienden una causalidad lineal de los trastornos comportamentales y de las enfermedades humanas, el modelo sistémico hace hincapié en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento con su contexto socio-cultural, especialmente intensa y*

vinculante dentro de los sistemas familiares. Desde el Paradigma Sistémico, la dinámica y la historia de la familia constituyen los principales factores que explican y permiten modificar el comportamiento de los individuos señalados como pacientes.

Posteriormente, el Posmodernismo agregó sus prácticas improvisacionales y conversacionales a la terapia familiar, como una opción más para atender quejas de los consultantes. Esta modalidad, se preocupa del mal uso del poder, y focaliza su atención en la forma en que los discursos socialmente dominantes controlan la manera que tiene la gente de percibir su realidad. Por tanto, se pretende por encima de todo evitar imponer el marco personal de referencia del terapeuta a la comprensión que se hace el paciente de la realidad. Esta preocupación con el tema del control, ha producido una serie de técnicas orientadas hacia la organización de un tipo de terapia no jerárquica, adaptando una postura respetuosa, de supuesta ignorancia. Estos profesionales comparten la tendencia a una terapia de preguntas, a partir de la creencia que las preguntas son más respetuosas, si son elaboradas con el propio marco de referencia del paciente; que los comentarios, las interpretaciones o las prescripciones.

Entre las bondades de atención que brinda el posmodernismo son: el cuestionamiento del objetivismo ingenuo, de la posición de experto sin fisuras que la cibernética de segundo orden ha convertido en imposible con una preocupación por el poder del terapeuta para influir a sus clientes llevando a la práctica clínica la colaboración entre paciente y terapeuta; la importancia de la diversidad frente a la homogeneidad dando importancia básica a las narrativas individuales de los miembros de una familia. Un aspecto que retoma de la terapia familiar sistémica, es enfatizar la importancia en el contexto, cuestionando el uso de etiquetas nosológicas como las establecidas en el DSM-IV (1995) las cuales preestablecen la conducta de alguien para cubrir una entidad psicopática.

Técnicas que enriquecen este modelo de trabajo son: técnicas de exploración tales como las preguntas circulares (que surgen con Milán y las retoman los postmodernos) que se adaptan muy bien a la naturaleza circular de la relación, y a la conversación terapéutica; la externalización en donde los pacientes ponen fuera sus problemas, estimulándolos así a luchar mejor contra ellos (White 1993, Linares, 2001); otras más que enriquecen las descripciones estrechas que los pacientes hacen de sus experiencias, teniendo el equipo reflexivo, los grupos de testigos, escribir cartas y recontar historias, dando un foco mayor a

las voces internalizadas (Andersen, 1994), orientando las intervenciones para aumentar la diversidad en las voces internas de los pacientes. De esta forma, la función del terapeuta consiste en liberar a los miembros de la familia de la narrativa constrictiva de la familia.

Para el Posmodernismo, los mitos familiares tienen un componente cognitivo, que son los valores y las creencias, un componente pragmático que son los rituales, y un componente afectivo, que es el clima emocional en el que todo ello se produce (Linares, 2001). Esta visión cubre en mucho, el objetivo de contextualizar a la familia para lograr una intervención adecuada a sus circunstancias de vida particulares.

Se puede resumir que la terapia familiar sistémica y posmoderna tienen como premisa básica, en la atención a las problemáticas familiares: la existencia de una relación de inter-influencia circular y esto es lo que permite considerar a la familia como un sistema. Un sistema que tiene la capacidad de transformación y cambio. Sin embargo la rigidez, impide la transformación del sistema, y el síntoma (ó problema) puede representar el precio externo que el sistema está pagando con tal de mantener su homeostasis sin modificaciones. De aquí la importancia de liberar a la familia del síntoma; intervenir en el sistema interpersonal completo, cambiar las modalidades interactivas disfuncionales y favorecer modelos de interacción más adecuados. Teniendo como finalidad la individuación y refuerzo de cada miembro y subsistemas familiares; modificando, explicitando y resolviendo los conflictos; eliminando el estrés, reactivando la evolución del sistema y desbloqueando la rigidez que utilizó el síntoma para mantenerse (Onnis, 1987); siendo esto, el objetivo final de una intervención sistémica.

El campo de la terapia familiar sigue sufriendo una transformación radical en dos dimensiones, en profundidad y en extensión. En profundidad, con la aportación de técnicas y procedimientos de intervención novedosos, muchos de los cuales tienen como denominador común el acortamiento de la terapia, uso de metáforas, rituales, formatos de entrevistas, etc. En extensión, con las nuevas áreas a las que aplican los procedimientos de la terapia familiar, algunas inéditas en nuestro entorno (la terapia familiar médica), otras de cierta tradición, como el tratamiento de las adicciones o la hipnosis aplicada al ámbito familiar (Navarro J, 2005).

Otros campo de acción del terapeuta familiar

El campo del terapeuta familiar no se limita al área de intervención clínica, aunque tal vez este sea el más conocido.

La *consulta clínica, a nivel particular e institucional*, trabaja sobre los procesos en los que se desenvuelve la familia, con la finalidad de intervenir en la modificación o transformación de circunstancias que coadyuvan a la existencia de problemas, como los que ya se han mencionado. La visión sistémica provee herramientas necesarias para abordar problemáticas de familia, con la familia; de familia con uno ó algunos miembros de la familia; de pareja en pareja ó con alguno de ellos ó el trabajo de problemáticas individuales.

El subsistema que solicite ayuda terapéutica sea conyugal, parental, filial o individual, todos y cada uno de ellos permanece en relación con otros, que también influyen en su comportamiento y éstos a su vez en el comportamiento de los demás. Es por esta razón que se puede intervenir en subsistemas. Al cambio en un miembro de la familia, se espera por consecuencia, cambios en los demás miembros. Sin embargo, es sabido en el ámbito clínico que cuando existen problemáticas familiares o de pareja y se presenta a terapia sólo parte de los miembros implicados; el mayor esfuerzo por hacer cambios lo tendrán la o las personas que acuden a terapia.

Además del campo de trabajo de los terapeutas familiares en consulta clínica, sea privada o institucional, existe el *campo en la investigación* en diversos temas en los que puede estar involucrada la familia ya sea sobre problemáticas familiares o sobre salud mental familiar. Cabe recordar que los estudios sobre problemas y familias particulares hicieron avanzar el conocimiento de sus características, derivándose así programas de intervención ajustados a necesidades específicas. Esta línea es importante para apoyar programas que favorezcan los elementos que propicien un mejor funcionamiento, considerando las características particulares que fortalezcan los subsistemas familiares.

Por otra parte, Linares (2001) menciona que el modelo sistémico continúa su expansión por territorios no clínicos, ajenos al implante tradicional de los servicios de salud mental. Los *espacios psicopedagógicos y psicojurídicos*, en los servicios sociales y de atención a la infancia, así como la violencia doméstica, divorcios o problemas jurídicos a

nivel familiar. Es de esperar que la presencia sistémica en esos espacios, aumente y se consolide, aportando una visión terapéutica compleja que neutralice las aproximaciones lineales y simplificadoras. No hay duda que al abordar estas problemáticas, paralelamente en el área psicoterapéutica, se ayuda a la familia para crear herramientas sanas ante una situación jurídica; pero si no se inscriben en un abordaje terapéutico que incorpore las múltiples dimensiones relacionales implicadas, el problema no cesará de agravarse.

Otro campo de trabajo actual que Navarro (2005) señala, son los *programas psicoeducativos* que responden a una necesidad de crear programas concretos, bien diseñados y específicos para problemas igualmente concretos, que se plasmen en un manual de procedimientos, bajo especificaciones técnicas claras así como sus limitaciones de aplicación. Estos programas vienen exigidos por la misma práctica clínica: la aplicación de un método general a situaciones especiales como la esquizofrenia, familias de enfermos crónicos físicos, adicciones, etc., de esta forma la Terapia Familiar está inmersa en completar un importante ciclo de avance y, a la vez, diseñando cómo tiene que darse éste: primero a través de la creación de un tipo de tratamiento de amplio espectro, aplicable a multitud de problemas; segundo, diseñando programas específicos para problemas concretos que complementen el procedimiento general y tercero profundizando en el conocimiento de las características de problemas y tipos de familias sujetas a esos problemas para poder diseñar los programas con mayor conocimiento de causa. El peligro a evitar, es que una vez concluido un manual de procedimientos, se convierta en la panacea o “el” procedimiento a seguir, el manual no hace sino resumir conocimientos en un momento dado; en una población específica; que debe ser actualizado en base a las experiencias de aplicación.

Tener programas concretos de tratamiento en el área de salud mental que sean sencillos de aplicar, de bajo costo, alto beneficio, y probada eficacia, surgen como necesidad para dar atención eficiente a una mayor población; reduciendo costos en instituciones públicas y en el trabajo comunitario, dadas las políticas en salud, situación económica y demográfica, en nuestro país.

Descripción del escenario clínico

Descripción de la sede donde se realizó el trabajo clínico

El trabajo clínico durante la residencia se desarrolló en el Centro de Servicios Psicológicos Dr. Guillermo Dávila de la UNAM, ubicado en el sótano del Edificio “E”, de la Facultad de Psicología. El Centro de Servicios cuenta con los aspectos técnicos que se consideran característicos del enfoque sistémico familiar, necesarios para que el equipo terapéutico y el profesor titular supervisen el trabajo del terapeuta responsable del proceso terapéutico.

Este Centro tiene 5 cámaras de Gesell, cada una acondicionada con un espejo bidireccional, sillas y un sistema móvil de audio, que interconecta las dos salas que las conforman; adicionalmente 3 de las 5 cámaras incluyen equipo de videograbación, que permite filmar o audiogarbar las sesiones, para los análisis posteriores que se consideren necesarios. La disponibilidad de estos espacios es controlada y asignada por la coordinación del Centro de Servicios, al inicio de cada semestre.

En el flugograma de la siguiente página se puede observar la organización del Centro, el cual, cada 6 meses abre la posibilidad de solicitar atención a pacientes de primera vez; cabe hacer mención que el tiempo promedio de espera para darles su cita de primera vez; es de dos meses.

- 1.- El paciente acude al Centro de Servicios psicológicos.
- 2.- El personal de la recepción, que son dos personas por la mañana y una por la tarde, se encargan de atender el teléfono y dar informes a las personas que acuden a solicitar el servicio, además de proporcionar los formatos de solicitud de atención.
- 3.- Cuando el paciente llena su solicitud, la devuelve en recepción. Se le pide que espere la llamada de uno de los terapeutas, para su primera cita.
- 4.- De recepción, las solicitudes son entregadas a la persona responsable de canalizarlas a la residencia correspondiente tomando en cuenta aspectos que los propios pacientes anotan en su motivo de consulta.

5.- Cuando las solicitudes fueron canalizadas a terapia familiar; se atendieron conforme los casos fueron dados de alta o de baja.

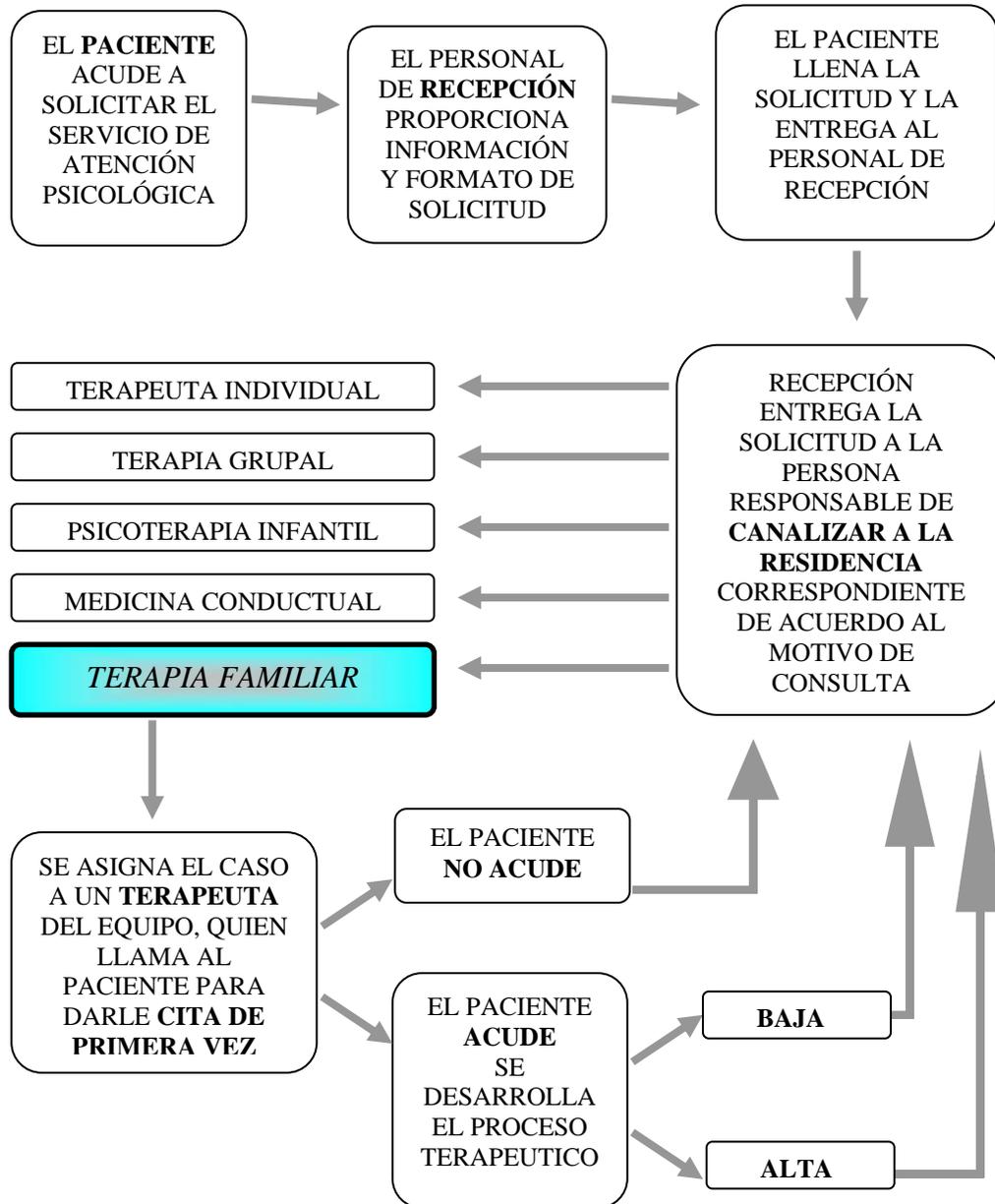
6.- El equipo terapéutico de la segunda generación de la residencia en terapia familiar estuvo constituido por ocho terapeutas y un supervisor asignado, según el modelo de trabajo. La asignación interna de los pacientes se fue planeando para mantener equilibrado el número de familias, por terapeuta. El terapeuta designado se encargó de llamar al paciente para hacer su cita de primera vez, e iniciar el proceso terapéutico. Desde la primer sesión, se encargó de salir por el (los) paciente (s) a la sala de espera, ubicada en la entrada del Centro, y conducirlo (s) a la cámara asignada previamente, para la sesión terapéutica.

Aunque los pacientes al llenar su solicitud, firmaban de consentimiento que serían observados por un equipo terapéutico, a través de la cámara de Gesell, videograbadas las sesiones, y todo el material e información se manejaría con estricta confidencialidad bajo los principios éticos de la profesión, el terapeuta, volvía a mencionar todo esto, al iniciar la primer sesión.

El tipo de atención que se proporcionó en todos los casos fue bajo una perspectiva sistémica, aún cuando se atendieron familias, parejas e individuos. Sin embargo, el tipo de intervenciones empleadas dependía del modelo de supervisión.

7.- De acuerdo al progreso de cada caso clínico, ya sea que el paciente no acudía o concluía el proceso, ya fuera: a) por ser dados de *baja* (dejar de asistir, no localizarlos, porque mencionaban que querían interrumpir o por problemas para continuar) ó b) por ser dados de *alta* (una vez cumplidos los objetivos terapéuticos establecidos), se reiniciaba el proceso de atención pidiendo a la persona responsable de la canalización, una nueva solicitud en espera de atención.

CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS DR. GUILLERMO DÁVILA
FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN



Solicitudes atendidas en la residencia de Terapia Familiar, segunda generación.

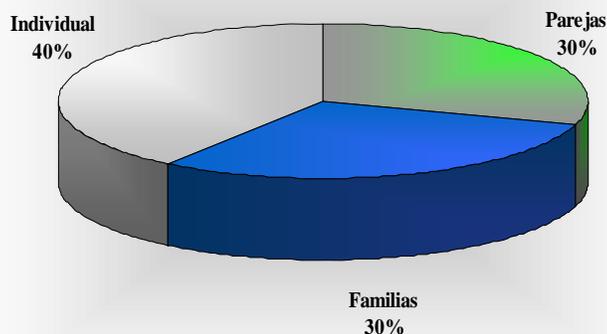
Durante la segunda generación (2003-1 – 2004-2), de la maestría en psicología con residencia en terapia familiar, se dio atención a 42 solicitudes presentadas en la recepción del Centro de servicios psicológicos Dr. Guillermo Dávila. Estas solicitudes fueron canalizadas por la persona encargada del centro, al área de terapia familiar y fueron atendidas por los alumnos de esta residencia bajo la supervisión de los terapeutas así capacitados y adscritos al programa como docentes.

Se trabajó en 11 co-terapias y 31 casos fueron atendidos con un terapeuta responsable; y en los 42 casos, el equipo terapéutico y el supervisor se encontraron del otro lado de la cámara, con el consentimiento de los pacientes, previamente firmado.

Las principales fuentes de referencia a través de las cuales acudieron los pacientes fueron: 1) por ser trabajadores de la UNAM, 2) canalizados de Centros de Salud como el Instituto Nacional de Comunicación Humana y 3) canalizados por terapeutas privados.

Como se observa en la gráfica, el 40% asistió a terapia individual, 30% a terapia de pareja y el mismo porcentaje a terapia familiar. Cabe hacer mención que en todos los casos se trabajó, bajo el enfoque sistémico aún en los casos de terapia individual.

Tipo de terapia trabajada



El número de sesiones varió desde una, que fue la cita de primera vez, hasta 29; teniendo como promedio 10 sesiones terapéuticas. En la gráfica de la siguiente página se puede observar que seis de los casos, acudieron solamente a su cita de primera vez, ocho casos asistieron entre 2 y 5 sesiones, once acudieron entre 6 y

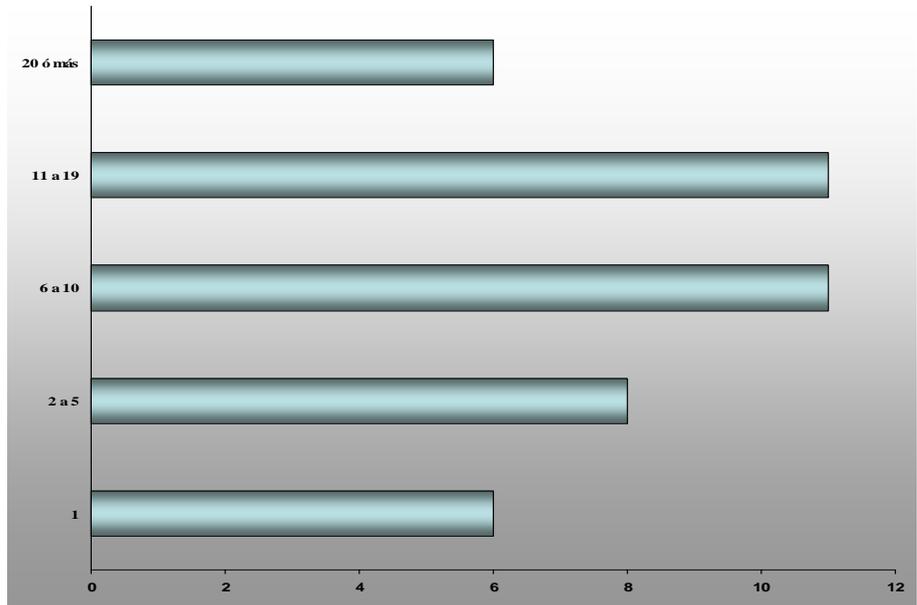
10 sesiones, once casos entre 11 y menos de 20 sesiones; y seis acudieron a veinte o más sesiones.

Esto muestra que más del 60% acudió a por lo menos seis sesiones, en las cuales hubo tiempo necesario para trabajar sobre la demanda terapéutica, aunque en algunos casos, no se haya dado de alta.

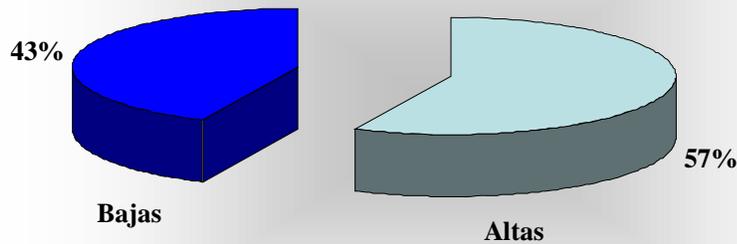
Sin embargo se puede apreciar en la siguiente gráfica, que

del total de solicitudes atendidas, el 57%, fueron dadas de alta al satisfacer el motivo de consulta. Y el 43% no concluyó el proceso, por deserción sin aviso, cambio de residencia, cambios en horarios de escuela o trabajo, o por referencia a otra institución.

Número de sesiones a las que asistieron



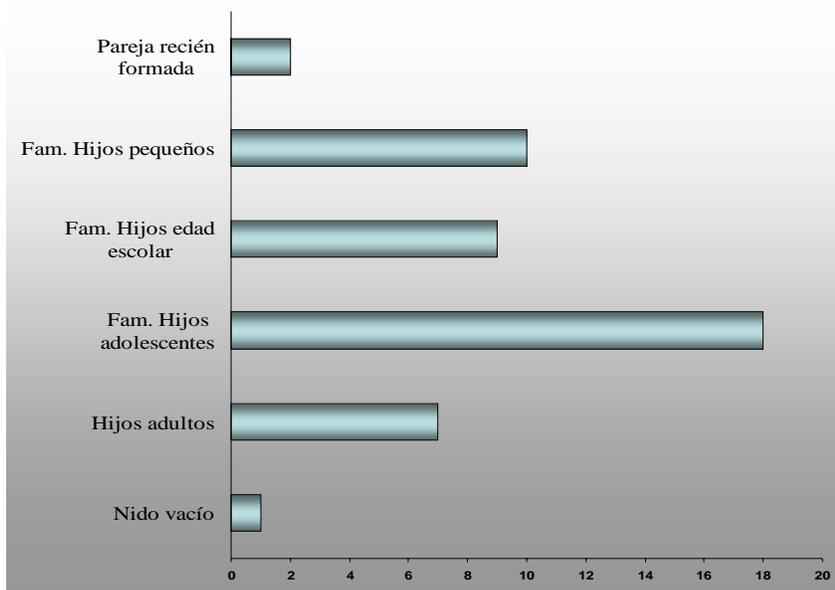
Estatus final de los casos atendidos



En aquellos casos, que por el tipo de problemática requerían una atención adicional a la proporcionada en el Centro de atención, se realizaron canalizaciones a organizaciones como: El Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A.C. (CORIAC), donde proporcionan atención especializada para hombres violentos, ADIVAC para la atención especializada en víctimas de violencia sexual, al Instituto de la Mujer (antes CIAM) para talleres psico-educativos y ocupacionales de mujeres, o al Centro comunitario Julián McGregor para la atención de adicciones. Estas referencias generalmente eran conjuntas al trabajo familiar que se realizaba en la residencia y no como canalización definitiva de tratamiento.

La gráfica del lado derecho, muestra los casos atendidos por el ciclo vital familiar. Durante la residencia, se tuvo la oportunidad de trabajar en los diferentes estadios de desarrollo familiar. Algunas familias se encontraban en dos ciclos a la vez, por ejemplo hijos

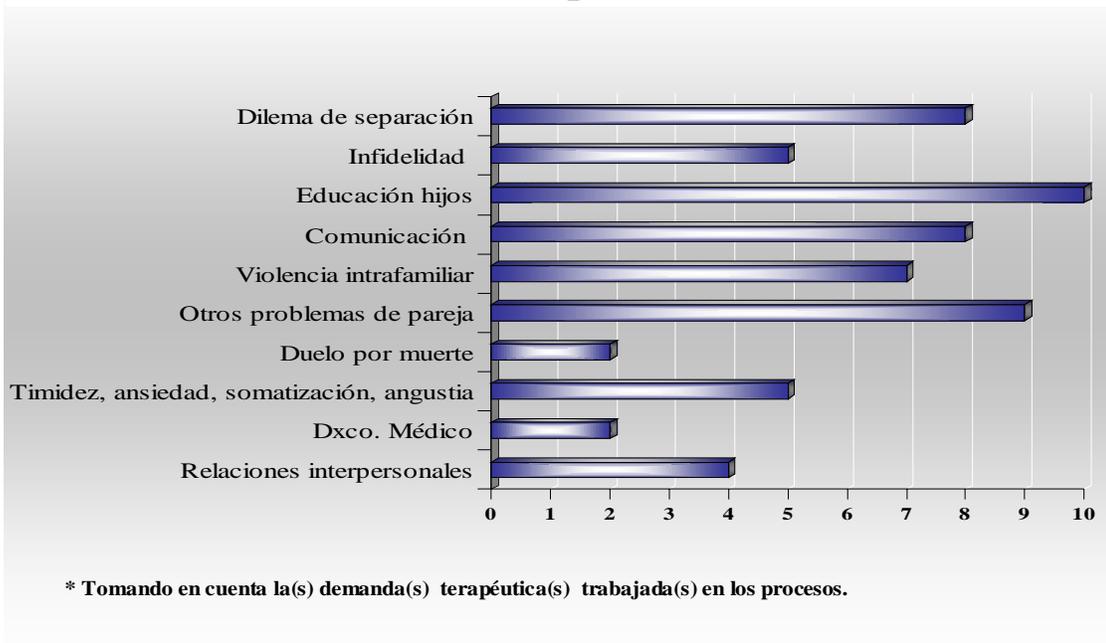
Ciclo vital familiar de quienes acudieron a consulta



pequeños e hijos en edad escolar; esto se toma en cuenta, contabilizando cada uno. Así resultó que dos familias se encontraban en el ciclo de parejas recién formadas, diez fueron familias con hijos pequeños, nueve con hijos en edad escolar, dieciocho con hijos en edad adolescente, siete familias con hijos adultos y una en la etapa del nido vacío.

Respecto a las problemáticas que se atendieron (grafica en la siguiente página), en la mayoría de los casos, fue atendida más de una a la vez. Es decir, un problema estuvo en relación con otro y no se atendió de manera lineal la situación definida como el problema. Por ejemplo, algunas parejas acudieron por infidelidad, sin embargo estuvieron relacionadas las problemáticas de violencia, desconfianza y dilema de separación. Uno de estos casos se presentará en el capítulo IV.

Problemáticas atendidas en quienes acudieron a consulta



Las principales problemáticas atendidas como motivo principal de consulta fueron los *problemas de pareja*, que fueron trabajados con ambos integrantes de la pareja y en algunos casos, solo con uno de ellos. Estos problemas se pueden detallar de la siguiente manera: infidelidad por parte del esposo, lo cual había causado un momento de redefinición del sistema conyugal por la desconfianza que este hecho había promovido o exacerbado (cinco casos), dilema de separación al no tener clara la decisión de continuar en la relación y tener una separación con encuentros ocasionales, y la necesidad de definir la relación de pareja (ocho casos).

Actualmente hay una incertidumbre acerca de lo que genéricamente el hombre debiera ser y hacer, pues tradicionalmente, se le ha definido como lo opuesto a la mujer; y al existir cada vez más mujeres desempeñando funciones que anteriormente eran exclusivas de ellos, en el área académica y laboral, los cambios que se generan inciden en diversos ámbitos, por ejemplo: mayor independencia económica, mayor autonomía personal, inserción en la vida social, es decir preocupaciones adicionales a la casa, la pareja y la familia; que conlleva una gran sobrecarga física y emocional, en la mujer. Mientras que la fuerte imagen del hombre preocupado por la vida pública y por realizar las labores de proveedor y único sostén familiar, se ha visto alterada y en algunos casos desplazada.

Bajo la visión sistémica, no se puede ver a la infidelidad o a cualquier otra problemática, como causa única que conlleve a una ruptura, perderíamos de vista a la pareja como totalidad, porque la no satisfacción de los miembros puede traer como consecuencia no sólo la infidelidad, sino también la rigidez de los roles, la falta de comunicación, la violencia familiar, problema en educación de los hijos, etc.

Otros problemas atendidos de la pareja fueron los incumplimientos en acuerdos establecidos entre ellos, desconfianza por estos incumplimientos, problemas económicos, adaptación al nuevo estadio de vida en pareja o el advenimiento del primer hijo, alejamiento o desinterés sexual y en términos generales la visualización del deterioro en la relación conyugal (nueve casos).

Sobre estas problemáticas, hay estudios que mencionan factores de riesgo que pueden propiciar el deterioro conyugal (Sánchez-Sosa, 1997); sobre todo mencionan que la presencia simultánea de estos factores hacen mas difícil contender con la relación de pareja, estos son: desavenencias económicas, intromisiones de parientes en la vida de la pareja, celos, infidelidad, comunicación deficiente, falta de expresión de afectos, falta de convivencia recreativa, el abuso del alcohol y desacuerdos en la educación de los hijos.

Los problemas de *comunicación familiar* entre los subsistemas conyugal, parental y de hermanos, también fueron frecuentes en estas solicitudes de atención (8 casos). El problema de comunicación tuvo diferentes problemáticas que se pueden sustentan en los cinco axiomas de la teoría de la comunicación humana. Según su autor, el lenguaje es un instrumento que ayuda a transmitir por medio de símbolos una comunicación que esta directamente relacionada con la conducta (Watzlawick, 1967).

La imposibilidad de no comunicar (1er. Axioma): Esto se refiere a que no hay no comunicación, toda conducta es una situación de interacción que transmite una comunicación. “No es posible no comunicarse”. Las *patologías* de comunicación en este axioma fueron: el rechazo de la comunicación, aceptar la comunicación sin comprometer respuestas, descalificación de la comunicación como la tangencialidad o el cambio de tema; desconfirmación al no tomar en cuenta al comunicador y el rechazo de la comunicación.

Los niveles de contenido y relaciones de comunicación (2do Axioma): Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y otro de relación. La relación matiza el contenido, en la comunicación.”Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional. El segundo, clasifica al primero y es esto, una metacomunicación”. Las *patologías* relacionadas con este axioma fueron cuando los interlocutores tenían acuerdos en contenidos, pero no a nivel de relación. Es decir, el contenido de la comunicación también tiene que ver con la relación que se ha establecido, con quien se entabla la comunicación. Y si no existe una conexión entre estos dos niveles y se intenta solucionar una discusión solo en el nivel de contenido, sin tomar en cuenta el nivel relacional, no se resuelve la problemática.

La puntuación de la secuencia de hechos (3er. Axioma): La puntuación organiza los hechos de la conducta. “La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes”. Las *patologías* relacionadas con este axioma se refieren a las discrepancias: cuando al menos uno de los comunicantes no contaba con la misma cantidad de información que el otro, pero no lo sabe. Conflictos relativos a este axioma: la convicción de que solo hay una realidad tal como “yo” la veo.

Comunicación digital y analógica (4to. Axioma): Los seres humanos contamos con dos modos de comunicación; la comunicación verbal y no verbal, la primera tiene que ver con el aspecto relativo al contenido y se transmite digitalmente; la segunda, es la comunicación analógica en el que está involucrado el aspecto relativo a la relación. Las *patologías relacionadas* fueron con los problemas de traducción entre el nivel analógico y el digital o con la falta de congruencia entre ambos niveles.

Interacción simétrica y complementaria (5to. Axioma): “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según que estén basados en la igualdad o en la diferencia”. No son en si mismas buenas ni malas, pero para que no se convierta en *patología* se deben presentar ambas pero en alternancia mutua y actuando en diferentes áreas.

Los problemas de comunicación en las familias consultadas, se presentaron en los diferentes subsistemas familiares, siendo el subsistema conyugal y familias con hijos adolescentes, quienes más se quejaron de esto.

Siguiendo con las problemáticas atendidas; en diez casos, la demanda terapéutica fue la *educación de los hijos* considerando en este rubro: dificultades en el manejo y establecimiento de límites, problemas en la supervisión de sus actividades académicas (tareas) y sociales (amistades), bajo rendimiento escolar, reportes escolares, mencionaron la necesidad de mejorar la relación con hijos y entender los cambios, por el estadio de desarrollo, en los hijos adolescentes. Cabe hacer mención que *esta problemática se encontró, en la mayoría de los caso relacionada con problemas de pareja y de comunicación*. Dada la alta incidencia de esta problemática y el gran impacto familiar en los diferentes subsistemas; se diseñó un taller para padres dentro de la curricula de la residencia, el cual se llevó a cabo en una comunidad pre-escolar con un fin preventivo y psico-educativo. Este taller se expone en el capítulo III, apartado 3.3.3.

Otra problemática atendida fue la *violencia intrafamiliar* (siete casos) presente en diferentes momentos del desarrollo familiar, con diferentes gravedades y expresiones siendo estas: la violencia verbal, emocional o psicológica y hasta violencia física. Esta última, la presentaron el subsistema conyugal y subsistema parental con hijos pequeños. Generalmente, la violencia se había presentado en el pasado, pero existían consecuencias no resueltas, expresadas como desconfianza en la relación, o en otros casos aún se presentaba de manera intermitente y en diferentes intensidades.

Por otra parte, otras dos familias acudieron por ayuda para resolver el *duelo* por la muerte del jefe de familia. Uno de los casos fue por enfermedad, consumo de drogas y alcohol y otro caso, por suicidio. Adicionalmente al trabajo terapéutico del duelo por la pérdida, se trabajó considerando, el estadio de desarrollo y particularidades en cada sistema, en la reestructuración de roles, pues en la ausencia de algún miembro de la familia se hace necesario una nueva organización familiar de roles y situaciones instrumentales para la subsistencia familiar.

En cuatro casos se mencionaron como motivos de consulta *síntomatologías* como la timidez, ansiedad, somatización, angustia, baja autoestima, estrés y enojo. Datos que nos dan cuenta de algunos trastornos psicósomáticos, que según Onnis (1987), están interrelacionados con al menos tres sistemas: el *sistema psicobiológico* individual dada la vulnerabilidad genética, el *sistema familiar* que exagera el síntoma proporcionada por la organización familiar y su necesidad de tenerlo como estabilizador; y el *sistema*

socioambiental que influye recibiendo retroalimentación tanto del paciente en forma directa, como del sistema familiar. Sin embargo, el enfoque sistémico nos proporciona la visión necesaria y considerar estos aspectos, para el mejor tratamiento de estos síntomas que pudieran dar cuenta de un proceso depresivo.

En dos casos, un *diagnóstico médico* previo, realizados en otra institución de salud, fue causante de la crisis en el sistema familiar, uno de ellos por fibrosis quística en una joven adulta y en el otro diagnóstico de hiperactividad en un niño en edad escolar. Es común que los diagnósticos clínicos, dados por el médico tratante sin explicación de la enfermedad o trastorno, lleguen a causar angustia y crisis familiar por lo amenazante y desconocido que resulta el padecimiento. Actualmente existe una norma que regula los derechos de los pacientes llamado: consentimiento informado: "el paciente debe tener suficiente conocimiento y comprensión de todos los elementos del problema..., con la finalidad de crear en el paciente el concepto de autonomía: condición individual que de nadie se depende en ciertos conceptos y está basado en el principio general de la libertad individual que confiere a la persona el derecho a su inviolabilidad sin restricción alguna (López-de la Peña, 1996). Es decir, el médico tratante tiene la obligación de explicar al paciente el diagnóstico y tratamiento a seguir; sin embargo como en muchas políticas públicas, en la realidad aún falta que verdaderamente se lleve a cabo y por esta razón un diagnóstico físico, sin la información suficiente, puede causar una alteración adicional.

En último lugar, otros dos casos mencionaron como su principal problemática la dificultad de establecer *relaciones interpersonales* sociales y/o familiares, que fueran satisfactorias para ellos.

La falta de recursos personales y apoyo social hacen que esto se viva de manera más compleja. Las redes de apoyo pueden amortiguar las eventualidades de la vida; sin embargo se requiere de habilidades para crearlas y mantenerlas. En este sentido, Tallman y Bohart (2000), señalan que las personas que cuentan con menores redes de apoyo, necesitan mas apoyo terapéutico.

Marco teórico

Análisis teórico conceptual del marco epistemológico del trabajo

Fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica

Aunque los orígenes de la terapia familiar son más antiguos, no es sino hasta mediados del siglo XX que la terapia familiar se popularizó como una alternativa de tratamiento y en la actualidad es una aproximación que se encuentra en constante crecimiento. Desde principios de los años 70, la terapia familiar ha tenido un gran desarrollo en su enseñanza, teoría y práctica.

Los conceptos del modelo sistémico proceden de diversas áreas como: la antropología, epistemología, sociología, historia, ética, psicología, filosofía científica medicina, psiquiatría, ecología, la teoría de grupos, teoría de la comunicación, la cibernética y la teoría de sistemas. Este conjunto de teorías y de epistemologías llevaron al denominado paradigma Sistémico, que ha ido más allá de una técnica para abordar las problemáticas familiares; se ha constituido en una epistemología que propone un modelo de psicoterapia, ya sea individual, de pareja o de grupo, cuyo eje fundamental está cimentado sobre las interacciones que se dan entre sus miembros y en un pensamiento circular.

Bajo este enfoque, es importante el entendimiento de perspectivas individuales, con la finalidad de lograr concebir un cuadro total y no parcial de las situaciones, ya que cualquier posición unilateral da solo el conocimiento fraccionado. Las partes son, una a una, un complemento para entender el todo. El pensamiento circular no es una visión de causa efecto. A diferencia del pensamiento lineal, todo lo que un miembro hace o dice, le afecta al otro y a su vez este también al primero. Se considera a los miembros de la familia como elementos de un circuito de interacción y sin poder unidireccional alguno sobre el conjunto, es decir que cada miembro del grupo familiar actúa sobre el sistema, pero a su vez es influido por las comunicaciones que provienen de él. Contextualizando el problema, se logra comprender lo que sucede en la familia; sin catalogar a los miembros como víctimas ni victimarios, sino como personas que viven una problemática desde su propia historia de vida, sensibilidad o necesidad.

La terapia familiar se ha desarrollado a través del tiempo, con los aportes de diversos profesionales, cada uno de ellos conforme su experiencia terapéutica y con una visión sistémica, han dado lugar a la conjunción de conocimientos que conforman este sustento teórico llamado terapia familiar sistémica.

Durante la década de los 50's, los primeros estudios sobre terapia familiar fueron realizados a partir de las teorías de la comunicación postulada por Bateson, quien basó sus estudios en clasificar la comunicación por niveles: niveles de significado, niveles de tipo lógico y niveles de aprendizaje. A pesar de que la obra de Bateson aportó muchos elementos al pensamiento transaccional no psicodinámico, la comunicación tenía una desventaja, era esencialmente diádica. Como resultado de este postulado un gran número de autores, entre los que destaca Weakland, empezaron a realizar estudios diferentes que rompían con este modelo diádico. Los primeros estudios que se hicieron sobre familia fueron hechos por psiquiatras, cuyo interés principal era complementar la intervención con pacientes esquizofrénicos, ya que la familia jugaba un papel fundamental en el mantenimiento del síntoma del paciente. Posteriormente, el interés de las investigaciones se extendió hacia otros tipos de familias en las cuales existía algún tipo de patología que causaba una disfunción a nivel familiar. Fue así como en la década de los cincuenta, la escuela de Palo Alto, retomando la teoría de la comunicación de Bateson sistematizaron los estudios sobre terapia familiar.

También durante los años 50's, Bowen fue uno de los primeros psiquiatras que hospitalizaba familias enteras para su observación y tratamiento. Uno de sus principales aportes a la teoría familiar fue la construcción teórica sobre el papel desempeñado por los triángulos en la interacción familiar. Para Bowen, un sistema emocional de dos personas formará bajo presión, un sistema de tres personas. Es decir, cuando surge una tensión entre dos, el que se siente más incómodo aliviará la tensión triangulando ésta a la tercera persona, así la tensión cambiará a la nueva pareja, aliviando la tensión en la pareja original, pero el de fuera puede responder aceptando una alianza con uno de los otros, de modo que el que queda fuera, en un momento puede llegar a ser el de dentro en el momento siguiente. Siendo también factible que la acción puede no quedar localizada dentro del triángulo original, sino activar otros triángulos y arrastrando a más personas (Hoffman, 1987).

El movimiento familiar evolucionó en las siguientes cuatro décadas en diferentes partes del mundo. Mientras que en Norteamérica los investigadores de orientación psicodinámica retomaban los postulados *psicoanalíticos* para su trabajo con familia. En Europa, concretamente en Italia, los integrantes del Instituto de terapia familiar de Milán, se basaron en las teorías de Bateson sobre la *comunicación* y centraron su interés en la concepción de la familia como sistema. Fue así como se comenzó a desarrollar el paradigma sistémico que se ha retomado en el campo de las ciencias sociales, y sus elementos principales han influido en gran medida en el trabajo familiar (Hoffman, 1987).

Ackerman, empleó formulaciones psicodinámicas para estructurar su teoría en el marco familiar. Por su parte, Selvini-Palazzoli, analista de niños, decidió descartar todos los elementos psiquiátricos y adoptar una orientación puramente sistémica. Selvini organizó el Instituto de estudios familiares de Milán, quienes durante diez años crearon un enfoque de sistemas familiares que utilizaron con familias de personas con anorexia y de niños con graves desordenes emocionales. La labor y las teorías del grupo de Milán, conformado inicialmente por: Selvini-Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin, quienes se convirtieron en base de una nueva línea de pensamiento experimental acerca del comportamiento y del cambio terapéutico.

De esta manera fue evolucionando y se fue estructurando el cambio de paradigma en el tratamiento terapéutico, se inicio una visión circular o sistémica, para desplazar a la visión lineal. El paradigma sistémico concibe a la familia como un sistema inmerso en un sistema mayor, que es la sociedad. Desde el punto de vista psicoterapéutico, el primer contexto relevante, es el sistema relacional en el que una persona se haya incluida. Concibe los elementos ambientales como el sistema psicosocial o sistema principal en el cual se desarrolla el individuo, generalmente se trata del sistema constituido por una pareja o una familia.

El terapeuta familiar y/o equipo terapéutico trabaja con el conjunto de la familia, siendo su objetivo el cambio del sistema familiar: en los aspectos estructurales y en la transformación de los procesos interaccionales en disfunción.

La Terapia Familiar Sistémica tal y como la conocemos actualmente, ha promovido una manera nueva y diferente de entender el comportamiento humano: los terapeutas

familiares proponen que los problemas psicológicos se desarrollan y se mantienen dentro del contexto social de la familia. Esta perspectiva contextual cambió el punto de vista para enfocar el origen de los problemas y el modo de intervenir: el modelo sistémico hace hincapié en la interdependencia circular y recursiva del comportamiento con su contexto socio-cultural. Desde el Paradigma Sistémico la dinámica y la historia de la familia constituyen los principales factores que explican y permiten modificar el comportamiento de los individuos señalados como enfermos o trastornados.

Fundamentos de la Terapia Familiar Posmoderna

Antes de iniciar este apartado, es importante mencionar que la terapia posmoderna no es una técnica en sí, sino más bien, es una filosofía que contextualiza la forma de hacer terapia. Esta manera de ver la terapia, se empieza a gestar sobre todo en el ámbito de la terapia familiar sistémica y son influenciadas por la llamada Escuela de Palo Alto, personas como Watzlawick, Bateson, Haley entre otros, inspiraron a numerosos psicoterapeutas para desarrollar nuevos estilos de terapia basados en nuevas filosofías "no modernas", que venían articulándose con ideas provenientes de autores como Maturana, Varela o Gergen, hacia la década de los 80's. Este conjunto de propuestas que tratan de atacar los estandartes de la psicoterapia científica moderna y que se agrupan o tratan de agrupar dentro de la etiqueta de construccionismo social, representaría dentro de las ciencias sociales al posmodernismo.

Para poder hablar de la terapia familiar posmoderna es importante primero, centrar la atención en lo que se conoce por posmodernismo (Hoffman, 1987): es una forma alternativa de conocimiento o visión del mundo; y por lo tanto, rompe con los esquemas más arraigados del modernismo en los diferentes campos de la cultura, lo que lleva sin lugar a dudas a la generación en el mundo modernista del miedo, la resistencia al cambio y la duda de que exista otra forma de ver el mundo que no responda al patrón modernista. Al dar inicio la visión post-modernista el énfasis y centro de acción son las "relaciones" (relacionista), que serían el principal producto que permitiría la construcción del yo en la interacción social y no al revés. Aparece el concepto de que un individuo nace dentro de una relación y a la vez que es definido por ella.

El movimiento que en ciencias sociales trata de expresar las ideas hasta aquí expuestas sobre posmodernismo, se denomina *construccionismo social*.

El construccionismo, por lo tanto apoya la idea de que no hay verdades sociales incontrovertibles, sino sólo relatos del mundo, relatos que nos contamos a nosotros mismos y que contamos a los otros. Y por ello, la mayoría de los psicoterapeutas tienen un relato acerca de cómo los problemas se desarrollan y como se resuelven o disuelven. Si se es sistémico, se observará en las narraciones de los miembros de la familia, patrones de interrelación inadecuados que contribuyen a que el sistema este mal. El lenguaje juega un papel muy importante en el construccionismo social, promueve la propuesta de que la realidad es socialmente construida en y a través del lenguaje y de la interacción entre las personas. A través de este proceso se considera que los actores humanos constituyen, en interacción con los otros, sus realidades sociales y en su oportunidad, son constituidos por estas realidades sociales, las cuales están orientadas en tiempo y lugar. Es decir, una verdad universal objetiva, independiente del observador es evitada por los construccionistas sociales. Las realidades son visitas como que son interactivamente construidas en niveles macro y micro sociales y son fragmentarias, plurales y relativistas (Colgan, 2003).

Bajo este nuevo paradigama, es necesario incorporar la duda, y una forma de hacerlo en la terapia es establecer una situación en la que se favorezca la presencia de una pluralidad de relatos y en la que los formatos de construcción conjunta superen los discursos individuales y deterministas de un yo aislado, en donde no hay verdades únicas y en la multiplicidad de relatos se conforma un este y este otro y este otro.

Los principios del construccionismo social en la psicoterapia se expresan de diferentes formas, a continuación se presentan diez agrupaciones de estos principios básicos, propuestos por Jairo y Rozo (2004).

1.- *El terapeuta pierde su posición de experto, su estatus jerárquico desaparece.* Ante todo el primer compromiso construccionista propone una ruptura tajante de la tradicional y asimétrica relación entre terapeuta y paciente. Es más el término paciente no debería ser utilizado en la nueva relación terapéutica, ya que su connotación médica esta expresando una asimetría, entre el enfermo, el que no sabe, y el sabio, el sano, el terapeuta. Este supuesto supone la desaparición del poder-control unilateral del terapeuta y propone

una dinámica de co-construcción sistémica. Asume la responsabilidad de su poder de construcción dentro de la relacional/social.

2.- *Todo relato es una imposición arbitraria* de significado al fluir de la memoria, porque destacamos ciertas causas y desestimamos otras, es decir, todo relato es interpretativo". El construccionismo apoya la idea de que moldeamos el mundo en el que vivimos y creamos nuestra propia "realidad", dentro del contexto de una comunidad con otros individuos; bajo esta perspectiva los relatos o narraciones en los que situamos nuestra experiencia determinan el significado que damos a la experiencia misma. Estos relatos son los que determinan la selección de los aspectos de la experiencia que será expresada y la forma de dicha expresión, determinando a su vez los efectos y orientaciones en la vida y las relaciones de la persona.

El énfasis sobre la narración vincula necesariamente la terapia posmoderna con las teorías de *deconstrucción*. La propuesta del análisis desconstruccionista nos obliga a mantenernos distanciados y escépticos respecto de las creencias concernientes a la verdad, el poder, el yo y el lenguaje, creencias que casi siempre se dan por sentadas pero que no son absolutas sino completamente relativas. La deconstrucción aboga por dejar a un lado los juicios absolutos de: "se es una cosa o se es otra". El análisis desconstruccionista es muy importante para el proceso de reflexión en terapia posmoderna. Para White y Epston, (1993), la deconstrucción esta definida como los procedimientos que modifican realidades y prácticas que se dan por descontadas.

3.- *No hay descripciones más correctas que otras para la realidad, (aunque si hay historias más o menos útiles)*. El análisis del terapeuta a la situación del cliente nunca se puede considerar objetivo. La investigación social objetiva no existe, ya que no podemos saber que es la realidad social, no hay una verdad única, objetiva y absoluta. Por lo tanto la relación terapéutica co-construye una descripción de la realidad del cliente donde ambos son responsables y activos en el proceso de solucionar el problema.

4. - *Los puntos de vista individuales se transforman y amplían en la interacción social terapeuta-cliente*. De hecho se propende por la ruptura con la idea de un individuo que construye un yo diferenciado, autónomo e inmutable que maneja sus actuaciones. Gergen (1992), en su libro "el yo saturado", manifiesta que es una falacia que el yo sea una

entidad autónoma e independiente. La identidad individual es una ilusión modernista ya que el yo no está dentro de la persona sino que tiene un compuesto temporal construido a partir de la interacción social, el yo no está separado del otro por que es sólo a través de la relación social donde se construye la idea de una personalidad.

5.- Los terapeutas no pueden dejar de afrontar la cuestión de la construcción social de *sistemas de creencias* y que por lo tanto, no pueden renunciar al estudio de esos procesos en los que ellos también están profundamente involucrados.

6. - *El cambio en la terapia es la creación dialogal de la nueva narración.* Se define socialmente a la psicoterapia como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio. Los problemas son acciones que expresan nuestras narraciones humanas.

7. - *La patología en el construccionismo desaparece como tal (al igual que en el enfoque sistémico).* El meollo del asunto no es la etiología de los síntomas sino los procesos sociales e interpersonales y el sistema de creencias que mantiene esos síntomas. El terapeuta podrá desencadenar un proceso de *cambio si logra interferir la repetición* de la misma experiencia que llevó al cliente a la terapia.

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

9. - *Desaparecen los niveles y capas jerárquicas estructurales.* Se propone un *análisis de configuración lateral u horizontal* que rompe con las dualidades: síntoma superficial vs causa subyacente, contenido manifiesto vs contenido latente, comunicación abierta vs comunicación encubierta, etc. La configuración horizontal permite entender que existen formas de análisis todas de igual valor y que serán validadas y utilizadas para la intervención en la media en que el contexto social lo exija.

10. - El lenguaje cambia en el contexto de la terapia posmoderna, su aplicación y utilización ya no son iguales a la que existía en la terapia modernista; ya que manifiesta un cúmulo de ideales filosóficos que deben hallar su expresión en la relación terapeuta/cliente

por medio de un nuevo lenguaje. Por ejemplo, la entrevista hecha por el terapeuta consiste en recoger y dar información simultáneamente con su cliente. Preguntas como: ¿Cuál es su problema? se reemplazan por ¿cómo ve usted la situación?. *El lenguaje es menos directivo y jerárquico*, pretende convertir la situación relacional en democrática, basada en una configuración de igualdad de poder y expresión del mismo. Sobre este punto Anderson y Goolishian (1996) mencionan "*La ignorancia como enfoque terapéutico*", plantean así como núcleo de su enfoque la posición no de experto del psicólogo sino de ignorante. El terapeuta parte de una ignorancia deliberada, ignorancia que es entendida como "no saber", ya que creen que no hay esencias que captar en las narrativas del cliente y por lo tanto el terapeuta tampoco puede ofrecer al cliente el secreto de su problema para que este pueda reemplazar sus viejas e ilusorias narraciones. Como no hay significados previos escondidos, sólo en la medida que se narra e interactúa en la terapia se forjan esos significados. El interrogatorio por lo tanto parte de una genuina *curiosidad* no determinada por hipótesis previamente establecidas por el terapeuta, sino por las que se van generando durante el discurso del cliente. Un elemento importante de la conversación terapéutica son: los silencios y el manejo de preguntas a medio hacer, con el fin de fomentar la participación y la invención dialógica del cliente. Esta propuesta implica introducirse en la narración del cliente sin prejuizar, analizar o dictaminar teórica o a priori el problema del cliente, implica meterse en su relato, preguntar y dialogar para saber su historia, no para dictaminar si es falsa o verdadera.

Hoffman (1987), considera que la esencia de la nueva terapia posmoderna se centra en la palabra "*reflexivo*". Ya que el enfoque trata de replegarse sobre sí mismo, ya sea utilizando equipos de reflexión para la terapia, conversaciones reflexivas entre los componentes de la terapia, interrogatorios reflexivos, etc.; que junto con la preponderancia del prefijo "co" describen la conversación terapéutica (co-creación, co-autoría, co-evaluación), lo que indica un proceso de influencia mutua y no de unidireccionalidad o jerarquía.

En síntesis, en la terapia posmoderna el lenguaje cambia de una expresión de poder y autoridad a una democrática, se dejan de lado las descripciones personales como verdades absolutas y se invita a discutir diferentes descripciones válidas para afrontar el problema; el terapeuta no propone soluciones, sólo ofrece alternativas pero invitando siempre a los

clientes para que participen activamente en la generación de las mismas; las preguntas del terapeuta no están ya hechas ni parten de un estricto marco preconcebido, sino que utilizan vacilaciones y silencios para fomentar la participación activa.

La conversación terapéutica en última instancia busca nuevas definiciones de uno mismo, nuevas descripciones, nuevos matices y comprensiones que permitan abordar el problema de una forma distinta.

Análisis de los principios teóricos metodológicos de Terapia Familiar y Posmoderna

Modelo Estructural

Aspectos generales

Los autores representativos son Salvador Minuchin y Charles Fishman (1984); quienes definen a este modelo como una terapia de acción. Su fundamento terapéutico es cambiar la organización familiar de tal modo que la experiencia de sus miembros se modifique, a través de la facilitación del uso de modalidades alternativas de interacción entre los integrantes.

Este modelo conceptualiza al individuo en sus circunstancias. La experiencia del hombre es determinada por su interacción con el medio. Tanto su pasado como sus propiedades singulares forman parte de su contexto social, sobre el cual actúan del mismo modo en que éste actúa sobre él. Es decir; es influido por el contexto social, sobre el cual también influye. Al mismo tiempo, sus interacciones en sus circunstancias actuales apoyan, califican o modifican su experiencia (Minuchin, 1974).

Son tres los axiomas que sustentan este modelo teórico: “1.- La vida psíquica de un individuo no es exclusivamente un proceso interno. El individuo influye sobre su contexto y es influido por este por secuencias repetidas de interacción. Puede ser considerado como un subsistema, o parte del sistema, pero se debe tomar en cuenta al conjunto. 2.- Las modificaciones de una estructura familiar contribuyen a la producción de cambios en la conducta y los procesos psíquicos internos de los miembros del sistema. 3.- Cuando un

terapeuta trabaja con un paciente o con la familia de un paciente; su conducta se incluye en ese contexto. Los terapeutas y la familia forman en conjunto un nuevo sistema, terapéutico en este caso, que gobierna la conducta de sus miembros” (Minuchin, 1974; pp 30-31).

El *objetivo* es intervenir en el presente y en el sistema familiar para modificar la organización de la familia. Al transformar la estructura del grupo familiar, se modifican las posiciones de los miembros en ese grupo y como resultado se modifican las pautas de interacción y las experiencias de cada individuo.

El *trabajo terapéutico* se centra en que el terapeuta se asocie al sistema familiar utilizando a su persona para transformarlo. Al cambiar la posición de los miembros del sistema, cambian sus experiencias subjetivas. El terapeuta confía en algunas propiedades del sistema para intervenir en él: a) una transformación de su estructura permitirá al menos alguna posibilidad de cambio, b) se une a la familia no para educarla o socializarla, sino para reparar o modificar su funcionamiento, c) el sistema familiar tiene propiedades de autopropagación; por lo tanto el proceso que el terapeuta inicia será mantenido en su ausencia por los mecanismos de autorregulación familiar.

La herramienta de esta terapia consiste en modificar el presente, partiendo del concepto de normalidad para medir las anomalías. La familia normal no puede ser distinguida de la familia anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto el terapeuta estructural dispone de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia.

Se puede hablar de *normalidad en base a las jerarquías* observando que el sistema familiar se diferencia y desempeña funciones a través de sus *subsistemas*: *Conyugal*: Son dos adultos que se unen con la finalidad de constituir una familia. Posee tareas y funciones específicas vitales para el funcionamiento de la familia. Las principales cualidades para la implementación de sus tareas son complementariedad y acomodación. *Parental*: La conforman, padres e hijos. Se debe trazar un límite que permita el acceso del niño con ambos padres y, al mismo tiempo, que lo excluya de las relaciones conyugales. La principal cualidad para su funcionamiento eficaz es que padres e hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario. Los hijos deben aprender a negociar en situaciones de poder desigual. *Fraterno*: Lo constituyen los hermanos. Es el

primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. Los límites en este subsistema deben proteger a los niños de la interferencia adulta, para ejercer su derecho a la privacidad, áreas de interés y libertad de cometer errores en su exploración.

Los individuos son subsistemas al interior de la familia así como las díadas (marido-mujer o madre-hijo). Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Respecto a la *normalidad en base a los límites* se puede decir que los subsistemas están constituidos por las reglas que define: quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser *claros*: definirse con suficiente precisión para permitir el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y otros. También deben ser firmes pero lo suficientemente flexibles para permitir una modificación cuando las circunstancias cambien. La familia debe responder a cambios internos y externos, siendo capaz de transformarse de modo tal que permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad familiar.

La claridad y flexibilidad de los límites en el interior de una familia, constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento y para la orientación de la intervención terapéutica.

Bajo este modelo terapéutico, son tres los *componentes que se basan en la concepción de una familia normal* (Minuchin, 1974).

1.- Una familia se transforma a lo largo del tiempo, adaptándose y reestructurándose de tal modo que puede seguir funcionando. Sin embargo es posible que una familia que ha funcionado eficazmente, responda ante el stress del desarrollo apeándose en forma inadecuada a esquemas estructurales previos.

2.- La familia posee una estructura que solo puede observarse en movimiento. Se prefieren algunas pautas, suficientes para responder a los requerimientos habituales. La

fortaleza del sistema depende de su capacidad para movilizar pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas le originan una reestructuración. Las transacciones repetidas regulan la conducta de los miembros de la familia: establecen pautas acerca de qué manera, cuándo y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. Son mantenidas por dos sistemas de coacción: 1.- Genérico e implica reglas universales que gobiernan la organización familiar: padres e hijos poseen niveles de autoridad diferentes y complementariedad entre esposos para operar como equipo. 2.- Ideosincrático, implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia, que es posible nunca hayan sido explícitos.

3.- Una familia se adapta al stress de un modo tal que mantiene la continuidad de la familia al mismo tiempo que permite reestructuraciones. Si una familia responde al stress con rigidez, se manifiestan pautas disfuncionales.

La *postura del terapeuta* estructural, es de autoridad en el proceso, mantiene el control del tratamiento y es el experto. En las familias “normales”, el terapeuta confía en la motivación de la familia como el camino para la transformación. En las familias “patológicas”, el terapeuta debe convertirse en el actor del drama familiar, incorporándose a las coaliciones existentes para modificar el sistema y desarrollar un nivel diferente de homeostasis.

Su función consiste en ayudar al paciente identificado y a la familia, facilitando la transformación del sistema familiar: asociándose a la familia en una posición de liderazgo; sacando a la luz y evaluando la estructura familiar subyacente; y creando circunstancias que permitan la transformación de la estructura, definida en términos de cambios en la posición mutua de los miembros de la familia.

Algunas de las *estrategias para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta*:

- Ponerse en contacto en algún momento con cada uno de los miembros de la familia presentes, inclusive los niños más pequeños; haciéndolos sentir a todos que forman parte de la sesión (joining).
- Su principal preocupación es la de intentar comprender el modo en que funciona la familia. Comienza por formarse una idea de la estructura, observando el orden en

que sus miembros hablan, la manera en que se relacionan entre sí. Planea sus siguientes pasos para lograr que la familia se dé a conocer.

- No se limita a la interacción de la familia tal como ha sido internalizada por los integrantes, sino experimentar por sí mismo la forma en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente.
- Orienta a determinados miembros de la familia para que hablen entre sí, pone a prueba sus presentimientos acerca del modo en que la familia funciona. Indaga áreas de discrepancia y observa de que modo se maneja la discrepancia y cómo resuelve la familia un problema.
- Desarrolla el foco del problema para incluir las interacciones familiares, y en la mayor parte de los casos algunos aspectos de las interacciones familiares se convertirán en objetivo de la terapia.
- No sustenta sus concepciones en un individuo y considera los diversos contextos de relación. Hace contactos en contextos diferentes si se relacionan con la problemática a tratar, como en los problemas de rendimiento escolar, haciendo contacto con la escuela. Su concepción sobre la localización del problema debe ser más amplia y de la misma manera las posibilidades de intervención.

Acerca de la *postura del paciente*, este modelo observa que lo que conduce a una familia a terapia son los síntomas de uno de sus miembros. Se trata del paciente identificado, al que la familia rubrica como “el que tiene problemas” o “el que es el problema”. Cuando una familia aplica a uno de sus miembros la etiqueta de “paciente”, constituye un método para mantener una estructura familiar rígida, inadecuada.

La familia desea que el problema que presenta sea resuelto sin interferencias con sus pautas transaccionales preferidas. Pero el cambio del paciente identificado dependerá probablemente de la transformación de la familia.

Se considera que una vez ocurrido el cambio, la familia lo preservará, proveyendo una matriz diferente y modificando la retroalimentación que califica o valida las experiencias de sus miembros.

Intervenciones: Existen tres estrategias de intervención y cada una de ellas cuenta con diversas técnicas para lograr su objetivo terapéutico (Minuchin y Fischman, 1984).

1.- Reencuadramiento o cuestionamiento del síntoma. Cuestionar la definición que la familia da del problema, tiene el objetivo de modificar o reencuadrar la concepción que la familia tiene del síntoma, moviendo a que sus miembros busquen respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes. Las técnicas que están al servicio de esta estrategia son:

- a) Escenificación: el terapeuta asiste a los miembros de la familia para que interactúen en su presencia, con el propósito de vivenciar la realidad familiar como ellos la definen.
- b) Enfoque: Tras seleccionar elementos que parecen pertinentes para el cambio terapéutico, organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema que le imparte un sentido nuevo.
- c) Intensidad: El terapeuta necesita hacer que la familia “oiga”, haciendo que la familia supere su umbral de “sordera”; y sea repitiendo el mismo mensaje en diferentes momentos de la sesión o con repeticiones isomórficas, en donde los cambios estructurales deseados se promueven por muy diferentes vías, como si los mensajes fueron diversos, pero son idénticos a nivel profundo.

2.- Reestructuración o cuestionamiento de la estructura familiar. Cuestionar sobre la demarcación que los subsistemas hacen de sus papeles y sus funciones. Verificando la proximidad y la distancia. Las técnicas de que se dispone para esta estrategia son:

- a) Fijación de fronteras: destinadas a modificar la participación de los miembros de diferentes subsistemas.
- b) Desequilibramiento: Modifica la jerarquía de las personas dentro de un subsistema.
- c) Enseñanza de la complementariedad: Cuestiona la idea de la jerarquía lineal.

3.- Realidades o cuestionamiento de la realidad familiar. Con el objetivo de modificar la visión de la realidad por la que se rigen los miembros de la familia es preciso elaborar nuevas modalidades de interacción entre ellos. Las técnicas al servicio de esta estrategia son:

- a) Constructos cognitivos: utilización de símbolos universales (las cosas son así y entonces no es necesario ponerse de acuerdo sobre cómo son), verdades familiares (utilizar la misma concepción del mundo que tiene la familia para extender su modalidad de funcionamiento) y el consejo profesional (presentar una explicación diferente de la realidad de la familia y basarla en la experiencia, conocimiento o sabiduría profesional).
- b) Intervenciones paradójicas: para enfrentar la resistencia al cambio de la familia y evitar una lucha por el poder entre familia y terapeuta. Se pueden clasificar en directas (basadas en la aceptación de la familia) y basadas en el desafío (esperando que la familia las desafíe).
- c) Lados fuertes de la familia: Utilizándolos como la matriz del desarrollo y la cura.

*“ Cuando las técnicas se guían por la sabiduría:
afectiva e intelectual, la terapia se convierte
en arte de curar ”*

Minuchin y Fishman, 1984.

Modelo Estratégico

Aspectos generales

Puede considerarse a Milton H. Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia (Haley, 1973). La terapia estratégica no es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Debe identificar problemas, fijar metas, diseñar intervenciones para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y evaluar el resultado de la terapia para ver si ha sido eficaz. El terapeuta debe ser sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por él mismo (Haley, 1973).

Este estilo terapéutico se basa en la formulación de directivas que originan cambios de conducta y pone énfasis en la comunicación metafórica. Más que cualquier otro terapeuta Erickson tiene en mente los procesos vitales. Su terapia puede ser mejor comprendida si se tienen en cuenta los procesos de desarrollo de la familia y los puntos de crisis que surgen cuando la gente pasa de una a otra etapa del ciclo vital familiar. Bajo este modelo, el síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital (Haley, 1973).

Los **objetivos** primordiales son: identificar problemas, fijar metas, diseñar intervenciones así como monitorear si están siendo efectivas o diseñar las correcciones adecuadas y evaluar el resultado de la terapia.

El **trabajo terapéutico** de este modelo se sustenta en intervenciones directivas.

La **postura del terapeuta** es de control, es quien tiene mayor responsabilidad y jerarquía en el tratamiento. Sin embargo, ante la familia, el manejo que le da a esta responsabilidad, es que es tan responsable como la propia familia, siempre y cuando se comprometa a trabajar en el proceso terapéutico.

Estrategias de maniobra: De la primera sesión depende la planeación de la estrategia y la eficacia del tratamiento. Durante esta primera entrevista estratégica: el terapeuta se debe concentrar en recoger datos que no deben interpretarse. No distraer la

atención del motivo por el cual la familia llega a terapia. No permitir interrupciones entre los miembros. Otorgarle a cada uno un tiempo. Después de formular el problema, el terapeuta pedirá a cada uno su opinión. Y, evitar en lo posible los diálogos entre la familia hasta llegar a la etapa de interacción.

Para esta primera entrevista, es importante tomar en consideración lo siguiente:

- a) Es de mucha riqueza entrevistar a la familia en su conjunto, para de esta manera captar rápidamente el problema, la interacción y pautas de conducta en torno al mismo. Además, bajo la visión sistémica, siempre tenemos en cuenta que el cambio en un miembro, afectará al resto de la familia, siendo una razón importante para entrevistar a la familia.
- b) No darle al paciente la decisión del tipo de estrategia o terapia a seguir, sobre todo si ya anteriormente estuvo en tratamiento, pues esto nos indica de alguna manera que lo que intentó no resultó, y si le concedemos el poder de la decisión estaríamos cometiendo dos grandes situaciones que pueden predecir el fracaso terapéutico: el darle el control al paciente y el intentar las mismas formas de solución del paciente que no han sido efectivas para la solución de la problemática que le aqueja.
- c) Al estar explorando el problema, es importante concretizarlo, con preguntas tales como: ¿Cuál es su problema?, ¿Por qué motivos ha venido a verme?, ¿Qué cambios desea lograr?, esta última además de explorar cuales son los cambios que se esperan por el proceso terapéutico, da mayor claridad de la problemática a tratar.
- d) Al explorar la problemática de la familia, el terapeuta estratégico no debe formarse ideas muy firmes, y debe abstenerse de comunicar a la familia sus observaciones. Esto, porque no tiene funcionalidad terapéutica cuando se acierta, diciéndole a la familia lo que para ellos es evidente, y si no se acierta es porque se están aventurando suposiciones no comprobadas por falta de elementos, no explorados aún. Siendo cualquiera de los dos casos situaciones que podrían provocar en la familia actitudes defensivas y con esto el entorpecimiento del proceso terapéutico.
- e) La estrategia del terapeuta, respecto a la concesión de la palabra, es básicamente respetando las jerarquías que la propia familia posee, sin que intervenga, la posición

que el terapeuta considere debe ocupar cada uno. En términos estructurales sería, no alterar las jerarquías que la familia tiene establecidas, sino respetarlas y actuar en esta sintonía de manera respetuosa.

- f) Tratar con más cuidado a la persona que trajo a la familia a terapia, pues es ella, la que mantendrá a la familia de regreso. Sin embargo, es importante no dejar de lado a ningún miembro de la familia y tomarlos en cuenta a todos y cada uno de ellos.

La *postura del paciente* es de responsabilizarlo del avance y beneficios que obtenga en la terapia y se le marca la jerarquía del terapeuta en la relación del tratamiento.

Intervenciones:

I.- La primera etapa de la terapia, es la fase de evaluación; que se lleva a cabo en la primera entrevista, estructurada en cuatro etapas:

- a) Etapa social: Durante esta etapa se logra conocer aspectos generales de los integrantes de la familia, también permite neutralizar las emociones con las que se inicia la sesión y mostrar empatía con la familia. En este momento no se permite que la familia hable del problema.
- b) Planteamiento del problema: Al haber terminado la etapa de presentación y comentarios neutrales, se inicia conversando un poco de lo que el terapeuta sabe del caso y se les pregunta acerca de la problemática, de tal manera que sea clara la demanda de ayuda ¿cuál es la situación por la cual acudieron a terapia?, ¿cuáles son los cambios que quieren?, ¿qué han hecho para resolver su problema?. Se le otorga la palabra a cada uno de los miembros de la familia, para conocer la visión que tiene del problema y la manera en que lo vive. En este momento no se permite la interacción entre ellos, la información es recibida por el terapeuta en una comunicación unidireccional, ya que tampoco el terapeuta debe en este momento hacer observaciones, interpretaciones, ni intervenciones. El principal objetivo de esta etapa es definir el problema de manera operacional, clara y explícita. Se identifican algunas situaciones importantes como: el síntoma, el contexto en el que se está manifestando, la etapa de ciclo vital en el que se encuentra, las redes sociales, las jerarquías en la familia, la frecuencia con la que se presenta etc.

- c) Etapa de interacción: En esta etapa se les invita a que platiquen entre ellos sobre el problema. En este momento se observan las conductas y el relato, y el terapeuta tiene un papel más de observador que de participante central, sigue dirigiendo y teniendo la mayor jerarquía, reintegrando a los miembros cuando se refieren a él y no dialogan entre sí.
- d) Definición de cambios deseados: En este momento de la terapia se tiene una idea clara de la problemática y se exploran los factores que para la familia indicarían un cambio. Para este fin es útil operacionalizar el síntoma, debe ser medible, observable y poder así, detectar de que manera se estaría influyendo en él. Establecer cuales serían los cambios en las secuencias interaccionales que la familia pretende lograr. Se exploran también los intentos de solución, que servirían para la planeación de la estrategia a seguir. Y finalmente, en base a esta exploración se establece la meta terapéutica a manera de contrato con la familia.

II.- La segunda etapa, es la propiamente llamada de intervención, que inicia con la planeación del tratamiento:

Consiste en el diseño y planeación de estrategias, que depende de las situaciones y necesidades particulares de cada familia. Para tener éxito en el empleo de las estrategias es importante tomar en cuenta dos aspectos: reflexionar sobre la problemática familiar y la secuencia interaccional de la familia.

El modelo estratégico ofrece *técnicas directivas de dos tipos*, que apoyan para: hacer que la familia se comporte diferente, intensificar la relación terapéutica entre terapeuta-paciente, aún en el periodo entre una sesión y otra, además, se continúa obteniendo conocimiento sobre las pautas de relación familiar. Sea que la familia, realice las directivas o no las realice, es una información importante de la familia que se utiliza para el trabajo terapéutico.

- 1.- Decirle a la gente que hacer, para que no lo cumplan. Este tipo de directiva se llama: Paradójica, y se hace uso de ella cuando la familia es poco cooperadora y rechaza la ayuda. Al trabajar con esta directiva, se pretende que al resistirse hacer lo que se les ha pedido, están cumpliendo la tarea. Por ejemplo: una pareja que esta en terapia por los problemas de infidelidad del esposo y que dice que ya no quiere vivir con él, pero

en el momento en que él le dice que se va de la casa, ella hace todo lo necesario para que se quede, siendo esto una pauta reiterada de conducta que le produce mucha insatisfacción a la mujer. Se le dice que tiene muchos satisfactores vivir con una pareja que sabe es infiel, por que así, no tiene la incertidumbre del engaño, que debe permanecer con él por su lealtad y reconociéndole este atributo.

Para la intervención de una directiva paradójica se deben tomar en cuenta ocho etapas de su planeación: 1.- Establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio. 2.- Definir claramente el problema. 3.- Fijar los objetivos claramente. 4.- Dar una explicación lógica que haga razonable la paradoja. 5.- Descalificar a quien hasta ese momento ha sido tomado como autoridad. 6.- Impartir la directiva paradójica. 7.- Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual, definiendo como falta de cooperación la disminución de la conducta usual. 8.- Evitar acreditar el cambio como un logro y hablar de las recaídas.

2.- Decirle a la familia lo que debe hacer, con el objetivo de que las cumplan; ya sea que dejen de hacer algo o que hagan algo diferente. Algunas de estas estrategias son las que se mencionan a continuación:

- a) Aliento a la resistencia, lo que también se conoce como prescripción del síntoma, concediéndole el control de la situación y esto como consecuencia logra un cambio.
- b) Ofrecimiento de una alternativa peor, al darle al paciente una alternativa menos deseada o no deseada trae consigo la elección de una mejor opción, que quizá no se hubiera tomado si no se hubiera dado una peor.
- c) Metáforas, son analogías aplicables a la problemática del paciente, siendo la comunicación metafórica el mensaje importante, razón por la cual al momento en que se descubre, se cambia la línea de conversación. Estas también se ocupan en lugar de una interpretación.
- d) Aliento de una recaída, esta técnica se utiliza al ver que el paciente ha estado mejorando de manera muy rápida, y a manera de desafío se le dice al paciente que retroceda y que se sienta tal mal como antes, y que valore si hay algo del problema que quisiera recuperar. El objetivo de esta técnica es prevenir la recaída con la prescripción de la misma.

- e) Frustración de una respuesta para alentarla, es una manera de invitar al paciente a realizar algo por medio de impedir esa misma acción, esto se puede trabajar a nivel paradójico, donde se hace uso de alternativas que atrapan al sujeto y que no tiene escapatoria. El resultado de que actúe de una manera o de otra, logrará el objetivo del cambio. Si alguien se resiste hablar en una sesión, se le pide que permanezca del mismo modo (callado).
- f) Empleo del espacio y la posición, esta técnica tiene como objetivo definir a la persona en términos de su posición y alternar su posición para que con ella cambie la persona. Es decir se intercambian lugares físicos; donde está un paciente sentado, se le pide intercambiar el lugar con otro, para que el otro entienda lo que esta sintiendo y tenga la oportunidad de experimentar desde “ese lugar” como esta experimentando la situación esa persona.
- g) Énfasis en lo positivo, se trata de destacar lo positivo de una conducta. Es una manera de redefinir la conducta que se “vive” como problemática hacia una definición positiva.
- h) Siembra de ideas, el objetivo es retomar en algún momento posterior, alguna situación que se ha esbozado en momentos previos. Es una estrategia para no dejar pasar hechos importantes pero que en ese preciso momento no es conveniente desviar el foco de atención que se ha establecido.

Un aspecto ha considerar en las directivas es la importancia que tiene la revisión de las tareas en las sesiones, pues ayuda a darle el peso que tiene la directiva en el tratamiento que se esta llevando, por tal motivo si la tarea se ha cumplido se le reconoce al paciente; si la cumple de manera parcial, se investigan las causas; y si no la ha cumplido, no se debe dejar pasar por alto, se investiga el motivo y además se les hace saber que han fracasado en la indicación y en el beneficio que hubieran tenido el haberla cumplido. Esta también es una manera de responsabilizar a la familia del avance y beneficios que obtengan en la terapia y por otra parte, marca la jerarquía del terapeuta en la relación del tratamiento.

“ Una terapia puede considerarse como estratégica si el clínico inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema ”

Haley J, 1973.

Modelo de Terapia Breve

Aspectos generales

Los terapeutas del Mental Research Institute (MRI), inician el proyecto de terapia breve; estaban convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo más corto que en la práctica habitual. John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick, entre otros; trabajaron con un límite prefijado de 10 sesiones (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

El modelo de terapia breve se basa en la creencia de que los problemas se originan y son mantenidos por el modo en que las personas involucradas perciben y abordan las dificultades de la vida, en donde las soluciones intentadas para solucionar; no generan el cambio o inclusive exacerbaban el problema. En este sentido se entiende que lo que mantiene los problemas es la aplicación continua de esos intentos de solución, erróneos o frustrados, que entonces se convierten en el problema en sí. Es así, que este enfoque se centra en las soluciones intentadas, en detener, incluso invertir el tratamiento usual que ha servido para exacerbar la situación, por más lógico que este tratamiento parezca (Cade y O'Hanlon, 1995).

El **objetivo** es poner límites al tratamiento convencional a largo plazo mediante dos métodos principales: una modificación de las técnicas tradicionales para la resolución del problema evitando "más de lo mismo" y una disminución de los objetivos de la terapia.

El **trabajo terapéutico** se centra esencialmente en interacciones de la conducta observable del presente. El proceso terapéutico explora los intentos de solución de los pacientes. No se realizan interpretaciones. Se trabaja de manera directiva a través de tareas y ejercicios que realizan los pacientes. El proceso terapéutico finaliza cuando el problema del paciente se termina, esperando que los resultados obtenidos se reflejen en otras áreas (efecto mariposa).

La **postura del terapeuta** es de mantener el control del tratamiento. Su capacidad de maniobra consiste en saber cual será la mejor manera de actuar en un tratamiento, poniendo en práctica lo que juzgue mas apropiado en el transcurso. Utiliza una interrogación directa, elemento por elemento hasta encontrar la pauta del problema. El objetivo primordial del terapeuta a lo largo de la entrevista, consiste en recoger la información adecuada: clara,

explícita y manifiesta en términos de conducta, ¿qué hacen y dicen las personas, sobre el problema?.

El terapeuta es capaz de modificar y de ser flexible, retirándose de la postura que haya asumido con un paciente, en el caso de no haber sido eficaz, abandonando la estrategia que comenzó a poner en práctica, en vez de aferrarse a ella.

Se muestra atento tanto a la comunicación verbal como a la comunicación no-verbal de los pacientes. Además, ayuda al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas. Y **no** menosprecia la importancia de la historia pasada, pero la centra en el aquí y el ahora.

Algunas de las *estrategias para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta*, pueden ser: a) Estar atento a la oportunidad y ritmo, es decir no apresurarse y cambiar de estrategia cuando sea necesario, b) Tomarse el tiempo necesario y no presionarse, c) Usar un lenguaje condicional, asumiendo una postura no comprometida, d) Propiciar que el cliente asuma una postura comprometida y bien definida; el cliente debe concretizar, e) Mostrar una actitud igualitaria cliente-terapeuta, ya que esto propicia la colaboración del paciente, f) Se pueden dar sesiones individuales y conjuntas, pues bajo el enfoque sistémico toda alteración en la conducta de uno influirá en los demás, g) Asumir una postura pesimista ante la posibilidad o deseabilidad de un cambio, h) Advertir a los clientes que vayan despacio, o que sólo introduzcan cambios pequeños, i) Que estén atentos a posibles recaídas.

Acerca de la *postura del paciente* se puede encontrar que existen personas que se definen a sí mismas como pacientes y a personas que definen a otro(s).

Para algunas, el problema es manifiestamente doloroso, por lo que el cambio se vuelve urgente por necesidad; para otras, es indeseable pero no incomodo en exceso y no se necesita un cambio con urgencia. Existen personas que ocupan una postura pesimista respecto a la solución del problema, mientras otras manifiestan que aunque difícil, el problema puede ser afrontado.

Intervenciones: Las técnicas que este modelo emplea para la solución de los problemas que el paciente trae a consulta son de dos tipos (*Fisch, Weakland, Segal, 1982*):

Intervenciones Generales: que se pueden definir como paradójicas. Se utilizan cuando el terapeuta quiere comunicar alguna postura de tipo general, con el objetivo de preparar el terreno para una intervención particular. Sirven también para averiguar si es suficiente dicha intervención para solucionar el problema.

- a) No apresurarse: La intervención consiste en ofrecer razonamientos dotados de credibilidad que justifiquen el no ir de prisa. “Los cambios que se realizan lentamente son más sólidos que los que ocurren de modo repentino”.
- b) Los peligros de una mejoría: Se aplica a determinadas clases de resistencia. Se le pregunta al paciente si se halla en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema.
- c) Un cambio de dirección: El terapeuta varía de postura o de estrategia, y al hacerlo le ofrece al paciente una explicación acerca de dicha variación. Esto es necesario cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta, es el momento de reevaluar el rumbo que se ha adoptado. Puede darse cuando el terapeuta de modo no deliberado, comienza a discutir con el paciente, o cuando el terapeuta sugiere algo a lo que el cliente accede pero que mas tarde se muestra como no productivo.
- d) Cómo empeorar el problema: Se ofrece una sugerencia en calidad de instrumento para que la situación empeore. Esto suele hacerse cuando le paciente ya se ha resistido a anteriores sugerencias o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. Se puede aplicar de dos maneras: dándole instrucciones sobre cómo hacer que las cosas vayan peor, o en forma interrogativa.

Intervenciones Particulares:

- a) Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir espontáneamente, cuando deja de esforzarse por que ocurra el cambio deseado (como los problemas sexuales o el insomnio). Intervención: Se le manifiesta al paciente que hay que provocar la aparición del síntoma como paso inicial a su control definitivo.
- b) Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo (como un problema de ansiedad, fobias, etc.). Intervención: Se requiere de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio.

Exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que la acabe con éxito.

- c) Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición (como los problemas vinculados con relaciones interpersonales). Intervención: El terapeuta debe preocuparse por la formulación o venta de la solicitud, el paciente necesita aprender a efectuar solicitudes o peticiones mediante un estilo no autoritario.
- d) Intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación (cuando existe una aversión a pedirle al otro individuo algo que le disguste o exija determinado esfuerzo o sacrificio). Intervención: Lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente.
- e) La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa (infidelidad, alcoholismo, delincuencia). Intervención: Detener el juego del acusador-defensor. Interferir, reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre las dos partes, al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión. Introduciendo un elemento imprevisible y de incertidumbre que le permita tomar control de la situación.

“Para que una dificultad se convierta en un problema, se tienen que cumplir dos condiciones: que se haga frente equivocada a la dificultad y que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución”

Fisch R, Weakland J, Segal L, 1982.

Modelo de Soluciones

Aspectos generales

El precursor más influyente en este modelo es Milton Erickson; quien no tenía ninguna teoría psicopatológica y especulaba poco sobre el origen de los problemas. Su objetivo era convertir en ventajas lo que parecían desventajas. Pensaba que la terapia debía ser ajustada para satisfacer los estilos y la idiosincrasia de cada cliente. Consideraba que los clientes tenían en ellos mismos o dentro de sus sistemas sociales, los recursos necesarios, para realizar los cambios que necesitaba hacer (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990).

Este modelo de intervención, está centrado en el futuro, más que en el aquí y el ahora, no le interesa cómo surgieron los problemas, ni cómo se mantienen, se ocupa de cómo se resolverán: qué es lo que funciona o es útil en casos concretos. El modelo centrado en soluciones se centra en las fuerzas y capacidades de los clientes.

El trabajo terapéutico bajo este modelo tiene tres **objetivos principales**:

1.- Cambiar la forma de actuar en la situación percibida como problemática. Que los pacientes usen otras acciones con mayor probabilidad de resolver problemas que la repetición de pautas sin éxito. 2.- Cambiar la forma de ver la situación percibida como problemática. 3.- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se pueden aplicar a la situación que se percibe como problemática.

La postura del terapeuta principalmente es de mantener expectativas positivas para producir el cambio y esperar encontrar soluciones. Se le da mucho respeto y crédito a las capacidades del paciente. Su tarea es acceder a los recursos y capacidades y ayudar a los pacientes a usarlos en las áreas apropiadas de sus vidas.

El terapeuta tiene un papel muy activo, se debe asegurar que los objetivos sean alcanzables, por tal motivo debe haber una definición clara y concreta de objetivos.

Las estrategias de maniobra del terapeuta centrado en soluciones, son las siguientes: a) Centrar la atención de los clientes en las excepciones, soluciones y recursos, b) Normalizar continuamente de manera directa e indirecta, la conducta que hasta ese

momento se ha considerado patológica, c) Extraer información sobre las excepciones al problema: ocasiones en que las cosas van bien, soluciones anteriores al problema actual, así como las fortalezas y recursos de la persona, d) Definición de objetivos alcanzables, concretos y observables, cosas que se verían u oirían con una cámara de video ¿qué cosas diferentes harás cuando tengas...?, e) Fase de negociación: empezar por cosas pequeñas (primer indicador de cambio) ¿cuál será la primera señal de que las cosas van por buen camino?.

La postura del paciente, en la que es visto bajo este enfoque, es que tiene recursos y fortalezas para resolver sus quejas, tal vez solo necesita que se les recuerden, para que desarrolle soluciones satisfactorias y duraderas. Ellos son quienes deciden que cambios quieren lograr.

Intervenciones: este modelo utiliza diversas técnicas de intervención, que se mencionará a continuación (O'Hanlon, W., Weiner-Davies, 1990).

I.- Preguntas presuposicionales: están diseñadas para funcionar como intervenciones; con un cuidadoso uso del lenguaje se intenta influir sobre las percepciones y dirigir hacia las soluciones. Reflexionar sobre estas preguntas ayuda a los clientes a considerar su situación desde nuevas perspectivas. Su regla básica es mantenerlas abiertas evitando preguntas a las que se pueda contestar con un “sí” o un “no”.

Las preguntas presuposicionales que se eligen durante una sesión depende del momento y objetivo de la sesión; a fin de descubrir las soluciones. Estas preguntas tienen dos objetivos principales: 1) se utilizan para recabar información sobre excepciones; y 2) para encaminar hacia respuestas que promueven recursos y enriquecimiento.

A continuación se mencionan algunas de estas preguntas:

a) ¿Qué es diferente en las ocasiones en que...?. El objetivo se formula en términos positivos. Si insisten en que no hay momentos en los que no se produce el problema: buscar lo mejor dentro de lo malo o excepciones absurdas ¿cuándo es menos grave?, ¿sucede cuando duermes?

b) ¿Cómo conseguiste que sucediera?. Con el objetivo de saber que es lo que hace falta para seguir con los cambios, al mismo tiempo se está animando a que se atribuya los méritos de los buenos resultados.

c) ¿De qué manera el que (excepción) hace que las cosas vayan de otra forma? Sugiere una conexión entre las cosas positivas en un área con otra. Si está presente en la sesión otra persona, escucha como una acción positiva de un individuo afecta la vida de los otros.

d) ¿Quién más advirtió que ...?, ¿cómo puedes saber que se dio cuenta?. Si hay más de una persona en la sesión, reciben información acerca de cuáles de sus conductas resultan agradables. Esto influye sobre su conducta futura.

e) ¿Cómo conseguiste que dejara de...?, ¿Cómo conseguiste que terminara la pelea?. El objetivo es empezar a ver una conexión entre algo que hacen, y pueden hacer, y el cese de un evento desagradable. Además sirve como una sugerencia acerca de una futura forma de actuar para reducir la conducta indeseada.

f) ¿De qué manera es esto diferente de la forma en que lo hubieras manejado hace... (Una semana)?. El objetivo es reconocer su propio avance hacia la solución, localizar y fomentar las tendencias saludables. Que la “conducta nueva” no pase desapercibida, marcando una diferencia que marque la diferencia. Cualquier cosa que estén haciendo los clientes que sea positiva para ellos merece atención.

g) ¿Qué haces para divertirte?. El objetivo es buscar en otros contextos de la vida de los clientes las capacidades y el “saber cómo hacer”, qué se necesita para resolver su problema.

h) ¿Has tenido alguna vez esta dificultad anteriormente? ¿Cómo lo resolviste? ¿Qué tendrías que hacer para conseguir que eso volviera a suceder?. Su objetivo es que se investiguen soluciones pasadas para la dificultad presente. Recordar que funcionó en el pasado y repetirlo. Erróneamente se cree que si se eliminó un problema por un tiempo y reapareció, entonces la solución fue totalmente ineficaz.

II.- Normalizar y despatologizar: cuando los terapeutas normalizan las dificultades que los pacientes traen a terapia, los clientes empiezan a sentir alivio. Se les ofrecen explicaciones de sentido común y las situaciones problemáticas que presentan como importantes, se minimizan; llevándolos a pensar que tal vez las cosas no son tan malas como parecían. Se usan dos estrategias para este fin:

Modos directos: cuando los pacientes describen cosas que consideran patológicas se dicen cosas como: “Naturalmente”, “Por supuesto”, “¿Y?”, “Esto me resulta familiar”. Dando con estas repuestas una normalización a lo que esta describiendo.

Modos indirectos:

- a) Contar anécdotas de nuestra propia experiencia o de conocidos.
- b) Interrumpir la descripción del problema y terminar nosotros la historia con algunos detalles de situaciones similares.
- c) Cuestionar las interpretaciones negativas que hacen de sus vidas y de la gente que les rodea: “Estoy algo confusa... ¿Cómo puedes distinguir entre (problema) y (normalidad)?. Estableciendo esta distinción, al preguntar esto, se intenta que los clientes mismos se pregunten si las cosas no las toman demasiado a pecho.
- d) Destacar el papel que las acciones del cliente tiene sobre la queja y normalizarla: “dar receta de la queja”, “le pedimos al paciente nos diga cómo *hace su problema*” y preguntar en cual técnica se ha especializado y centrar la intervención en ella.
- e) Elogios normalizadores: Hacerles saber a los pacientes que el problema o angustia que esta viviendo, son una respuesta natural y normal ante los eventos vitales. Darles una nueva perspectiva y más sana sobre su situación.

III.- La pausa: en la sesión sirve como marcador de contexto, aunque no se cuente con equipo terapéutico, para subrayar comentarios, dar ideas nuevas, hacer resumen de las cosas bien hechas, nuevos marcos de referencia, etc.

IV.- Elogios: se aprovecha cualquier oportunidad para localizar y destacar tendencias positivas.

- a) Se felicita, cuando el paciente promueve soluciones.

- b) Reestructuración o connotación positiva: dar un nuevo significado a la descripción del problema. Concediendo motivaciones positivas a las conductas consideradas problemáticas.

V.- *Preguntas a futuro*: cuando no se pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que sacar partido, el siguiente paso es hacer preguntas orientadas al futuro.

- a) Preguntas de avance rápido: “Imagina un futuro sin el problema, y descríbelo cómo es”. Al describirlo, describe también la solución.
- b) Pregunta del milagro: supón que sucede un milagro y tu problema está resultado, ¿qué sería diferente? (dando a entender que la solución es inminente). Cuando describen su milagro: ¿hay algo de esto que ya esté ocurriendo?...¿qué tienes que hacer para que suceda más a menudo?.
- c) Preguntas orientadas al futuro: Fantasear de forma concreta y agradable. Imaginen un futuro sin el problema y complementen a detalle escenas futuras: ¿en que será diferente su vida?, ¿quién será el primero en darse cuenta y que dirá o hará ante el cambio?, ¿cómo responderá?.

VI.- *Preguntar sobre el problema*: Cuando no se pueden recordar excepciones o contestar a las preguntas orientadas al futuro; se reúne información detallada sobre el problema: Marcos de referencia donde sitúan el problema, en que sentido lo ven como problema, circunstancias y secuencia de eventos cuando sucede el problema:

¿Cuál consideras que es el problema?, ¿qué sucede? ¿qué sucede después de eso?, ¿quién está presente cuando se da el problema?, ¿qué dice o hace cada uno? ¿y después qué pasa?, ¿dónde ocurre el problema con mayor frecuencia?, ¿dónde es menos probable que ocurra?, ¿de qué forma es un problema para ti?.

Una vez comprendiendo los esfuerzos ineficaces para combatir el problema, se les sugiere que inviertan la forma en que han abordado la problemática.

VII.- *Buscar recursos y soluciones como “más de lo mismo”*: Cuando el hecho de rastrear excepciones, soluciones y un futuro sin problemas produce la sensación de estar nadando contra corriente; cambiamos de dirección y nos centramos en el problema o se adopta una actitud pesimista y se observa que ocurre en el cliente.

“ Si los clientes van en una dirección y no nos damos cuenta hacia dónde van y despejamos otra zona del hielo, perderemos nuestra influencia y credibilidad ante ellos. Es importante reconocer y validar lo que los clientes han estado pensando y sintiendo y luego, tan pronto como sea posible, ayudarles a pensar, sentir y actuar de forma más satisfactoria”

O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990.

Modelo Milán

Aspectos generales

El modelo de Milán es la adaptación más fiel a la perspectiva sistémica, tiene una influencia directa de Bateson (epistemología circular) y el Mental Research Institute (MRI). Entre las principales figuras de este modelo, se encuentran Selvini-Palazzoli, Prata, Boscolo y Cecchin (Tomm, 1984a).

Los problemas son observados como problemas en patrones de interacción social, y es por esto que canaliza sus esfuerzos terapéuticos hacia los patrones de interacción.

En sus orígenes sus sesiones terapéuticas fueron espaciadas, descrita como terapia “larga breve”. Breve por su número de sesiones siguiendo al MRI (10 sesiones). Larga por que estaban ampliamente espaciadas en intervalos mensuales. Se especulaba que la razón era que el “tiempo” es requerido para el cambio terapéutico y para la reacción de la familia a la intervención.

Su **objetivo** es determinar el sistema de relaciones, creencias, valores de la familia dentro de los cuales aparece el síntoma y determinar el papel que éste desempeña dentro del sistema relacional, alterar el juego familiar, los patrones disfuncionales de la familia, induciendo un cambio de segundo orden a través de cuestionamiento circular, connotación positiva y tareas de cambio de interacciones: inicialmente usaban paradojas y recientemente prescripciones a manera de rituales.

En el **trabajo terapéutico** de esta orientación sistémica, se generan descripciones contenidas en una estructura de *curiosidad* más que en una estructura de explicaciones falsas o verdaderas. La curiosidad vista desde una perspectiva estética, esta basada en la noción de que cada sistema tiene una lógica para su interacción. Y esta lógica no es ni buena ni mala, ni correcta e incorrecta; es simplemente operativa.

Se establecen tres principios indispensables en el proceso de entrevista (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchini y Prata, 1980):

a) *Hipótesis*: Es una suposición, excluyendo explícitamente su verdad o falsedad. Su formulación, por parte del terapeuta, está basada en la información que tiene respecto a la familia.

Su *función esencial en general* consiste en ser una guía para obtener información a través de la cual será confirmada, refutada o modificada. Su *función en la entrevista* es detectar patrones de relación. Hipotetizar un proceso continuo de interacciones provee una guía para conducir la entrevista y evitar el desorden.

Las sesiones con la familia, sin basarnos en una hipótesis, tenderán a incrementar el desorden y la confusión

Su principal característica es que debe ser sistémica: a) Incluir a todos los miembros de la familia, b) Proveer de una suposición sobre la función relacional total.

b) *Circularidad*: Es la capacidad del terapeuta para conducir su investigación sobre la base de retroalimentación de la familia, en respuesta a la información que él solicita de sus relaciones. Es una modalidad triádica de investigación de relaciones y el principio fundamental de que la información es diferencia y la diferencia es una relación. Ayuda al terapeuta a enfrentar las complejidades de la familia, en donde cada miembro es invitado a decir cómo ve la relación entre otros dos miembros de la familia. Investigando así sobre una relación diádica, vista desde una tercera persona. Es decir, se invita a cada miembro a *Meta-comunicarse*, sobre la relación de otros dos, en su presencia.

c) *Neutralidad*: Neutralidad del terapeuta es el efecto pragmático específico que su comportamiento produce sobre la familia. Consiste en una especie de establecimiento de alianzas sucesivas donde el terapeuta está aliado a todos y a ninguno a la vez. Es necesario tratar de observar y neutralizar tan pronto como sea posible cualquier intento de coalición, seducción o relaciones privilegiadas con el terapeuta por parte de cualquier miembro o grupo de la familia.

El terapeuta solo puede ser efectivo en la medida que sea capaz de obtener y mantener un nivel diferente (metanivel) del de la familia.

En tiempos más recientes, la neutralidad es concebida como un estado a través del cual el terapeuta puede conducir la entrevista desde una postura de curiosidad.

La postura del terapeuta, es de curiosidad, respeto a la postura de cada uno de los miembros de la familia y de aceptación. Su papel es poner de manifiesto las pautas de interacción familiar. No se convierte en instructor de la familia. Acepta la versión de la familia mediante la escucha, sin enjuiciamientos.

Se mantiene neutral sin ser distante, frío, ni inactivo. Adopta una metaposición con relación a cada miembro como individuo, a sus patrones y a sus creencias.

Las estrategias de maniobra del terapeuta son diversas; una muy importante es conducirse con responsabilidad: a) no se conduce como controlador social (nunca enjuicia o critica,), pues le resultaría difícil permanecer neutral y perdería el sentido de curiosidad; b) asume el control del problema; c) observa su propia posición dentro del sistema; d) se mantiene atento a su propio aburrimiento y experiencia psicósomática, dando esta información importante sobre la estética de la terapia (hipótesis, neutralidad y curiosidad) (Cecchini, 1988) .

La tarea del terapeuta es hacer manifiestos los “juegos familiares”, interrumpirlos y reemplazarlos por otros más funcionales para todos los miembros de la familia. Para conseguirlo, elabora hipótesis que conecten al síntoma con el sistema.

Utiliza metáforas y cambia el verbo “ser” por el verbo “mostrarse” (Tomm, 1984a), con la finalidad de separar a la persona de su contexto; es decir, no tiene el mismo significado: “es depresivo” a “se muestra depresivo”; lo primero podría tener una respuesta lineal, poco funcional para los cambios en las interacciones familiares y lo segundo lleva a examinar que sucede en el contexto y también a la curiosidad circular.

La postura del paciente en este modelo, es que la familia mantiene un juego que no desea dar por terminado, en donde es imposible definir la relación. Ante este juego prefieren su perpetuidad a la definición del mismo. El sistema familiar se muestra como una explicación de sí mismo, es decir el sistema está simplemente haciendo lo que hace, y que lo que hace, es lo que lo hace (Cecchin, 1987).

Estructura de trabajo: Se divide la sesión en cinco partes (Tomm, 1984b):

1.- *Presesión:* Se toman en cuenta los eventos de la última sesión. Se establece la hipótesis sobre el proceso como guía de las preguntas a realizar.

2.- *La sesión:* Generalmente dura una hora. Los terapeutas guían la conversación y solicitan información a la familia. Además de datos concretos, se observa el modo en que se suministra la información: su estilo interaccional.

Se observan las secuencias de comportamiento verbales y no verbales y las redundancias que indican reglas secretas.

3.- *La discusión de la sesión:* Los terapeutas se reúnen con el equipo, discuten la sesión y deciden como concluirla. Es una etapa de intensa lluvia de ideas.

Se realiza una discusión a profundidad con la cual se elabora una intervención o un mensaje que es enviado a la familia ya sea de forma verbal o por escrito. Se debe usar el tiempo necesario en esta discusión.

4.- *La conclusión de la sesión:* Hay mínima interacción o discusión en esta fase.

Los terapeutas regresan con la familia para concluir la sesión con un breve comentario o prescripción muchas veces de tipo paradójico o a manera de rituales. Generalmente se hace uso del elemento sorpresa.

5.- *El acta de la sesión:* Se formulan previsiones y se redacta un acta de la sesión.

El equipo y los terapeutas se reúnen nuevamente para discutir las reacciones observadas en el cierre de la sesión.

Intervenciones (Tomm, 1984b):

- a) *Cuestionamiento circular:* Es útil para elaborar hipótesis e intervenciones. Funciona para investigar patrones de relación que se repiten y conforman al sistema familiar, sus ideologías, evolución del problema, cambios en las relaciones inter e intrafamiliares. Este interrogatorio es de carácter reflexivo; es adecuado para

obtener datos de cada miembro de la familia, considerando su opinión y experiencia, acerca del estado actual de la familia, las secuencias de interacción que se repiten y que en la mayoría de los casos están relacionados con el problema y las diferencias en la forma de relacionarse a través del tiempo. Ofreciendo a la familia, una visión sistémica de sí misma, al darse cuenta y desarrollar una interrelación entre diferentes comportamientos que pueden favorecer cambios significativos en forma espontánea. Las pautas más importantes a contemplar para la elaboración de estas preguntas circulares son: pensar en términos de interacciones y cambios en los miembros de la familia, hacer preguntas a cada uno de ellos, que den luz a la hipótesis, tomar las palabras claves de la familia para convertirlas en preguntas acerca de diferencias entre las relaciones.

Las preguntas lineales se pueden emplear como base de nuevas preguntas circulares.

- b) *Connotación positiva*: Se pone a todos los miembros al mismo nivel y se evitan las alianzas. Connotar positivamente tanto el síntoma del paciente identificado como los comportamientos sintomáticos de los otros miembros de la familia con frases como: “Todos los comportamientos de ustedes están inspirados en mantener la unión y cohesión de la familia”. Es una metacomunicación. En la connotación positiva se expresa cómo uno de los miembros de la familia, sin que nadie se lo haya pedido, ha decidido sacrificarse ayudando a la madre en..., al padre en... y así se incorpora a todos los miembros de la familia. Es la puerta de entrada para la paradoja terapéutica
- c) *Paradoja y Contraparadoja*: el grupo de Milán adoptó el concepto de que la familia es un sistema, donde su comportamiento sintomático se mantenía bajo los patrones de homeostasis, donde el uso de la contraparadoja fue el instrumento más representativo de este grupo. Las familias buscaban mantenerse tal cual, y los cambios tenían la función de mantener dicha homeostasis. Es por ello que, al llegar a terapia, trataban de meter al equipo terapéutico en la paradoja: “cámbienme sin que me cambien”. Es entonces como el equipo de Milán utilizó contraparadojas con el objetivo de evitar caer en esta paradoja sin salida y así, fomentar la introducción de información que moviera a la familia a un cambio para cambiar.

- d) *Rituales familiares*: Consiste en prescribir rituales a la familia ya sea para realizarse una sola vez o de forma repetitiva. Se trata de una acción o una serie de acciones combinadas generalmente con fórmulas o expresiones verbales. Se cambian las reglas del juego y por consiguiente la epistemología familiar sin recurrir a explicaciones ni a la crítica. Están más próximos al código analógico que al digital. Deben participar todos los miembros de la familia, y ser precisado por el terapeuta de preferencia por escrito.
- e) *Declaración de impotencia por parte de los terapeutas*: Consiste en que el terapeuta cambie su posición en la relación, es decir, en definir la relación declarando la propia impotencia, con lo cual toma en sus manos el control de la situación.
- f) *Recuperar a los ausentes*: Consiste en agregar una sexta parte a la sesión, la conclusión, la cual se realiza en el domicilio de la familia, estando todos reunidos. Esta es una forma de “hacer presente” al miembro ausente. Esta intervención implica aceptar el reto de la familia y mostrarnos crédulos de los motivos expuestos para la ausencia, y estar atentos de todo lo que sucede en la sesión. De alguna forma se convierte a la ausencia en la situación central de esa sesión.
- g) *Otras intervenciones*: La prescripción en la primera sesión; trasladar la etiqueta de “paciente identificado” a uno o más miembros considerados sanos por la familia; aceptar sin objeciones una mejoría sospechosa o una desaparición del síntoma.

“ Es nuestra creencia que el terapeuta puede ser efectivo solo en la medida que sea capaz de obtener y mantener un nivel diferente (metanivel) del de la familia”

Selvini, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980

Modelos Narrativo

Aspectos generales

Algunos de los terapeutas envueltos por el pos-estructuralismo e involucrados en el desarrollo de este modelo son White y Epston, otros más son: Andersen, Mahoney, Neimeyer, Kelly y Epstein (Neimeyer y Mahoney, 1998).

Este modelo de terapia narrativa, se basa en la creencia de que la vida es una narrativa y la producción narrativa de cada cliente es única. Una historia construida a través de un intenso intercambio dialéctico entre las personas y sus nichos ecológicos. La capacidad de contar historias transmite a los humanos sus cualidades distintivas. En el proceso de la narración humana la persona es a la vez el escritor, lo escrito y el crítico literario. Por lo tanto, en los seres humanos hay más que una narrativa. Hay un narrador definido alguien que se mueve entre la posición del sujeto y la del objeto en la construcción de la historia (Goncalves, 1998). Pueden dirigirse al pasado, proyectarse al futuro, consolidando una sensación de sí mismos a lo largo del tiempo y sugiriendo nuevas elecciones o direcciones vitales.

El objetivo de este modelo es la exploración de las narrativas personales, autobiografía, sistema de constructos personales y familiares. Crear significados más que la corrección de ellos. Reformulando y resolviendo los problemas en el lenguaje en la que los clientes puedan reclutar validación social para representar nuevas identidades, menos saturadas del problema (White y Epston, 1990) el trabajo narrativo será co-construir la versión de nuevas historias y de nuevos significados.

El *trabajo terapéutico* se centra esencialmente en que la psicoterapia sea un buen marco para la construcción y deconstrucción de narrativas. Igual que Narciso, los clientes empiezan a reconocerse a sí mismos en el espejo de sus historias, convirtiéndose simultáneamente en objetos, sujetos y proyectos de ellos mismos. En la protección del nicho terapéutico, intentan conquistar la versatilidad de un texto (Goncalves, 1998).

La *postura del terapeuta* es alimentar la actividad narrativa del cliente; sin disputar, cuestionar o “contrastar con alguna realidad”. Ser creativo más que correctivo, promover la creación de significado y de desarrollo personal. Reducir su estatus como terapeuta.

El terapeuta es quien pauta la dirección de la sesión, es quien lleva la sesión sin perder de vista las necesidades de la familia. No impone, ayuda y acompaña a que la familia “entre” en el procedimiento y que ellos tengan la opción de no aceptar una intervención o de cambiar el foco de atención.

Una *estrategia para aumentar la capacidad de maniobra del terapeuta*, es adoptar una postura de “no saber”, el experto en su problema es el cliente mismo.

La *postura del paciente* es respetada más que controlada. Se le comprende empáticamente su punto de vista como base para la negociación.

Intervenciones: Las técnicas que este modelo emplea para la atención de sus clientes son:

1.- *El equipo de reflexión* (White, Epston, 1990): se le solicita a la familia que escuche las discusiones del equipo sobre lo trabajado en la presente sesión y al final se le pide su opinión de los comentarios que escuchó. Esta propuesta dio un cambio súbito al ejercicio terapéutico y a la postura del terapeuta, planteando equidad en la participación, y hacer desaparecer al experto, en una postura de “ignorancia deliberada” (Aderson, 1987).

Las normas de acción de los equipos reflexivos son las siguientes:

- a) Las reflexiones del equipo deben basarse en algo expresado durante la conversación: "cuando escuché..., “se me ocurrió...".
- b) Los miembros del equipo al hablar públicamente deben tratar de no transmitir connotaciones negativas. En vez de decir "no entiendo por que no intentan esto o aquello", se dice: "me pregunto que pasaría sin intentar hacer esto o aquello..."
- c) Cuando familia y equipo están en la misma habitación y el equipo esta reflexionando, se pide a estos miembros que se miren entre sí, es decir, que no miren a los que escuchan (clientes), con el fin de permitir que los oyentes se sientan en libertad de no escuchar. Después la conversación se centra en la familia y el terapeuta, y se ofrece la oportunidad de que la familia discuta la charla del equipo. Conversar, ver

conversaciones sobre lo conversado y volver a conversar, abre posibilidades de ver diferentes perspectivas de la misma situación.

2.- *Cartas, documentos, diario personal y excursiones poéticas autoreflexivas*: Son herramientas para el diálogo interno y el desarrollo personal. El acto de escribir sobre uno mismo tiende a proveer la convivencia de los límites de la propia autoobservación y una sensación de trascender gradualmente. Además se alcanza una mayor sensación de ser el autor de la propia vida (Mahoney, 1991; White y Epston, 1990).

3.- *Relato de sí mismo*: desde el punto de vista de otra persona hipotética y que colabore luego con el terapeuta, “*como si fuera otra persona*” para dar el punto de vista desde esa postura (Neimeyer, 1998).

4.- *Narrativas metafóricas, cartas a los clientes como forma de documentación*: Ofrecer opiniones respetuosas sobre “un viaje compartido (cliente-terapeuta)” y no como opiniones profesionales autoritarias, dichas narrativas generadas por los terapeutas pueden interconectar con las del propio cliente, y ayudarle a validar y consolidar los cambios mediante su trabajo conjunto (White y Epston, 1990).

5.- *Externalización*: animar a los clientes a distinguirse de sus problemas realizando discursos externalizados respecto a sus problemas. Liberándolos de ciertas nociones familiares respecto a los problemas y de discursos dominantes (como la culpa), que guíen sus vidas (White y Epston, 1990).

6.- *Preguntas circulares*: Se hace uso de este tipo de cuestionamientos en tres grandes rubros (White y Epston, 1990):

a) Preguntas relativas al panorama de la acción: para que logren situar sus logros, en una secuencia de sucesos y no a hechos fortuitos.

b) Preguntas relativas al panorama de conciencia: con la finalidad de que reflexionen y logren determinar el significado de los hechos que suceden en la acción.

c) Preguntas de influencia relativa: Para que describan la influencia del problema en sus vidas y relaciones. Para que describan la manera en la que la familia ha influido en la persistencia del problema. Por ejemplo:

- Preguntas sobre logros aislados: Con el objetivo de discernir intenciones y acciones que contradigan la descripción saturada de la vida de la familia; y logren redefinir la relación que tienen entre sus miembros.
- Preguntas relativas a la explicación única: Par dar sentido al logro aislado, estructurando el panorama de acción en una historia del logro, cambios o progresos; hablando desde su historia personal y sus relaciones.
- Preguntas relativas a la redescrición única: Dando significación a logros aislados y de explicaciones únicas, por medio de redescrición de sí mismo, de otros y de sus relaciones. Tener dominio de la conciencia y manifestar otros conocimientos.
- Preguntas sobre posibilidades únicas: Para especular sobre el futuro personal y de las relaciones del paciente. Se investigan otras versiones, posibilidades futuras y pasos específicos para llegar a esto.

“El problema es el problema, la relación de la persona con el problema, es lo que se convierte en el problema”

White y Epston, 1990.

Desarrollo y aplicación de competencias profesionales

Habilidades clínicas terapéuticas

Descripción de habilidades clínicas terapéuticas

Durante la residencia de terapia familiar fui adquiriendo diferentes habilidades y conocimientos teóricos y prácticos. Estas apoyaron en gran medida el ejercicio del trabajo profesional en el área clínica.

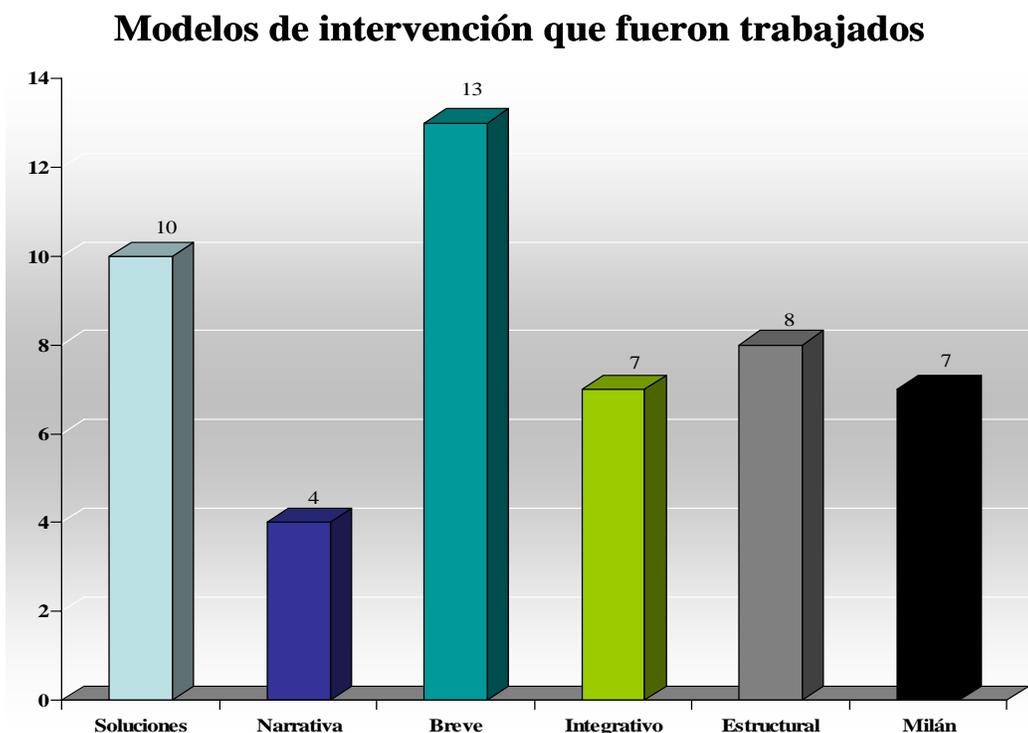
Adquirí una nueva concepción y visión sistémica que ayudo a la comprensión integral de las problemáticas por las que pedían atención los pacientes. Los conocimientos teóricos, me dieron las herramientas necesarias para llevar a cabo, de manera más segura las intervenciones en los procesos terapéuticos atendidos. Afiné mi capacidad de observación y empatía, reconociendo que la persona del terapeuta, es una de las herramientas de trabajo importantes. Logré elaborar una intervención dirigida con estrategias terapéuticas, aprendiendo la aplicación de modelos con sus técnicas y manejo terapéutico. Siendo esto un gran reto, para no perder “el hilo conductor” del trabajo, no perderme entre tanta información que las familias vierten y que me hacía perder la estructura de las sesiones y sobre todo el objetivo del proceso. Adquirí una mejor organización de la información, definir el motivo de consulta y objetivos terapéuticos en colaboración con los pacientes.

Aprendí a identificar necesidades y fortalezas dentro y fuera del sistema; a formular hipótesis sistémicas que promuevan el cambio generando nuevas relaciones, hacer evaluaciones de resultados parciales durante el proceso, lo cual permite conocer el camino recorrido y las metas por alcanzar, así como dar por terminado el tratamiento cuando se cubren los objetivos demandados por los pacientes y dejar la “siembra de ideas” sobre necesidades de atención, próximas o futuras.

Trabajo clínico con familias

En la residencia de terapia familiar (2003-1 – 2004-2), se trabajaron diferentes modelos de terapia, los cuales fueron descritos en el capítulo II.

Los 42 casos referidos a esta residencia, fueron trabajados con los siguientes enfoques: trece bajo el modelo de terapia breve, diez con el modelo de soluciones, ocho con el modelo estructural, siete con el modelo de Milán, el mismo número de casos con el modelo integrativo, y cuatro con el modelo narrativo; como se observa en la siguiente gráfica.



* En algunos casos se trabajó con más de un modelo de intervención

De estos 42 casos, participé en 6 como terapeuta y en el resto como equipo terapéutico sumando un total de 469 sesiones de trabajo terapéutico, en los dos años de la residencia.

En el cuadro que se encuentra en la siguiente página, se presentan los casos en los que trabajé como terapeuta.

Los nombres fueron cambiados, con el objetivo de guardar la identidad de los consultantes.

CASOS ATENDIDOS COMO TERAPEUTA

Familia	Asis- ten- tes	Etapa del Ciclo Vital	Motivo de consulta	Núm. de sesio- nes	Modelo de Super- visión	Supervisor	Situación final
Armando y Jade	2	Familia con hijos pequeños	Recobrar confianza. Infidelidad. Definir si continuar o no en la relación. Violencia	17	Terapia Breve y Solucio- nes	Maryblanca Moctezuma	Cierre
Galilea y Manuel	4	Familia con hijos en edad escolar	Estrés, angustia y enojo, de ella. Problemas de comunicación en la familia.	8	Narrativa	Nora Rentería	Baja por: Cambio en horarios de escuela
Federico y Lilia	2	Familia con hijos pequeños	Adaptación a la vida en pareja y llegada de 1er hijo.	3	Terapia Breve	Patricia Moreno	Baja: Problema de horario trabajo
Aída y Artemio	2	Familia con hijos en edad escolar	Problemas de comunicación. Desconfianza, mentiras, posible infidelidad.	5	Estraté- gico	Carolina Díaz-Walls	Baja: Cambio a provincia
Karla y Mauro	3	Familia con hijos pequeños	Violencia	23	Terapia Breve e Integra- tivo	Piedad Aladro y Raymundo Macías	Cierre
Alicia y Fermín	2	Familia con hijos pequeños	Definir si continuar o no, en la relación de pareja. Infidelidad.	5	Terapia Breve y Estraté- gico	Piedad Aladro	Cierre

En una exposición más detallada, a continuación se presentan tres de estos casos. Cabe hacer mención que el formato de la presentación, varía acorde a la supervisión.

A pesar de que en la solicitud de atención, los pacientes firmaron de consentimiento, que serían filmadas las sesiones y la observación del equipo a través del espejo; en todos los casos, al inicio se hizo el encuadre de trabajo recordándoles que tras el espejo se encontraba un equipo terapéutico que intervendría en el proceso y que las sesiones serían videograbadas.

Alicia y Fermín

Familia: Alicia y Fermín

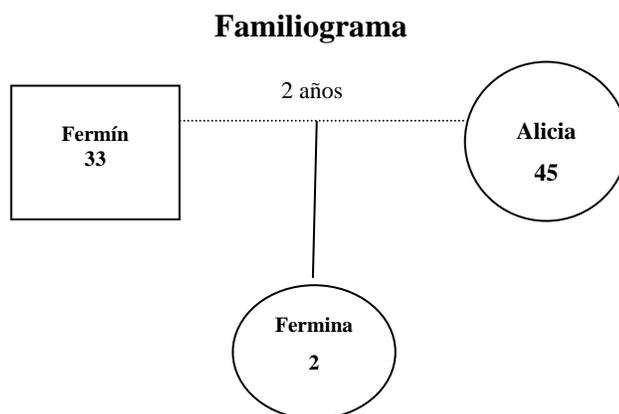
Terapeuta: Claudia Navarro Guzmán y Marino Aparicio

Supervisor: Piedad Aladro

Equipo terapéutico: Marino Aparicio, Erika Trujillo, Joaquín Torres, Blanca López, Yazmín Quintero, Alma Téllez, Ivette Delgado.

Modelo: Terapia Breve y técnicas del modelo estructural.

La familia se compone por la pareja: Alicia y Fermín, y su hija de 2 años: Fermina. Este proceso se llevó a cabo en pareja. Viven en unión libre. Habitaban una casa dentro del terreno de la mamá de ella.



Motivo de consulta

La infidelidad de Fermín, los problemas en la relación de la pareja y los problemas laborales derivados de esta situación, ya que la otra pareja de Fermín laboraba en el mismo lugar de trabajo de ambos. Fermín quería que Alicia dejara de tener resentimientos, que entendiera que él no es el único culpable y que no lo había hecho con saña, deseaba que se llevaran bien, ya sea juntos o separados. Por su parte, Alicia quería dejar de tener resentimientos hacia Fermín y volver a disfrutar estar bien con él. También quería estar segura de que la otra relación ya había terminado.

RESUMEN DE SESIONES

A continuación se presentaran los resúmenes de cada sesión. El análisis teórico metodológico de la intervención se muestra al finalizar éstos. Para terminar, se anexan la evaluación de avances y comentarios finales del caso.

Sesión 1

Fecha: 24 de febrero de 2003

Asistentes: Alicia y Fermín

Alicia y Fermín se conocieron en el trabajo y se empezaron a llevar bien, él decía que cuando eran amigos ella era diferente a como era en ese momento: era más agradable y los dos se tenían más confianza hasta para platicar. Comentó que la desconfianza empezó a poner distancia entre ellos.

Alicia dijo que la pérdida de confianza hacía que no pudiera mostrarse contenta con él, sobre todo porque la había engañado con una compañera de trabajo, quien sabía que ellos eran pareja, y le resultaba muy difícil la situación en el trabajo, pues la tenía que ver, y sobre todo, porque Fermín se había negado a dejarle de hablar, argumentando que “ella no tenía derecho a prohibirle a quien hablarle”.

Existían reproches continuos de uno hacia el otro, Fermín le decía que “no se sentía a gusto con la relación”, y por eso pudo llegar otra persona e involucrarse con ella. Alicia acepta que no tenían una buena relación (terminaban y regresaban, cuando novios; y ya

como pareja, discutían frecuentemente), pero que la forma en cómo Fermín le habló de la infidelidad le dolió mucho: le dijo que estaba enamorado de otra persona.

Alicia dijo que ella tenía un problema de autoestima que acarreaba incluso desde antes de conocer a Fermín, y que su edad también le hacía sentirse insegura, pues era trece años mayor que él. También comentó que la caracteriza ser muy rencorosa y no perdonar fácilmente. Los problemas con Fermín, *antes de la infidelidad*, eran por tres motivos: 1.- La mamá de Fermín, quien no estaba de acuerdo con la relación, por que Alicia era mayor que Fermín. 2- Por una señora del trabajo, de quien estaba celosa Alicia por hablarle a Fermín. 3.- Por la inseguridad que tiene Alicia de sí misma.

Alicia mencionó la necesidad que tenía de decirle a Fermín que lo sigue queriendo mucho, tanto como la primera vez.

Se le reconoció que había hecho una importante revelación y que estaría bien que él también aprovechara este momento para decir qué sentía por ella. Contestando que la seguía queriendo, pero ya no igual que al principio de la relación.

Se les dijo que era necesario trabajar el restablecimiento de la confianza en la relación de pareja, para después ver si deseaban trabajar por una buena integración o una buena separación.

Alicia confirmó que quería trabajar por una buena integración, mientras que Fermín pidió que se trabajara antes sobre la confianza, para después ver qué es lo que les convenía hacer: si seguir o terminar.

Al regresar de la inter-sesión, Fermín pidió que los terapeutas aclararan si él había manifestado que ya no quería a Alicia o si había dicho que la quería, pero no como antes, porque eso fue lo que entendió Alicia y había suscitado un problema más. Se les dice que es evidente que existen problemas de comunicación y que este es un ejemplo de ello, pero que se trabajaría sobre esto en la siguiente sesión.

Sesión 2

Fecha: 10 de marzo de 2003

Asistentes: Alicia y Fermín

Alicia comentó que seguían igual, que ella continuaba con sus reclamaciones, que le había afectado mucho que él comentará en la sesión anterior que ya no la quería como antes, sintió mucho coraje y que desea decírselo, en ese momento. Se intervino con una escenificación, pidiéndoles que pusieran sus sillas de frente, para que hablaran. Alicia no pudo hablarle, incluso no lo miraba a los ojos. Dijo que en su casa estaba muy bien y que no se exaltaba, pero en el trabajo todo cambiaba y tenía que ver con la compañera de trabajo que anduvo con Fermín.

Intentando distribuir el síntoma, se habló de la responsabilidad de cada uno en esta problemática y se les invitó a reflexionar en torno a ello.

Al preguntarles: ¿qué fue lo que cada uno vio en el otro, que hizo que quisieran ser pareja?. Cada uno respondió: A Fermín le gustaba que Alicia tuviera una comunicación con él, su inocencia (no entendía el doble sentido), su compañía. En ese momento él se sentía solo y suponía que ella también. Ella aceptó esta suposición y agregó que tal vez se juntaron por la soledad que ambos sentían. A Alicia, le gustó desde el inicio físicamente, le agradó que fuera tímido, serio, pues le daba confianza para platicarle cosas personales; también le gustó que él la buscara y llegó el momento en que se sentía emocionada cuando lo veía, se sentía ansiosa por verlo y que incluso actualmente sentía lo mismo. Explica que ya esperaba el momento en que él le dijera algo y ambos consideran el primer beso, como el inicio de su relación.

Alicia explicó que en un inicio Fermín no quería que se supiera en su trabajo que eran novios, ella aceptó, pero después de un tiempo ya no estuvo de acuerdo y le reclamó.

Se les reconoce que han sido capaces de llegar a acuerdos, interviniendo con una connotación positiva sobre el reclamo, como un intento de re-negociación en los acuerdos previos.

Al preguntarles cómo es que habían decidido vivir juntos, Alicia mencionó que fue por el embarazo. Él no lo deseaba, decía que quería construir un cuarto más grande para

que estuvieran mejor, sin embargo ella continuó con su embarazo y aún ya cuando había nacido Fermina, seguían viviendo separados hasta que Alicia le puso un ultimátum: o se iba a vivir con ellas o se olvidaba de las dos. Fermín aceptó y es así como iniciaron a vivir juntos. No obstante, agrega Fermín, que habían tenido problemas con la familia de ella, sobre todo con la madre de Alicia, en aspectos de la educación de Fermina.

Alicia comentó que Fermín, al principio, era bien visto por su familia e incluso aceptado, pero al ver que iba en serio la relación ya no estuvieron de acuerdo, sobre todo porque Alicia era el sostén económico de su madre y esto se veía amenazado con la llegada de Fermín y que incluso no la apoyaron en su embarazo. La familia de Fermín no la aceptaba a ella, sobre todo porque era mayor que él. Esta situación, ya había cambiado porque la familia de Fermín la aceptaba, a excepción de su madre, quien aún desconfiaba de que Fermina fuera hija de Fermín.

El mensaje del equipo fue que se entendía todo el proceso que habían pasado para llegar a ser pareja y que no había sido fácil, sin embargo a pesar de todo estaban juntos y dadas tantas dificultades, se entendía la existencia del resentimiento, que estaban intentando no tener.

Finalmente, utilizando el género de los terapeutas, la terapeuta le reconoce a Alicia el dolor por el cual está pasando y el terapeuta le reconoce a Fermín su fortaleza para soportar la expresión de coraje de Alicia hacia él.

Sesión 3

Fecha: 23 de marzo de 2003

Asistentes: Alicia y Fermín

Alicia comentó que al hablar de cómo se conocieron les había ayudando a sentirse bien. Se les pidió describir un día común. Fermín dijo que él se levantaba, desayunaba y ayudaba en las labores de la casa mientras que Alicia se iba a correr y cuando ella regresaba platicaban los dos. Entre semana, casi todo el día estaban juntos en casa, pues trabajaban en fines de semana y días festivos. Por otra parte, comentó Fermín que no en todas las ocasiones podía platicar con Alicia, a veces se ponía seria, él pensaba que tal vez se acordaba de algo, y al preguntarle que le pasaba, ella le decía que nada. Fermín dijo que

sentía que no le tenía confianza, y le sorprendía que de repente se pusiera así y él no sabía por que.

Desde hace algunas semanas atrás habían adoptado la costumbre de preguntarse: ¿Cómo estás?, pero que en ocasiones ambos se quedaban con ganas de decirse algo. Cuando esto sucedía, Fermín trataba de identificar la forma en que Alicia reaccionaría para encontrar una solución a esto.

Respecto a los espacios que comparten ambos con su hija. Fermín respondió, que ella es independiente, juega y ve la televisión, a veces todos juntos. Al preguntarles a ambos padres si le habían comentado a Fermina lo que sucedía entre ellos, él dijo que cuando Fermina veía triste a su mamá, le preguntaba porque estaba así de triste. Alicia dijo que la niña era muy inteligente y se daba cuenta de su estado de ánimo.

Cuando hubo una separación y Fermín se fue de la casa, Alicia le decía que su papá se había ido a trabajar. En un principio la niña lloraba con ella hasta que dejó de hacerlo. Si la niña preguntaba el porqué de su llanto, Alicia respondía que era porque estaba triste, y le pedía que no le fuera a decir a su papá. Al preguntar cuál era la razón de que Fermín no se enterara que ella lloraba, respondió que de alguna manera ella deseaba estar bien y que no quería dejarle esa responsabilidad a la niña.

Se hizo el comentario de que llamaba mucho la atención, que la comunicación entre ellos no era verbal; que ambos manejaban emociones y sentimientos (positivos y negativos) que no hablaban, y que posiblemente solo actuaban en el enojo. Por lo cual se les pidió que llegaran al acuerdo de cómo se podrían comunicar. Ambos lograron platicar y al final concluyeron que la mejor forma para poder comunicarse sería hablando, pero era muy complicado pues Fermín no se prestaba mucho (comentó Alicia) y Fermín, por su parte mencionaba, que por cualquier cosa Alicia explotaba.

Al preguntarles si existiría alguna otra manera. Fermín comentó que le había escrito a ella lo que piensa. Los terapeutas hacen la observación de que esta es otra forma de comunicación, y que es importante que ambos expresen lo que sienten de la manera mas clara posible.

Se les preguntó: ¿qué tendría que pasar para que cada uno se sintiera bien? Alicia respondió que tendría que poner más de su parte, sin poder contestar más acerca de cómo sería poner más de su parte. Se le pidió que le preguntara a Fermín qué es lo que él necesitaba, sin embargo no lo pudo hacer.

Se les mencionó que era necesario para la reconstrucción de la confianza que ambos trabajaran en ella y que implicaba un trabajo conjunto, no solo por la decisión de rescatar la relación de pareja, sino por la relación parental con Fermina.

De esta manera se les dejó una tarea para revisar en la próxima sesión que consistió en hacer una lista sobre que necesitarían pedir que el otro hiciera, para sentirse mejor. La instrucción fue que cada uno lo hiciera de manera independiente y no intercambiaran información, y que se revisaría en el espacio de la terapia.

Sesión 4

Fecha: 4 de abril de 2003

Asistentes: Alicia y Fermín

Se presentaron ambos muy sonrientes y Alicia más arreglada que en las sesiones anteriores; la terapeuta le comenta que se ve muy bien y Alicia sonrío.

No realizaron la tarea que se les había solicitado en la sesión anterior.

Comentaron que en el trabajo no faltaron los comentarios acerca de la relación que hubo entre Fermín y la compañera de trabajo; Alicia hizo mención de que una persona les hizo comentarios directos sobre el asunto y el fin de semana ella habló con Fermín las cosas tal como son.

Durante la sesión Alicia se pudo dirigir a Fermín (lo cual marcó una diferencia). Hablaron de una leve mejoría, que se podían llevar mejor, por lo cual consideraron que ya no era necesario acudir a la terapia. Se les mencionó que se trata de una mejoría muy temprana y que existe el riesgo de que sea una mejoría aparente.

Después de la pausa se mencionó el mensaje del equipo (como intervención de coro griego): El equipo estaba en desacuerdo con los terapeutas, consideraban que la mejoría no

era sólo aparente, y que en su opinión sí había un cambio y que eso implicaba que se debía dar por terminado el proceso terapéutico, pero de cualquier modo se les pedía que asistieran a una última cita para hacer el cierre del proceso, a lo cual accedieron.

Sesión 5

Fecha: 25 de abril de 2003

Asistentes: Alicia y Fermín

Se les preguntó cómo han estado, a lo que ellos respondieron que fuera de la casa normal, dentro de la casa un poquito mejor y que ha disminuido su malestar.

Se les preguntó si habían comentado sobre lo solicitado por ellos, la sesión anterior, (terminar el proceso), a lo cual Alicia dijo sentirse culpable, pues consideró que ella tenía otras cosas que tratar aparte; que muchas cosas y muchos cambios estaban en ella, los terapeutas elogian los cambios que notan en ella como cambios en su actitud, en que se veía alegre y su nueva postura ante el problema.

Comentó acerca de un incidente reciente, en el trabajo, en el que vio a Fermín y a la persona con la que la engañó juntos en el coche; también comenta que Fermín pidió que lo pusieran a trabajar con esta persona.

Se le preguntó a Alicia ¿qué tendría que pasar para que ella se sintiera bien?, Alicia no contestó y Fermín comentó que Alicia insistía en que él quería algo con esta persona, pero que él ya no tenía interés y que finalmente trabajan juntos y si se alejaba, todos los compañeros, pensarían que se estaba alejando porque le afectaba.

Al hacerle la misma pregunta a él, respondió que Alicia dejara de pensar en la infidelidad y de estarlo atacando.

Ella comentó que él no está haciendo nada para conseguirlo y que ambos están viviendo una vida hipócrita.

Al preguntarle a Alicia ¿qué tendría que pasar para que confiara?, respondió que se tendrían que mover muchas cosas y que ella siente muchos celos y más si él no pone nada

de su parte (no le dejaba de hablar a la persona con la que le fue infiel, continuaba viéndolos juntos, etc.).

Con el objetivo de averiguar lo satisfactorio de la relación, se indagaron cómo se encuentran en el área laboral, a lo que responden que más o menos, en la familiar responden que bien y en la sexual Alicia responde que bien y él no responde a esto último.

Con el equipo se observa que se tiene que explorar más sobre la interacción del sistema familiar extenso y su relación con Fermina; lo que pasaría si deciden estar juntos o separados y retomar el trabajo de la corresponsabilidad que ambos tienen en su relación.

Finalmente se mencionaron las áreas necesarias por trabajar, y si estarían interesados en ello, Fermín dijo que quería terapia individual (más adelante), porque sentía que juntos se entorpecían para avanzar, que Alicia quería otras cosas y que creía que estarían mejor cada uno por su lado. Alicia comentó que se había dado cuenta que la que se tenía que salir de eso era ella. Mencionó que la terapia sí les había ayudado, que se había sentido muy a gusto, inclusive que habían pensado no acudir a la sesión pero se les hizo una grosería y que ella necesitaba un poco más de tiempo, pero que en su caso: “ni cien psicólogos podrían ayudarle, en este momento”.

Se acuerda tener una cita de seguimiento en dos meses, para ver si continuaban sesiones individuales o si se les canalizaba, pero no llegan a la sesión y se dio por terminado el tratamiento.

ANÁLISIS TEORICO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN

Este caso fue trabajado con técnicas del modelo de terapia breve y soluciones.

Se hizo la identificación del problema en la primera sesión y definición del objetivo terapéutico. Se exploraron las soluciones intentadas para no ofrecer más de lo mismo durante el proceso terapéutico. Se les pidió la descripción de un día común, para conocer los tiempos que comparten y encontrar áreas fuera de conflicto. Se da foco en la relación parental con Fermina.

Se exploraron los lados fuertes de la pareja al preguntarles ¿qué fue lo que cada uno vio en el otro, que hizo que quisieran ser pareja?.

Se hizo uso de las preguntas presuposicionales: con un cuidadoso uso del lenguaje para intentar influir sobre las percepciones y dirigir hacia las soluciones, con este fin, se les realizaron preguntas como: ¿Qué tendría que pasar para que cada uno se sintiera bien?, ¿Alicia, qué tendría que pasar para que confíes en Fermín?.

Se hizo la distribución del síntoma al hablar de la responsabilidad de cada uno en esta problemática.

Se hizo uso de la connotación positiva, reconociendo lo que llaman reclamos, como un intento de re-negociar acuerdos.

Para validar los sentimientos de ambos y se utilizó la presencia de ambos terapeutas, y a través de la empatía por género: la terapeuta le reconoció a Alicia el dolor por el cual estaba pasando por la infidelidad y el terapeuta le reconoce a Fermín su fortaleza para soportar la expresión de coraje de Alicia hacia él.

Se intentó llevar a cabo la técnica de escenificación, que aunque no se logró, dio información importante de los problemas en la comunicación.

Para trabajar en el inicio de asumir las necesidades propias y poder abrir el canal de comunicación para solicitar ayuda, se les dejó una tarea en donde tendrían que saber cuáles son sus necesidades y así supieran que pedir a su pareja para que les ayudara a sentirse mejor. Sin embargo esta no la realizaron y llegaron a esa sesión diciendo que ya no querían continuar en el tratamiento.

En coro griego se intervino con el mensaje de dudas en la mejoría temprana y el riesgo de una mejoría aparente. El equipo estaba en desacuerdo con los terapeutas, consideraban que la mejoría no era sólo aparente, y que en su opinión sí había un cambio y que eso implicaba que se debía dar por terminado el proceso terapéutico.

Evaluación

El contrato terapéutico fue trabajar en una buena integración o una buena separación; tomando en consideración que su relación como pareja parental, permanecerá siempre al ser padres de Fermina y era muy conveniente llegar acuerdos en beneficio de todos y la integración se iniciaría a trabajar en la reconstrucción de la confianza.

Aunque no se resolvió el motivo de consulta ni se logró concretar si verdaderamente les interesaba a ambos continuar en la relación, se observó que podían comunicarse mejor, Alicia logró hablar con Fermín sobre la situación de infidelidad, y aunque sin llegar a ningún acuerdo, marcó una diferencia pues antes, no podía hablar de frente con él.

Lograron estar un poco más tranquilos. Empezaban a asumir cada uno su parte de responsabilidad en la relación de pareja. Ella habló sobre sus problemas de autoestima y que ambos estaban sobrellevando la situación de infidelidad, sin verdaderamente afrontarla y que era ella quien tenía que salirse de esta dinámica por que él continuaba sin hacer cambios al respecto.

Comentario final del caso

El hecho de haber entrado a la distribución de responsabilidades en el mantenimiento del “síntoma”, tal vez logró moverlos viéndose a sí mismos y a al otro desde otra postura.

Fermín y Alicia fueron quienes decidieron que les serían más útiles sesiones individuales, para trabajar situaciones personales, *pero en otro momento*, es decir que reconocieron que no era su momento de cambio. Y definieron que era momento de dar por terminado el proceso, de manera responsable y comprometida en el proceso, lo cual habla de los recursos personales con los que cuentan para afrontar sus decisiones.

Aída y Artemio

Familia: Aída y Artemio

Terapeuta: Claudia Navarro Guzmán

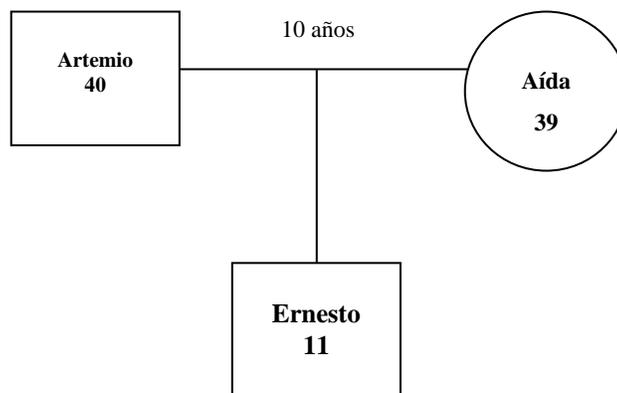
Supervisor: Carolina Díaz-Walls

Modelo: Estratégico

Equipo terapéutico: Marino Aparicio, Erika Trujillo, Joaquín Torres, Blanca López, Yazmín Quintero, Alma Téllez, Ivette Delgado.

Este proceso terapéutico se llevó a cabo en pareja, sin embargo la familia está compuesta por tres miembros: los esposos Aída Artemio; y un hijo Erick. Aída es estudiante de psicología, Artemio es gerente de ventas y Erick estudia el 4to año de primaria.

Familiograma



Motivo de consulta

Acuden a terapia por solicitud de Aída: por problemas de comunicación en la pareja, económicos, baja autoestima, inseguridad; sospechas de que Artemio le era infiel; además de querer saber si hay interés de él en la relación.

RESUMEN DE SESIONES

A continuación se presentaran los resúmenes de cada sesión. El análisis teórico metodológico de la intervención se muestra al finalizar éstos. Para terminar, se anexan la evaluación de avances y comentarios finales del caso.

Sesión 1

Fecha: 2 de septiembre de 2003

Asistentes: Aída

Pre-sesión: hacer encuadre, conocer a la pareja, situación por la que piden ayuda y sus demandas.

Inicio: Al Centro de Servicios, llegó Aída sola, Artemio quedo en llegar, y como no llegaba y solicitaron terapia de pareja decidió no entrar por esperarlo; finalmente entre el equipo se decidió que se le invitara a pasar sola, que en cuanto el llegara se le haría pasar.

Se exploró el motivo de consulta (arriba mencionado), además dijo que su objetivo era saber y tener claridad respecto a su relación de pareja, para poder tomar decisiones, y que le gustaría saber si ella estaba equivocada y en qué. Comentó que tenía resentimientos con su esposo y que algunos de ellos son del pasado, por ejemplo: nunca se ha sentido aceptada por la familia de su esposo y él no le había dado su lugar con ellos.

Dijo estar molesta porque ella no sabía en que gastaba Artemio el dinero, que no alcanzaban a cubrir algunos gastos, que habían acordado en construir su casa y él se había estado gastado el dinero ahorrado, que habían destinado a esto.

Erick había presentado algunos problemas de rendimiento escolar, pero lo habían logrado superar con el apoyo de la maestra y de ambos padres, en apoyo en sus tareas.

Inter-sesión: No había quedado definido el objetivo de trabajo, por lo cual se pidió dejar una tarea que definiera esto.

Al regresar, se le dijo que al equipo no le había quedado claro el problema, por lo que se le pidió concretar el problema que quería trabajar en terapia. También se le hizo mención de que se podía trabajar en terapia aún cuando no estuviera Artemio.

Pos-sesión: Se tuvo la impresión de que únicamente Aída estaba interesada en el proceso de terapia. Artemio le decía que él también pero no asistió a la sesión, siendo un horario que no se traslapaba con el de su trabajo. Así mismo como en el acuerdo de construir la casa y él se gastaba estos ahorros, sin que ella supiera en qué. Esto podía significar una muestra más de la falta de interés de Artemio en mejorar la relación, lo cual incrementaba el enojo e insatisfacción de Aída, que a su vez se mostraba más enojada y Artemio incrementaba su distancia y falta de interés en la relación.

Sesión 2

Fecha: 23 de septiembre de 2003

Asistentes: Aída y Artemio

Pre-sesión: Se comentó sobre el maltrato hacia Aída y su control hacia ella en el ámbito económico. La falta de equidad de poder. Artemio ejercía el poder, pues era quien aportaba el dinero; que implica control, autoridad y autonomía. Se acordó pedir ejemplos de las situaciones, que expresen, para que se entendieran más claramente.

Inicio: Artemio dijo que no llegó la sesión anterior, por situaciones de trabajo. Comenzó diciendo que tienen diferencias y que no se adaptan a ellas, por ejemplo que ella quiere que él haga las cosas como a ella le parecen; él no está de acuerdo y es cuando discuten. Se le pregunta cuál fue la última vez y menciona que en la semana, cuando regresó de trabajar la encontró de mal humor y a pesar de preguntarle, ella no respondía nada, se portaba seria. Después de insistirle un rato, finalmente le dijo que tenía resentimiento hacia la familia de él y que él no diera la cara por ella. Artemio dice que Aída generalmente le grita y actúa de manera agresiva. Después de este evento, le pidió dinero, pues él costea sus estudios; le reprochó que solo le importaba el dinero y que él es quien la mantenía, ella le dijo que la relación se terminaba pues se sentía maltratada. Después ella, le pidió que levantara sus documentos de la mesa y como Artemio no levantó su pluma, Aída le gritó con groserías nuevamente que la quitara y como no lo hizo, se la tiró a la basura.

Artemio dijo que él no iniciaba el maltrato, ella lo provocaba, lo agrede físicamente, le avienta cosas; inclusive estando dormido lo llegaba a descobijar para despertarlo e iniciar las discusiones. El no le hace caso, lo que enoja más Aída, aumentando su enojo y agresión

hasta llegar en ocasiones, a la agresión física (de Artemio hacia Aída). Finalmente Aída comenta que le molesta que él se porte distinto estando solo con ella que cuando están con otras personas. A solas la agrede y la trata mal.

Inter-sesión: El equipo sugirió que se dejara una tarea para concretizar el objetivo terapéutico.

Al regresar; se les deja de tarea que se pongan de acuerdo en lo que quieren trabajar en este espacio terapéutico y que lo traigan por escrito de forma breve, clara y precisa. Con el objetivo de llegar a un objetivo en común, a lo que ellos responden que: definir su relación de pareja, sin embargo con el fin de clarificar, se les insiste que lo traigan por escrito y en conductas específicas.

Pos-sesión: Se revisaron algunos puntos no aterrizados como la forma en que se comunican e intentos de solución, qué podría ser con su hijo si se concretiza la separación, qué conductas esperan uno de el otro para el objetivo mutuo y qué es lo que están dispuestos hacer. Se conversó sobre Artemio que es quien manejaba el dinero y le permitía ejercer un control y violencia económica al tomar como propios los recursos económicos de la familia y no responder ante las peticiones o demandas de Aída. Ella a su vez se mostraba dependiente de él y al mismo tiempo le exigía compromiso de manera violenta y esto hacía que él se alejara más y la controlara económicamente y la violentara con silencios respecto a la infidelidad, repitiéndose así la escalada simétrica.

Sesión 3

Fecha: 7 de octubre de 2003

Asistentes: Aída y Artemio (llegaron tarde)

Pre-sesión: Se recordó lo trabajado en la sesión anterior. Se acordó continuar con la definición del objetivo terapéutico haciendo uso de la revisión de la tarea.

Inicio: Llegaron tarde a esta sesión. No realizaron la tarea por escrito, pero dijeron que lo habían pensado. Al preguntar sobre los objetivos que querían alcanzar mencionaron: Aída quería saber sobre la fidelidad e infidelidad de su esposo, la importancia de ella en la vida de él y el por qué tanto desprecio de él y si está dispuesto a cambiar. Él quería trabajar sobre la comunicación (el porqué de las comunicaciones negativas) y saber si ella quería

cambiar, aclarar en la situación en la que se encontraban y definir qué es lo que podían hacer al respecto. Trabajar sobre la desconfianza pues Aída revisa sus cosas personales y él prefiere no decirle cosas, pues ella se enoja si él sale con sus amigos o ve a su familia.

Se exploraron las dudas que Aída tenía sobre la infidelidad. En el coche encontraba lápices labiales y medias. Hablaban ambos de la posibilidad de que los hermanos de él ponían esto en el coche, pues no era buena la relación con Aída y el objetivo era que la pareja peleara. Sin embargo, ella se sentía muy desconcertada y desconfiada porque en ocasiones él se mostraba interesado en ella, pero a veces no.

Al preguntarle Aída ¿qué está dispuesta a dar?: ella dijo que acercarse más, tocarlo, besarlo, decirle cosas tiernas, sentarse a platicar con él y con esto consolidar el amor que hay en ellos. Al preguntarle a Artemio: ¿que cambios ha visto en Aída?: mencionó que ella era muy descuidada y ahora es más cuidadosa, pero sentía que con eso lo chantajeaba cuando él no cumplía las demandas de ella. Y sobre los cambio en él dijo que antes él explotaba de una manera más agresiva y ya se sentía más indiferente y así no explotaba.

Aída planteó que la familia de Artemio estaba interviniendo mucho con él y estaba afectando su relación. La veían “poca cosa”, para Artemio.

Inter-sesión: El equipo planteó que observaba falta de compromiso por no ocupar el tiempo que es para ellos, reflejado en la llegada tarde y ausencia de Artemio en la sesión pasada y en el incumplimiento de ambos, en la tarea. También hicieron la observación de que no se estaba llevando a cabo el interrogatorio circular ni tampoco una postura neutral, había que darle más voz Artemio.

Al regresar, Artemio dijo que percibe que Aída está en contra de su familia y que es muy celosa. Finalmente dijeron que en dos meses se irían a vivir a Querétaro y que querían terminar antes su proceso terapéutico, a lo que se les respondió que dependía del trabajo y compromiso que tuvieran en la terapia como: aprovechar el tiempo de su sesión y cumplir con las tareas.

Pos-sesión: Se planteó la importancia de trabajar sobre la reflexión de lo que les implicaría la infidelidad ya sea real o supuesta. Saber que valoración daba cada uno al respecto. Se veía importante que cada uno definiera que necesitaba para confiar en el otro.

Sesión 4

Fecha: 21 de octubre de 2003

Asistentes: Aída

Pre-sesión: El punto central sería explorar lo comentado en la pos-sesión 3.

Inicio: A esta sesión asiste solamente Aída. Se habló sobre la desconfianza que tiene en Artemio y de cómo el evento de lavar el coche tiene significados distintos para cada uno: ella dijo que por atención y por limpieza, y él por desconfianza. No obstante Aída narra como busca cosas en el coche y en el celular de Artemio. Al explorar desde cuándo se dio esta desconfianza, comentó que desde que se casaron, pues la familia de Artemio no la quería, desde que eran novios no la lleva a su casa y cuando se casaron no vivieron juntos enseguida. Al preguntarle ¿cuál es la pregunta que más le gustaría que respondiera Artemio? Dijo que ya se la había hecho: “¿no te dabas cuenta como me tratabas frente a tu familia?, pero él no le respondió nada.

Mencionó que anteriormente fueron a otra psicoterapia y al preguntarles si tenían otras relaciones, ambos lo negaron. Sintió que desde este momento la relación empeoró por que además le hicieron ver el tipo de relación que llevaba con la familia de Artemio y que el trato que recibía no era el adecuado y ella desertó del tratamiento.

Inter-sesión: el equipo envió el mensaje de que le llamaba la atención que en las sesiones con Artemio hablaba de la desconfianza entre ellos y estando sola en la sesión mencionaba reiteradamente el tema de la familia de Artemio.

Al regresar, después de mencionar el mensaje, se le preguntó ¿qué es lo que más le preocupa de estos dos temas?; ella mencionó que podía haber un tercero o muchos más; por lo que se le pidió que pensara sobre estas dos primeras que había estado mencionando en las sesiones y que se hablaría de esto en la próxima sesión.

Pos-sesión: Al parecer Aída acecha a Artemio para comprobar la infidelidad de él y con esto solo logra alejarlo y producir mayor desconfianza en ella. Él por su parte la descalifica y desconfía de ella, lo que refuerza el acecho.

Se observaba un juego del “como sí”; Artemio: de manera abierta no se niega a lo que Aída le pide, aunque finalmente no lo lleva a cabo y Aída como si no se diera cuenta de la conducta de Artemio.

Sesión 5

Fecha: 4 de noviembre de 2003

Asistentes: Aída y Artemio (él llegó después de pos-sesión)

Pre-sesión: Se planteó como línea a seguir, relacionar la desconfianza con la infidelidad y explorar que piensa Aída o cómo se siente respecto a esta posibilidad.

Inicio: Solo se presentó ella, Artemio llegó 10 minutos antes de terminar. Se retomó el tema de las mentiras que promovían la desconfianza y si esto lo sentía como infidelidad, si representaba una gran carga para ella, sobre todo con las evidencias que llegaba a encontrar. Mencionó que sí le resultaba difícil de aceptar y que se encontraba confundida al respecto y que solo lo podría aclarar si ella lo veía con alguien. La confusión es por que por un lado ella ve evidencias y por otro lo que él le dice, y en caso de que fuera cierta la infidelidad, no sabe si pudiera soportarla y afrontarla, pues ella se siente desvalida y sin un soporte económico.

Inter-sesión: Se acuerda explorar que es lo que ella siente y que posibilidades tiene de hacer lo que ella pudiera querer decidir, buscar posibilidades para estar lo mejor posible.

Al regresar se le dio el mensaje de que meditara y se diere tiempo de identificar claramente lo que sentía y cómo era esto y que es lo que iba hacer respecto a eso, contemplando las posibilidades que tenía para llevarlo a cabo.

Al incorporarse Artemio a la sesión se le menciona lo que se trabajó y se le da el mensaje que al equipo le llamó la atención que si realmente estaba interesado en trabajar la relación de pareja, no haya llegado a tiempo y que además haya faltado la sesión pasada. Se le solicitó que en ese momento definiera un acuerdo; estableciendo: tratar los problemas de la pareja sin gritar ni discutir.

Pos-sesión: Se comento que el acuerdo de Artemio de tratar problemas sin agredirse no tenía que ver con un cambio en su conducta, pues quien agredía era Aída y esta era más

bien una petición hacia ella y no una conducta en la que él se comprometiera en hacer un cambio.

Nota: Esta fue la última sesión a la que acudieron, ya que hablaron para decir que se habían cambiado de casa; y aún así Artemio dijo que continuarían con la terapia, dando la impresión de más de lo mismo, al no decir de manera explícita que no; quedando ante Aída en un papel de aparente disposición e interés por la relación.

Se dio por terminado el tratamiento al no poder concertar una siguiente cita. Se intentó hacerla, pero no hubo respuesta al llamado, ni solicitud de su parte para continuar el proceso. Ellos llamarían al saber que día estarían en la ciudad y poder ajustarnos, en la medida de lo posible, a sus tiempos.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN

Este caso fue trabajado con las técnicas del modelo de terapia estratégica, llegando solamente a las dos primeras etapas, de la primera fase llamada evaluación:

La etapa social, en la que se conocen aspectos generales de la pareja, también permite neutralizar las emociones con las que se inicia la sesión y mostrar empatía con la familia. En este momento no se permite que la familia hable del problema.

Y la etapa de planteamiento del problema: el principal objetivo de esta etapa es definir el problema de manera operacional, clara y explícita. En este sentido giró este proceso, se les preguntó acerca de la problemática, de tal manera que se volviera clara la demanda de ayuda ¿cuál era la situación por la cual acudieron a terapia?, ¿cuáles eran los cambios que querían lograr?, ¿qué habían hecho para resolver su problema?, etc. Se le otorga la palabra a cada uno de los miembros de la familia, para conocer la visión que tenían del problema.

Este modelo de terapia estratégica, estructura sus intervenciones de manera tal que en este momento no se permite la interacción entre ellos, por este motivo la información fue recibida en una comunicación unidireccional y se limitaron las intervenciones a la exploración del problema.

Artemio accedió a asistir a terapia, como una condición de Aída para no terminar con la relación, y como en ocasiones anteriores, él aparenta acceder a sus peticiones para “calmar la tempestad” sin embargo esta conducta es pasajera y es así como Aída queda atrapada en el “aparente” compromiso de Artemio para que las cosas vayan bien y acceder a lo que ella le solicita y mantener de esta manera las cosas bajo control: “ella deja de demandar por que Artemio se está esforzando y actúa en el “como si” hasta que Aída vuelve a reclamar algo”.

Las *tareas* no fueron realizadas por ambos y la falta de compromiso, e incumplimiento se reflejó en retrasos y ausencias de Artemio. Lo cual se trabajó con *mensajes* sobre el compromiso compartido: que los cambios dependían del compromiso que tuvieran ambos, del trabajo que hicieran en el proceso y no únicamente de la terapia. Esto tuvo la finalidad de que ambos asumieran la responsabilidad del cambio y no la depositaran en la terapia, sin ellos involucrarse verdaderamente en el cambio.

Como se puede observar, algunos *mensajes* en las diversas sesiones tuvieron como fundamento concretizar el objetivo terapéutico ya que se divagó mucho sobre esto; finalmente, definieron como el problema principal la desconfianza entre ellos, sin embargo la violencia económica, verbal, emocional y física estaba presente afectándolos como individuos, como pareja y seguramente a Erick, aunque mencionaban ser discretos, en sus discusiones, cuando él estaba presente.

Se trabajó con *preguntas circulares* para encontrar la recursividad en su dinámica, concretaran sus demandas y definieran sus objetivos en conductas. Además de investigar sobre el compromiso de ambos, la responsabilidad, la dinámica de la pareja respecto a la desconfianza y la permanencia en la relación.

La pareja llegó a terapia con la paradoja del cámbienme sin cambiar, manteniendo el juego que no deseaban dar por terminado, en donde es imposible definir la relación. Llegaron a terapia en la misma actitud de un aparente compromiso.

La intervención final hacia Artemio, en la última sesión, tuvo como objetivo poner de *manifiesto el juego familiar*, la pauta de interacción del aparente compromiso que finalmente no se cumple y en este sentido sería útil explorar la manera en la que Artemio

ayuda con estas conductas en la dinámica de la pareja, es decir la función que tiene esta conducta en la pareja. Para que le servía a él que ella fuera “gritona”, pero ciega; para que le servía a ella buscar pistas de la infidelidad, y para qué le servía a él dejarlas visibles y evidentes.

Evaluación

En esta pareja existía un “juego de indefinición” donde ella exigía respuestas que al mismo tiempo no quería tener y él jugaba a lo mismo, negando sus propias evidencias de infidelidad. Así mismo, cuando ella le exigía compromiso, él parecía que aceptaba sin verdaderamente comprometerse y de esta manera él no se negaba y aparentemente estaba cubriendo las peticiones de Aída y ella se quedaba tranquila en el aparente nuevo compromiso, pues “no había nada que reprocharle”. Esta interacción ha mantenido a la pareja en un juego sin fin, en donde es imposible definir la relación, pues se acabaría el “juego”.

Como teóricamente se explica: no puede haber un ganador, pues ello implicaría el término del juego, que ninguno de los dos ha querido, o se ha encontrado en condiciones de terminar. Manteniéndose en cambios, de primer orden, que han dado estabilidad al sistema y son los que les han permitido continuar en la relación.

Uno de los recursos con los que cuentan es que ambos están claros en no querer perjudicar a su hijo; y una limitación es que ambos están poco dispuestos al cambio de segundo orden, situándose en la paradoja de buscar ayuda, pidiendo que no los cambien. Así como seguir buscando pistas del engaño y al encontrarlas no reconocerlas como tales y no dar explicaciones claras, y continuar en el juego de la indefinición.

Seguramente este juego altera tanto la estabilidad emocional de la pareja; que el grado de tensión se convierte en violencia expresada en una escalada simétrica, en donde hay indiferencia, descalificaciones, provocaciones, manipulación económica, chantajes, gritos, aventones y golpes. Y tal vez esto, es lo que les ha hecho pedir ayuda. Posiblemente la violencia, haya estado funcionando, como regulador de la homeostasis en la pareja.

El cambio de domicilio les “permitió justificar” la suspensión de la terapia, y dejar también inconcluso este tratamiento, al tocar puntos como la infidelidad y la desconfianza;

que podían dar otra dirección a la relación, y tal vez hubiera hecho que Aída aceptara y asumiera la infidelidad de Artemio y actuara en consecuencia; o tal vez la confrontación de ambos en mantener o no la relación, etc. Posiblemente, como en la terapia anterior, este tampoco sea su momento de cambio de segundo orden.

Comentario final del caso

El que Aída divagara tanto en su discurso provocaba que me sintiera un poco como Artemio, cansada de quejas sin fin, sin poder aterrizar nada, con la solución inmediata diciendo: ¡sí!, con tal de no enredarme más en tanta dispersión. El juego de Artemio en la infidelidad encubierta-descubierta-encubierta, la manipulación que hacía de las situaciones y engañando nuevamente con el aparente compromiso de cambio... sin cambiar. La falta de compromiso de la pareja, la manera evasiva con la que Aída se manejaba tanto en terapia como en la infidelidad; provocaba sentirme abrumada, perdida, confundida, molesta, incómoda perdida en la sesión; lo cual proporcionaba información pertinente para el manejo de la estática de la terapia (hipótesis, neutralidad y curiosidad) y manejo del proceso desde una “metapostura” sin entrar a la paradoja familiar (Cecchini, 1988). Sin embargo, la supervisión y el equipo terapéutico intervinieron para retomar la neutralidad y circularidad en el proceso.

La teoría proporciona las técnicas adecuadas para el mejor manejo de las problemáticas; sin embargo otra herramienta importante y que no debe faltar son la terapia personal, la claridad en las emociones del terapeuta para trabajar con neutralidad y curiosidad sin perder la visión circular.

Galilea y Manuel

Familia: Manuel y Galilea

Terapeuta: Claudia Navarro Guzmán

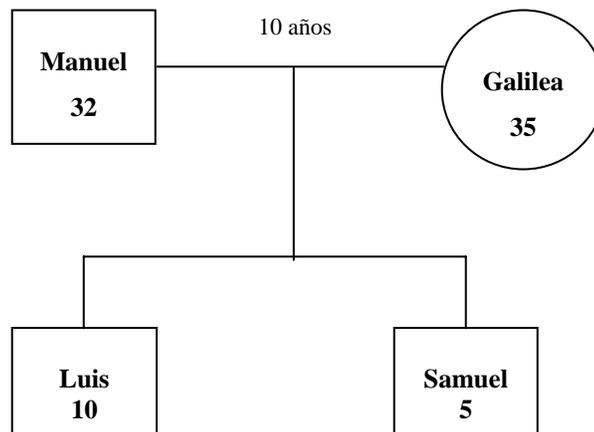
Supervisor: Nora Rentería Cobos

Modelo: Narrativo

Equipo terapéutico: Marino Aparicio, Erika Trujillo, Joaquín Torres, Blanca López, Yazmín Quintero, Alma Téllez, Ivette Delgado.

Este proceso terapéutico se llevó a cabo principalmente trabajando con la pareja, sin embargo los hijos estuvieron presentes en algunas sesiones: Los esposos: Galilea y Manuel y los hijos: Luis y Samuel.

Familiograma



Galilea es estudiante de pedagogía, en el segundo semestre. Viven en una parte del terreno de casa de los papás de Galilea, al igual que sus hermanos, todos en construcciones separadas. En ese lugar también tienen un negocio de papelería, que las tres familias trabajan en horas determinadas. El reparto de las ganancias depende de la mercancía en la que han invertido, lo que les permite llevar una vida económicamente desahogada. Manuel colabora en las labores del hogar, ambos trabajan en la papelería, y están al pendiente de las necesidades de sus hijos. Luis estudia tercero de primaria y Samuel pre-escolar.

Motivo de consulta

Galilea quiere trabajar en lo referente a su persona, su enojo, agresividad, encausar sus sentimientos, lograr ser más segura y manejar emociones y resolver problemas para que vivan tranquilos. Trabajar en familia para estar bien todos.

Manuel quiere entender a Galilea y si ella dice que es mejor la separación, entenderlo de esta misma manera.

RESUMEN DE SESIONES

A continuación se presentaran los resúmenes de cada sesión. Los equipos reflexivos se anexan textuales, en las sesiones que se llevaron a cabo. El análisis teórico metodológico de la intervención se muestra al finalizar éstos. Para terminar, se anexan la evaluación de avances y comentarios finales.

Sesión 1

Fecha: 19 marzo de 2004

Asistentes: Manuel, Galilea, Luis y Samuel

Se inicio comentando respecto a la relación entre ellos y las familias de los hermanos de Galilea. La convivencia entre las tres familias es muy poca. Sin embargo la convivencia en la familia nuclear es constante y tratan de integrar a los hijos en sus actividades.

Ella se sentía desesperada, enojada, agresiva por tantas actividades y presión de tiempo, con actitudes agresivas que la llevaban a sentir culpa. Ambos discutían y se enojaban; solo en pocas ocasiones dejaban de hacerlo, esto ocurría cuando Manuel se salía de casa y regresaba hasta que ella se calmaba.

Galilea dijo sentir que le había acomodado la vida a él, pues le proporcionó un lugar de trabajo y casa para vivir. Durante los 10 años de vivir en pareja, han tenido separaciones temporales (por desacuerdos en los espacios individuales que ambos necesitan). Estas separaciones han terminado cuando los niños le han pedido a Manuel que regrese a la casa. Cuando Galilea y Manuel hablaban de una separación definitiva, es cuando lograban estar mejor. Los hijos estaban enterados por ambos de la situación de la pareja.

Manuel generalmente cocinaba. Estaba al pendiente de hacer cosas para que ella no se enojara, aunque a veces no lo lograba y esto a él le angustiaba. Ya no jugaba fútbol, ni salía con sus amigos; con tal de que ella no se enojara.

Comentaron sobre una situación en la que Galilea se desesperó y perdió el control, llegó de su escuela muy agobiada y estresada por la falta de tiempo, preparó la comida y les sirvió para que comieran, los niños estaban jugando y tiraron el agua en la mesa, les grito y sintió mucho coraje que no valoraran el esfuerzo que a ella le implicaba lo que estaba haciendo, fue incrementando su enojo hasta tirar su sopa sobre la mesa. En este momento se les preguntó a los niños y a Manuel que como fue que reaccionó cada uno; y por su relato se conoció que la familia se paralizaba ante el enojo de Galilea.

A los niños se les fueron elaborando preguntas para conocer como se sentían en las situaciones que los padres relataban. Ellos se mostraron muy tranquilos durante la sesión, sin embargo, Luis mencionó sentirse triste y preocupado cuando su mamá se enojaba con ellos. A la mitad de la sesión se les dieron hojas y pinturas para que dibujaran en el otro extremo del lugar, con la finalidad de conocer aspectos mas personales de los adultos.

Galilea estuvo en tratamiento terapéutico y con un psicofármaco (Paxil), indicado durante tres meses, para la ansiedad. Al tomarlo sintió algunos avances, pero no le hacía sentir bien que ella hablara y hablara, en la terapia y el terapeuta solo la escuchaba sin decir nada, por lo que dejó ese tratamiento.

En el momento en que estaban acudiendo a este tratamiento, Galilea también estaba en ADIVAC atendiendo la violencia sexual que sufrió en la infancia, infringida por un familiar y esta atención le estaba resultando benéfica.

Manuel también vivió violencia sexual en la infancia, por parte de su padre (alcohólico). Logró reclamarle y esto le sirvió para sentirse mejor. Manuel y Galilea se han apoyado al respecto, hablándolo y mencionando qué es lo que les sirve a cada uno. Ambos comparten el enojo que sienten por ese pasado.

Se le preguntó a Manuel si creía necesario trabajar esta situación en este espacio, por que Galilea ya lo estaba trabajando, sin embargo dijo que el haberlo hablado con su

papá le había ayudado lo suficiente. Por tal motivo, este espacio decidieron ocuparlo para trabajar las situaciones de pareja y familiares, que no han sido atendidas en otros espacios.

Mensajes finales:

Al final se mostró al equipo, el dibujo de ambos niños, por el espejo y se les felicitó por ser muy respetuosos de los espacios que sus papás necesitan, mencionando la sorpresa que nos había causado que siendo niños, hubieran estado muy tranquilos. Se les pidió que en la siguiente sesión, nos comentaran sobre los dibujos que habían hecho (Dadas las asistencias de los niños, el dibujo de Leo se trabajó en la sesión 3, y el de Samuel en la sesión 6).

Los mensajes fueron: “Manuel y Galilea: Se ve mucho interés de su parte y respeto a lo que cada uno dice y siente; se escuchan con mucho interés. De muchas maneras han logrado controlar situaciones adversas y difíciles en su vida.”

“Galilea, tal vez tantas actividades saturan tus emociones, y decías que te cuesta mucho trabajo tener el control o controlarte, pero yo pienso que estas viviendo una situación crítica por el tiempo, tal vez estas muy sobrecargada, estas saturada, corriendo todo el día y por supuesto que te llegas a desesperar mas fácil. Cuándo no estamos tranquilas, resistimos un poco mas las situaciones de vida”.

Sesión 2

Fecha: 2 de abril de 2004

Asistentes: Manuel y Galilea

Iniciaron diciendo que estuvieron más tranquilos, pudieron entender más la conducta de sus hijos y los niños también estuvieron más quietos y cooperativos en la casa. Galilea pudo estar más organizada y tuvo el control de sus tiempos y actividades; a pesar de que estuvo en exámenes. Manuel la vio mas contenta, con cara de felicidad. Él respetó sus tiempos.

Hubo un episodio de molestia en la familia por que los niños tenían que ir a un paseo de la escuela y no querían faltar, por tal motivo no asistieron a la sesión. Es por eso

que Galilea sintió que a ninguno de los tres, les importaba el trabajo de la terapia y daban más importancia a otros eventos.

Luis y Samuel asistían a escuela particular. Con algunos compañeros tenían dificultades de menosprecio, por ser más morenos y ser de menor nivel socio-económico, Luis defendía a su hermano. Ni Luis ni Samuel, decían en casa, que es lo que pasaba en la escuela.

Luis, no quería que su mamá fuera por él a la puerta de la escuela, pedía que lo esperara mas adelante. Esto enojaba mucho a sus papás, fue un tiempo muy estresante para la familia. Al entérese los papás, decidieron cambiarlos de escuela en el siguiente ciclo escolar.

Manuel dijo que era por esta razón, que para él fue muy importante que fueran a este paseo y sirviera para integrarse con sus nuevos compañeros. Por lo que estuvo de acuerdo en que faltaran a la sesión.

Se llevó a cabo un equipo reflexivo en este momento explicando a la pareja en lo que consiste, y ellos aceptaron.

Equipo reflexivo (citado de manera textual):

T2 (mujer): “Al escuchar a Galilea y Manuel recordé algunas cosas: yo no le decía lo malo que pasaba en la escuela a mis papas por el miedo de defraudarlos de alguna forma. Otra fue que hoy: fui a recoger a mis hijos y yo llevaba unos zapatos y mi hijo me dice “hay mamá ya te viniste en chanclas” y yo volteo y le digo “no, son zapatos, para ti son chanclas” y el impacto que eso tuvo en mi fue fuerte; yo me sentí muy mirada por mi hijo, como calificada, en la mira. Es una sensación compleja y como mamá a uno le pega mucho pues una se siente la mejor mamá y en algún momento quisiera al mejor hijo. Y me hizo pensar mucho en no querer la perfección como un estilo de vida: que no soy la mejor mamá ni es el mejor hijo, ni es el mejor esposo. Pero de pronto la perfección nos atrapa, es muy complicado”.

T3 (mujer): “Cuando mi mamá iba por mí a la escuela, yo también le decía “no te vayas vestida así o así”. Recuerdo que vivía mucha presión de mis compañeros, sientes que

te miran, que miran a los demás y como te ven te tratan. Entonces recuerdo que mucho de lo que funcionó en ese tiempo fue platicar con mi mamá y ella decía que siempre vamos a ser diferente a los demás, que no importaba donde, que siempre podíamos ser mirados pero la forma en como lo pudiéramos resolver iba a marcar la diferencia. Entonces mientras los demás me vieran yo podía sentirme diferente independientemente de la calificación que el otro me diera y eso me ayudo mucho, inclusive para continuar bien en la escuela”.

T4 (mujer): “Y a mi me llamo mucho la atención lo que hemos escuchado de Luis, que tuve oportunidad de conocerlo la sesión anterior, esto me hace mucho reflejo en mi hermano mayor, también solía protegerme mucho y ahora que escuchaba que Luis defendía a Samuel me recordó mucho eso. Y pensaba también en que hace su papá para que Luis también tenga y quiera proteger a alguien menor, y que seguramente recibe también esa protección. Me hacía pensar en una vocación de padres, es lo que yo percibo”.

T5 (hombre): “Hay muchas cosas en las que coincidido, yo sentí muchas emociones: tristeza, alegría y hasta coraje de la parte que incriminaba a Luis, yo sentí un reflejo de coraje de que me di cuenta de que no es por ir en una escuela particular, es una situación Nacional, hasta Latinoamericana que se da desde la conquista: ser guerito ser lo mejor y que requeriría un trabajo incluso hasta gubernamental para poder hacer los cambio como lo hicieron en EUA con los negros. Me estaba acordando también de un ejemplo personal de cuando yo estaba en la secundaria, yo siempre fui a escuelas públicas, y yo decía con orgullo que mis papas eran de Oaxaca y me gustaba mucho, es un estado muy bonito, muy pobre pero muy bonito y de repente cuando se querían burlar de mi me decían Oaxaca”.

T6 (hombre): “Yo lo pensaba mas desde la posición de hijo, soy el menor de tres, y mi hermano el mayor es una figura muy querida por toda la familia por que desde chiquito él nos cuidaba a nosotros y solo nos lleva dos años. Y yo me hacía la pregunta que significará para Samuel que Luis lo cuide y lo proteja. Yo recuerdo esos momentos, incluso cuando mi hermano me protegía y me cuidaba y ahorita siento mucho cariño”.

Al final comentaron que la intervención del equipo reflexivo les sirvió para poder ponerse en los zapatos de otros, ver su situación de manera diferente a partir de los comentarios que escucharon y valorar la capacidad que han tenido como pareja y como papás, para haber llegado al presente.

Sesión 3

Fecha: 17 de abril de 2004

Asistentes: Manuel, Galilea y Luis

Lograron continuar tranquilos, desde la última sesión. Dicen que no discutieron como antes. Al preguntarles ¿qué es lo que les estaba ayudando a lograrlo? Galilea dijo que la terapia le estaba sirviendo para darse cuenta de los errores.

Una situación externa que le sirvió a Galilea es que durante las vacaciones de semana santa salieron de paseo con su familia y logró verse a sí misma, a través de su prima política; no le daba oportunidad a su familia de pensar, hablar, decidir o actuar. Y esto le hizo ceder en su protagonismo. Dándose cuenta que esta actitud se le acentúa cuando están con su familia. Dijo que necesitaba tener el control y que le costaba mucho trabajo disminuir esta necesidad.

Al preguntarle a Luis cómo había visto a su mamá, dijo que la veía mas contenta y más tranquila y que también ha visto un cambio en su papá (pero no pudo mencionar cuál). También se le preguntó si le gustaría saber que opinan sus papás de él, y que les preguntara, si deseaba saber: Galilea le dijo que era un niño muy inteligente, responsable, cooperador, dispuesto a trabajar en la tienda, muy lindo y que lo amaba. Manuel le dijo que se sentía orgulloso de él por que cuidaba y defendía a su hermano y a sus primos.

Se habló con Luis sobre el dibujo que hizo en la primer sesión, (mientras se trabajaba con la pareja). Dibujó su casa con un cuarto en la azotea que pintó de negro. Mencionó que cuando subía le daba mucho miedo. Se inició una intervención de externalización del miedo con la finalidad de que Luis y sus papás vieran el miedo fuera de él y no como parte de él. Las respuestas al respecto fueron que sentía que lo empujaba, era de color naranja, tenía forma de un señor que llevaba un cuchillo y que salía cuando no había ruido y solo se encontraba en ese cuarto: lo llamamos “El señor miedo”. Caímos en cuenta que el ruido era una estrategia para que no se despertara “el señor miedo”. Además éste lo desconcentraba al hacer la tarea.

Mensajes del equipo (textuales):

“Todos desde niños sentimos miedo por una situación o por otra en algunos momentos de nuestra vida. Se les pide a los papás que piensen qué hubieran hecho para enfrentar este miedo. Nosotros pensamos que las estrategias que a cada uno nos sirvieron de niños fueron: hacer ruido, poner música, salir a dar una vuelta para volver a concentrarse y no poner atención al miedo”.

“Otra parte del equipo piensa que también el miedo nos ayuda a muchas cosas: puede ser tu amigo y el de cualquier persona, puede alertarte de algún peligro, entonces no siempre es malo, a veces ayuda y protege como una señal de alerta. En lugar de tu enemigo puedes verlo como tu amigo”.

Sesión 4

Fecha: 23 de abril de 2004

Asistentes: Manuel, Galilea y Samuel

Llegaron tarde a la sesión. Dijo Galilea que ese era uno de sus problemas, menciona que Manuel es muy impuntual y no toma las precauciones necesarias. Manuel habló de todas las actividades que tuvo que hacer antes de salir y como no terminaba, Galilea le dijo que se iba. Dicen que este es un problema frecuente, y al preguntarles ¿cómo creen que lo puedan resolver?. Galilea dijo que ella iría sola a la terapia, por que no veía interés en ellos. Ella pensaba que hablar con él para ponerse de acuerdo cuando tenían que salir no tenía razón de ser, pues para ella, todo estaba sobre entendido.

Manuel no estaba de acuerdo en la manera en la que Galilea organizaba los horarios de la familia, pues siempre estaban sujetos a los tiempos de ella, sin que ella considerara las responsabilidades previas de cada uno. Pero lo que sí quería Manuel, era continuar asistiendo a terapia.

Mensaje del equipo durante la Inter-sesión (textuales):

“Para las familias no están sobre-entendidas muchas cosas y favorece mucho hablar, es importante decir lo que se necesita y no pensar que está por demás decir las cosas. Todos tenemos un estilo particular de aceptar la vida y las situaciones cotidianas, tú prevés más las

cosas, te organizas de manera diferente para que todo salga como lo tienes planeado, sin embargo, Manuel tiene otro estilo, como van surgiendo las cosas él las va enfrentando. Son dos estilos diferentes, y cada uno tiene un estilo; también tus hijos”.

Manuel dijo que él hacía cosas pensando en agradar a Galilea y después resultaba que no quedaba bien con ella, hay cosas que no sabía si hacía mal o si estaba haciendo lo que a ella sí le gustaba.

Cuando le llegaba a preguntar algo, Galilea respondía de manera agresiva. Ella dijo que era la forma en la que había aprendido a expresarse, sin darse cuenta en ese momento. A lo que se le preguntó ¿qué le podría ayudar a darse cuenta que lo estaba haciendo era de manera agresiva? Diciendo que lejos de arreglar las cosas, se daba cuenta que las “tronaba” al hacerlo de esta manera.

Manuel dijo que ella de todo se enojaba, aunque había tratado de cambiar. A él le ha funcionado dejar de pelear, salirse para no subir más la discusión y después hablar de lo sucedido. A lo cual se les dijo que tienen una estrategia que les funciona para no continuar la agresión, para después hablar y poder asumir cada uno la propia responsabilidad. Resaltando que ese tiempo que Manuel le daba a Galilea era muy importante y que era muy receptivo de lo que Galilea necesitaba y le servía.

Ella le agradeció por este tiempo que le otorgaba cuando estaba enojada. Antes no se daba cuenta de que explotaba, y él la ayudó de esta manera. Le dijo que la hacía sentir importante y que podía contar con él. Y él también con ella y eso es algo que les hacía sentir bien. Algo adicional a esto es que no cargaba con culpa por que se le había pasado la mano o la boca, “con la loquera”.

Se les reconoció, lo visto en la sesión; que ambos se reparten la responsabilidad de los hijos, para que cada quien tenga sus espacios y los niños tengan atención.

Ella le pidió a Manuel que tuviera espacios de diversión, que hiciera cosas personales, pero él no lo hacía. Esto a ella le provocaba sentirse en deuda con él, sin embargo le dijo que si no lo hacía, es por que no quería y ella no se iba a sentir mal por eso. Desde tres semanas atrás le había insistido para que consiguiera un trabajo extra, aunque el negocio les permitía vivir bien con sus gastos, pero con el fin de que saliera de la casa hacer

algo diferente. Se le hizo ver a Manuel que si había tenido que sacrificar sus espacios individuales (pensando que Galilea se enojaba), ahora ella le estaba pidiendo que los tuviera y ¿qué es lo que iba hacer con esta petición?, mencionando que tal vez volvería a jugar, pero que ahora esta muy a gusto estando en casa con su familia y haciendo lo que hace.

Se les hizo evidente que cada quien estaba tomando decisiones de que hacer con su tiempo libre y que ninguno de los dos, le pedía al otro renuncias personales. Se le reconoció a Manuel que fuera tan sensible a las necesidades de Galilea al grado de renunciar a sus propios espacios. Se hizo evidente que sería importante que Manuel, también se ocupara de sus propias necesidades, para que no se llegara a sentir descalificado o poco reconocido, por que no estaba siendo una manera en la que Galilea se sintiera apoyada, sino “atrapada”. Y lejos de estar siendo un apoyo (sus renuncias), se estaba convirtiendo en un problema.

Sesión 5

Fecha: 7 de mayo de 2004

Asistentes: Manuel y Galilea

Los niños tuvieron varicela, y este día regresaban a clases. Samuel tuvo un paseo escolar y al preguntarle a Galilea si ella fue quien acepto que él fuera al paseo, dijo que sí y se le preguntó ¿cómo lo pudo hacer?, por que esto marcaba una diferencia en lo que ella había estado haciendo, a lo que contestó que respetando la decisión y dejando de ser impositiva. Mencionó que antes se enojaba como energúmeno por que no le gustaba que faltaran a la escuela. Ampliando el cambio de Galilea, se le preguntó a Manuel ¿qué es lo que él creía que le había ayudado a Galilea a actuar diferente?, dijo que antes de responder recapacitaba.

Se trabajó nuevamente con la técnica de externalización pero ahora con el enojo de Galilea, se le preguntó: ¿sientes que el enojo te atrapa?, a lo que respondió que sí, ¿y cómo has logrado que el enojo no te atrape? Dijo que se pudo desbloquear, tomar sus propias decisiones sin que la cegara el enojo, antes solo pensaba en el enojo y la persona desaparecía y la atrapaba, se cerraba y no entendía nada; y que ahora podía clarificar las cosas y podía escuchar a la otra persona. Pregunta: ¿Y este enojo-ciego traía algún

acompañante?: sí, la culpa. ¿Qué poder tiene la culpa? respondió: el dolor. Y que esto siempre la llevaba a buscar pagar sus culpas.

En esta intervención ella concluyó (textual): “Ahorita que lo veo de frente, no tengo derecho a agredir a otra persona, pero sí tengo derecho de estar enojada. Sin que el enojo domine mis pensamientos y mis palabras”. ¿Y en este nuevo pensamiento qué otros invitados están presentes? Mencionó: la razón, el respeto y la sensibilidad hacia otros, para poder estar bien.

Al conectar la razón con el respeto, se le mencionó que ahora veía la diferencia del enojo-ciego con el enojo acompañado de la razón. Ahora podía hablar con Manuel, sobre lo que no le parecía, sin que se dejara atacar por Manuel, por la culpa que ella sentía al dejarse atrapar por el enojo-ciego. Manuel mencionó que ya podían platicar, que ya era un enojo controlado, ¿un enojo con respeto? sí. ¿Parecido al enojo que se apoderaba de ti Manuel? sí.

Y este respeto lo identificaron con acompañantes llamados: comprensión, tomarse en cuenta uno a otro, estar sensibles al otro y tener comunicación. Se concluyó que el respeto es el escudo ante los enojos de ambos.

Manuel mencionó que le había servido el espacio terapéutico para decirle a Galilea cosas que sentía y que si él, antes le decía, se molestaba. Y que ahora, ella entendía que si Manuel le decía algo, no era por molestarla sino para poder estar mejor.

Se enfatizó que el poder del cambio lo tienen ellos y que se habían estado esforzado en este trabajo.

Sesión 6

Fecha: 21 de mayo de 2004

Asistentes: Manuel, Galilea y Samuel

Galilea comentó que se sintió nerviosa y aunque no como otras veces, también con miedo, por el paseo de Luis. Trató de tranquilizarse pensando que nada pasaría, de no darle mucha importancia y pensar que él estaría bien, anteponiendo la razón. Es así como lograba que el miedo no invadiera todas sus actividades y que el enojo tampoco entrara al sentirse impotente ante el miedo.

Luis y Manuel también sentían miedo. A Samuel se le preguntó que fue lo que él pudo hacer los días que su hermano no estuvo; respondió que fue bueno que no lo estuviera molestando.

Al explorar los motivos del miedo, Galilea respondió que el aspecto físico de Luis (ojeroso, pálido, triste, callado), le recordaba la actitud que ella tenía a partir del abuso que ella vivió de niña. Se les preguntó a ambos: ¿sienten que sus hijos pudieran estar en alguna situación de riesgo? A lo que respondieron que cuando se dan cuenta de algo que no les gusta, se ponen aún más alertas para que sus hijos estén bien.

Samuel mostró el dibujo que hizo en la primera sesión, ya que la sesión anterior a la que asistió, no lo llevaba. Lo dedicaba a su mamá; dibujó a sus papás, su gato, un árbol y todos estaban en la casa, en el patio había flores y un sol rojo. El equipo habló por el teléfono con él para felicitarlo por su trabajo.

Equipo reflexivo (citas textuales):

T2 (mujer): “Ahorita que estaba escuchando la preocupación de los papás con respecto a que el niño este bien y este seguro, estaba pensando que a veces la única manera de proteger a un niño contra otras personas es acercándote a él, por que como padre no vas a poder estar con él las 24 horas. La mejor manera de protegerlo es acercarse platicar y yo que he trabajado con personas que han tenido una experiencia similar a la de Galilea y Manuel, me ha quedado muy claro la diferencia que hubiera hecho en otras personas, que alguien se hubiera acercado para proteger y prevenir que algo malo suceda”.

T3 (mujer): “Al escucharlos, recordé cuando yo tenía la edad de Luis, y mi mamá se preocupaba muchísimo, “no te vaya a pasar esto, y llévate todo...etc”. Mis papás se angustiaban mucho. Y yo pienso que Luis puede inclusive abrir una brecha generacional, y en algún momento tal vez en años posteriores, para Samuel sea más fácil disfrutar de esto no?” .

T4 (mujer): “A diferencia de Galilea, mi mamá si se dejo llevar por los miedos por que nunca me dejo ir a campamentos, siento que me hubiera ayudado mucho el haber vivido esa experiencia, para saber si yo podía enfrentar situaciones de acuerdo a mi edad. Yo creo que es muy importante transmitir esa confianza, a mi me costo mucho trabajo el

poder sentirme segura para poder emprender mi vida sola. Yo creo que me hubiera sido mas fácil si hubiera tenido desde el principio como Luis, esta oportunidad de vivir esta experiencia”.

T5 (mujer): “Yo como Mamá también de hijos, niño y niña me quede pensando en la incertidumbre de si los dejo... no los dejo, suelto... no suelto. Yo crecí mucho con ellos en su primer campamento... pensé: van armados con lo que yo les he podido dar y me quedé sorprendida cuando regresaron, los vi más maduros. Confiar en ellos, para ellos es muy importante y ver que pueden valerse por sí mismos. Y respecto a lo que Galilea comentaba sobre el aspecto que ve en Luis; yo viví una primaria bastante compleja, entonces mi pobre hija sufre en el sentido de que yo la veo con cara de: ah ¿estás bien, todo bien, estás segura?, entonces a la pobre la atosigo; pero voy a tener que aprender que mi experiencia es mi experiencia y no la de ella. Como padre siempre uno confía en la experiencia y hay que confiar en la propia brújula sin que deje de implicar incertidumbre”.

T6 (hombre):“Luis esta aprendiendo sus estrategias y de sus vivencias, y yo pensaba también en Samuel qué bueno que estuvo tres días como hijo único, yo pensaba en lo significativo que resulta a veces cuando te quedas solo y vives a tus papás diferentes, y se puede pensar: ¡que rico tengo a mi mamá, tengo a mi papá para mi solo!”

T7 (mujer): “Ahorita que hablas de Samuel me acorde, de las ventajas de ser hijo menor. Yo tengo un hermano mayor y también nos llevamos poca diferencia, entonces cuando él empezaba a salir, todo era tensión, y cuando a mi ya me toco empezar a ir a campamentos, ya era menos la tensión. Con el siguiente hijo, a lo mejor ya tienen como más confianza para dejarte salir. Otra de las ventajas de tener un hermano mayor, es que te protege.

Al salir el equipo, Galilea hizo una reflexión sobre esta intervención (textual): “me atrajo mucho lo que dijeron sobre la mezcla de historias y hasta cierto punto a veces pienso que lo que yo pasé lo esta pasando Luis, entonces esos pensamientos me hacen llegar a conclusiones bien locas. Y ¡sí! tengo que hacer una marcada diferencia, para ser mas objetiva por que si no, voy a perder, y voy a andar así de loca”.

Sesión 7

Fecha: 4 de junio de 2004

Asistentes: Manuel y Galilea

En esta sesión, principalmente, se ampliaron los cambios familiares.

Manuel comentó que estaban en un momento importante, que la terapia les había ayudado mucho, les estaba permitido platicar sin discutir, él le podía decir lo que no le gustaba, sin temor de que ella se molestara, ella se encontraba en una actitud de escuchar, sin dejarse llevar por el enojo. También lograron acuerdos para dar permisos a los niños, dándose un lugar uno al otro, sin descalificar y respetando lo que cada uno decía.

Antes, Luis se enojaba frecuentemente con su papá, no le hacía caso o si se le acercaba lo rechazaba. Manuel pensaba que era por que él hacía enojar a Galilea, y ella se desquitaba con los niños y es por eso que se enojaba con él.

Se preguntó: ¿Qué estarán viendo Luis y Samuel en ustedes, que ahora la actitud de ellos esta cambiando?, y respondieron que estaban viendo su compromiso de querer ser papás y no solo querer dar ordenes, de querer mostrarles su amor por ellos, de estar dispuestos a hablar, a negociar con ellos y a tomar decisiones.

Luis empezó ha mostrarse más tranquilo, colaboraba en casa con un poco de mas gusto, y lo veían feliz. A Samuel siempre lo han visto muy cariñoso y colaborador. Ambos padres observaron y aceptaron las diferencias individuales de sus hijos.

Hicieron modificaciones en su casa y el cuarto que le daba miedo a Luis, tendría comunicación por dentro de la casa, y esta sería su recámara; por lo que él estaba muy entusiasmado.

Por otra parte Galilea comentó que le seguía molestando que Manuel no tomara decisiones propias y que siempre estuviera basándose en lo que ella hacía o dejaba de hacer, para él saber que hacer o decidir. Le pidió que hiciera las cosas por él mismo. Por su parte, Manuel no se había sentido con esta libertad porque ella se enojaba y él pensaba que era por las decisiones que él llegaba a tomar y que ella no aceptaba y no podían hablar del tema, sin discutir.

Mensaje del equipo

Se les reconoció el esfuerzo, constancia y dedicación en sus cambios. La manera en la que estaban enfrentando como pareja y como padres; las situaciones de vida, reconocer los cambios individuales en sus hijos y aceptarlos y abrir la comunicación sin que el enojo la impidiera, haciendo uso de la razón y el respeto.

Se dio cita en quince días, sin embargo llamaron para explicar que no podrían llegar por el fin de año escolar de sus niños. Después no se pudo concertar otra nueva cita. Al no encontrarlos y ellos no devolver las llamadas; se dio por terminado el tratamiento.

ANÁLISIS TEÓRICO METODOLÓGICO DE LA INTERVENCIÓN

Este caso se trabajó bajo el enfoque del Modelo Narrativo, construyendo y deconstruyendo las narrativas de la familia con el objetivo de promover la creación de nuevos significados a sus historias.

Para la atención a esta familia, se hizo uso de las técnicas que a continuación se mencionan, y posteriormente se presenta una evaluación del caso.

1) *Equipo reflexivo* (White y Epston, 1990). Se le solicitó a la familia en dos de las sesiones que escuchara las discusiones del equipo sobre lo trabajado en la sesión y al final se le pido su opinión de los comentarios que escuchó. El objetivo principal es conversar, ver conversaciones sobre lo conversado y volver a conversar para abrir posibilidades de ver diferentes perspectivas de una misma situación.

Las reflexiones del equipo tuvieron como meta *ampliar cambios* de ambos padres: enfrentar sus temores y dejar vivir experiencias a sus hijos en ambientes protegidos; *normalizar conductas* por ejemplo el miedo y angustia de los papás por los riesgos que podía correr Luis cuando salió de campamento; *connotaciones positivas*: los niños no les decían a sus papás sobre los problemas que enfrentaban en la escuela para no decepcionarlos, el *reconocimiento* a su labor como padres: la diferencia que hubiera marcado en otras personas si sus padres hubieran estado al pendiente de ellos, como lo estaban Galilea y Manuel de sus hijos.

Esta técnica, fue muy bien aceptada por la familia, sobre todo por Galilea, a quien le resultaba muy interesante escuchar otras voces hablando sobre ella y su familia.

2) Se trabajó con la técnica de *externalización* (White y Epston 1990), en el miedo de Luis y el enojo de Galilea. El objetivo fue distanciarlos del problema y que dejaran de verse como si el problema fueran ellos mismos, es decir, ellos como personificación del problema.

Se les invitó y se les fue acompañando en el proceso de personificar los problemas que los oprimían para que les dieran forma, color, un nombre, que expresaran lo que les decía, etc. De esta manera, el problema se fue convirtiendo (lo fueron visualizando) como una entidad separada de ellos. Michael White (1993), justifica el uso de la externalización cuando la persistencia del problema y el fracaso de las medidas correctivas intentadas, han servido para confirmar, ante los ojos de los demás miembros de la familia, la existencia de características personales etiquetadas, que fueron perpetuando el problema. En este caso, para la familia y para sí mismos: Galilea era “una enojona-energúmeno” y Luis era “muy miedoso”.

Implicó un cambio importante en el proceso terapéutico el haber hecho uso de esta técnica, el que Galilea y Luis hayan logrado ver el enojo-ciego y el miedo, (respectivamente) fuera de ellos y no sentirse ellos el problema, alivió inicialmente en Galilea la culpa, y en él la ansiedad e inseguridad. Y en la familia la separación entre el problema y la etiquetación personal. Propiciando y ayudando esta a su vez de manera sistémica en sostenimiento del cambio.

3) *Las preguntas circulares* se ocuparon como técnica de intervención en muchas de sus modalidades, cada una de ellas con objetivos específicos. A continuación se mencionan algunos ejemplos de preguntas hechas durante el proceso:

➤ *Preguntas relativas al panorama de la acción:* para que situaran sus logros en una secuencia de hechos y no a hechos fortuitos: *¿Qué fue lo que les ayudo a poder platicar?. ¿Qué fue lo que te ayudo a ti en esta ocasión a expresarle y no dejar sobreentendido que no estabas de acuerdo en que te abrazara?.*

➤ *Preguntas relativas al panorama de la conciencia:* con la finalidad de hacerlos reflexionar, y lograran determinar el significado de los hechos que suceden en esa acción: *¿Galilea, y que te podría seguir ayudando, a expresar lo que te incomoda, en otras situaciones?.*

➤ *Preguntas sobre logros aislados:* Con el objetivo de que vieran acciones que contradijeran la descripción saturada del problema; y lograran redefinir la relación que tienen entre sus miembros: *“De alguna manera ustedes a pesar de tener situaciones tan difíciles de manera personal y de esos conflictos y desacuerdos de pareja , han permanecido juntos, idas y venidas como decías tu, pero están juntos,¿ ustedes a que creen que se deba esto, ustedes a que creen que se deba que permanezcan juntos?. “Son unos niños muy obedientes y muy respetuosos, estaba hablando con sus papás y ustedes estaban allá sentados y el equipo y yo nos preguntamos ¿que habrán hecho ustedes como papás, para poder encaminar a sus hijos hasta este momento, siendo dos niños, muy respetuoso y atentos”.*

➤ *Preguntas relativas a la redescrición única:* Con el objetivo de dar significado a logros aislados se les conduce hacer redescrición de sí mismo, de otros y de sus relaciones: *Galilea: ¿qué te hace pensar de ti, que estés logrando que no te atrape este enojo, que te cegaba?. ¿Y como le has hecho para que la razón entre y haga para atrás el enojo?. ¿Entonces no solamente te ha ayudado a nivel personal, sino también con tu pareja?, ¿ tu así lo has visto Manuel? ¿Qué es lo que piensan que estarán viendo Luis y Samuel en ustedes, que la actitud de ellos hacia ustedes esta cambiando de manera favorable?.*

Evaluación

En la última sesión se logró hacer una evaluación de los cambios logrados en la familia, éstos fueron: dejaron de mirarse a sí mismos y ante los miembros de la familia de la siguiente manera: Luis como un miedoso y Galilea como enojona. Crearon estrategias de enfrentamiento ante el miedo y el enojo. Él empezó a ver al miedo como su aliado y protector del peligro. Ella aprendió que es importante mostrar su enojo, pero sin lastimar a los demás.

Antes, Luis se enojaba frecuentemente con su papá, no le hacía caso o si se le acercaba, lo rechazaba. Manuel y Galilea decían que era por que él decía que su papá hacía

enojar a su mamá, y cuando ella estaba enojada también se enojaba con los niños y se desquitaba. Manuel se sentía rechazado (agredido) por la familia cuando todo esto ocurría y a su vez, agredía a Galilea. Al mostrar Galilea, su enojo de una manera mas controlada y teniendo como aliado a la razón, se sintió mas tranquila; la relación con Manuel, se volvió menos violenta y disminuyó su sentimiento de culpa y logró corregir a sus hijos sin agresión. Al no sentir culpa, por que ya mostraba su enojo de manera controlada, deajo de permitirle a Manuel que la lastimara y chantajeara con el apoyo que le brindaba para que ella estudiara y todo el tiempo que él dedicaba a la casa y la familia. Le pidió que se dedicara tiempo a él mismo y que se hiciera responsable de esto. Manuel logró platicar sin discutir, ya le podía decir lo que no le gustaba, sin temor de que ella se molestara, ella se encontraba en una actitud de escuchar. También lograron acuerdos para dar permisos a los niños, dándose un lugar uno al otro, sin descalificar y respetando lo que cada uno decía. La relación entre los hijos y Manuel fue más tranquila y tolerante. Los niños se mostraban con tranquilidad y los papás los veían felices. Manuel asumió la postura de padre amoroso y no de “cuate” de sus hijos, puso límites en la educación y en la relación parental. Los hijos y ellos mismos se empezaron a ver como padres atentos, responsables, comprometidos, no solo asumir el rol de dar órdenes, descubrieron su capacidad de negociar de estar dispuestos a hablar, en querer mostrarles su amor y a tomar decisiones.

Comentario final

Recordando que el motivo de consulta fue que Galilea quería trabajar en su persona, sus errores, encausar sentimientos, estar segura y manejar emociones para resolver problemas y vivir tranquilos. Trabajar en familia para estar bien todos. Y Manuel quería entender que si ella decidía la separación entenderlo y aceptarlo. Aunque para él lo mejor era estar juntos. Los motivos de consulta fueron satisfechos en tanto que Galilea logró trabajar en su persona y aprendió nuevas estrategias de enfrentamiento para el manejo y expresión de su enojo, trayendo más tranquilidad para sí misma y para la familia. La relación de pareja se vio favorecida con esta nueva expresión, pues se logró abrir la comunicación para llegar a nuevos acuerdos conyugales y parentales.

Si hubiera sido posible hacer una cita para el cierre en ese momento del proceso hubiera sido de utilidad hacer *preguntas circulares sobre posibilidades únicas*: Con el objetivo de especular sobre el futuro personal y de relaciones familiares. Investigando los

pasos específicos para llegar a esto, como una preparación para continuar el camino del cambio al terminar la terapia. Ejemplo de algunas de las preguntas, que se hubieran podido plantear: Galilea: *¿de que manera el darte cuenta que puedes dominar el enojo, haciendo que primero entre la razón, influye en la relación que tienes con tus hijos y con Manuel?. Galilea y Manuel: ¿si ustedes aceptaran plenamente estos nuevos descubrimientos de sí mismos, sobre ser papás dispuestos a tomar decisiones, ¿cuál creen que sería el próximo paso?, ¿cuándo creen que estarían preparados para darlo?. ¿De que manera creen que esta nueva manera de discutir los desacuerdos, intervenga en su relación de pareja, de aquí en adelante?. ¿En qué medida esta nueva actitud que tienen ambos para enfrentar los desacuerdos, influirá en la relación con sus hijos?*

Armando y Jade:

Este cuarto caso, por su contenido y análisis mas detallado, se presenta en el capítulo 4, apartado 4.2.

Análisis del sistema terapéutico total con observaciones del equipo terapéutico

En terapia sistémica, se conoce como sistema terapéutico total a: la familia, el terapeuta, el equipo de supervisión y el supervisor. Como en todos los sistemas, cada uno de estos subsistemas, tienen roles de funcionamiento.

El subsistema **familiar** acude a solicitar ayuda psicoterapéutica, para resolver quejas o adaptarse a nuevas situaciones internas de su ciclo vital o factores externos; con el propósito de aprender nuevas estrategias de solución, pues las que han empleado hasta el momento, no le resultaron eficientes. Es aquí cuando el **subsistema de terapeutas**, conformado por el equipo de supervisión, el supervisor y el terapeuta, tendrán como objetivo llevar a la familia a encontrar soluciones eficientes a su queja, y para que su trabajo sea exitoso deben considerar y *aplicar algo más*, que las técnicas y modelos de intervención aprendidos, utilizando las propias características personales, siempre a favor del proceso de cambio.

La familia visualiza al subsistema de terapeutas o al terapeuta, como parte importante de la solución y el subsistema de terapeutas integrará a la familia para la

resolución de su queja. Es así como ambos se integran conformando al sistema terapéutico total.

Al interior del subsistema terapéutico (supervisor, equipo y terapeuta), hay una organización de roles. La tarea del **supervisor** consiste en dirigir al grupo de terapeutas en formación para que realicen un diagnóstico adecuado del caso, y así puedan definir los objetivos terapéuticos y decidir las modalidades de intervención adecuadas; así mismo guía el desempeño del terapeuta para poder de esta manera retroalimentar y dar continuidad al proceso. El supervisor debe cubrir con algunos requisitos como: creatividad, experimentar en el mundo lo imaginado, conocer profundamente los fundamentos teóricos que sustentan las técnicas, comprender la dinámica grupal, tomar en consideración a la persona del terapeuta y tener conciencia de los diferentes roles que juega como supervisor: maestro, facilitador, evaluador y consultante. Como facilitador, propiciará la participación y la creatividad de cada uno de los terapeutas en formación, además de favorecer la cohesión del grupo. Tendrá la capacidad de evaluar y retroalimentar los aciertos y errores, los puntos ciegos de los terapeutas, conteniendo y preservando al mismo tiempo la integridad como persona. Desde el rol de consultante, estará en condiciones de iluminar aspectos diferentes en los casos presentados y desarrollar distintas estrategias terapéuticas (Desatnik, Franklin, Rubi, 2002).

Conjuntamente, **el equipo y el supervisor** proveen visiones binoculares que a veces compensan sesgos del terapeuta. El equipo recircula visiones, percepciones y sentimientos. Para el logro de un buen clima de trabajo, es posible que el equipo necesite de una etapa social antes de comenzar la pre-sesión. En esos primeros momentos cada uno informa más o menos cómo le va en el día, cómo se siente, etc. Esta comunicación previa permite al equipo habilitar e integrar a sus participantes, en la preparación de la sesión. A su vez el terapeuta al entrar con la familia debe crear un ambiente propicio de integración. Después, durante la inter-sesión, al salir el terapeuta para los diálogos de supervisión, se convierte en información valiosa, preguntar sobre la persona del terapeuta: ¿cómo se sintió?, es decir, cómo confluyeron las influencias de la familia y el tipo de ecos que despertaron en él, además de conocer equipo y terapeuta cómo se sintieron de uno y de otro lado del espejo. Es enriquecedor para el proceso hablar también desde "yo sentí", "yo siento", además de: "yo observé", "yo pienso". Antes de regresar con la familia, se debe terminar el diálogo de

la supervisión, estando el terapeuta convencido de las formulaciones construidas, para que la intervención sea convincente a la familia.

Una de las responsabilidades del **terapeuta** es preocuparse por las estrategias adecuadas para la resolución del problema, sin embargo no es la única importante. El contacto con las familias es un contacto emocional movilizador y se tiene la responsabilidad ética de reconocer los sentimientos y emociones que la familia esta generando en la persona del terapeuta. Solo teniendo claridad en esto, se podrá hacer uso de ello para emplearlos como herramientas útiles, que no entorpezcan el avance del proceso.

El equipo y el supervisor, son apoyos importantes para el terapeuta en el proceso de cambio de la familia. Otro apoyo es el reconocimiento de las emociones de sí mismo como terapeuta. Guevara (1991), menciona que el desafío como terapeutas es permanecer enteros y seguir estudiando, creciendo y disfrutando del trabajo terapéutico. Las terapias han sido descritas como resolución de problemas, como crecimiento, etc. Entre estos múltiples senderos, sería interesante también construir las terapias con el itinerario de los sentimientos del terapeuta, en sus diferentes momentos, con sus múltiples voces. Obtendríamos así mapas complementarios, que junto a los que hacemos habitualmente, nos ayudarían, tal vez, a iluminar nuestros caminos. Un camino de complejidades entre el determinismo y el azar, entre la turbulencia y la serenidad, entre el rigor y la imaginación, entre las teorías y las emociones vividas en el proceso del trabajo con las familias.

Habilidades de investigación

Descripción de habilidades de investigación

Respecto a las habilidades adquiridas en el área de investigación se elaboró un anteproyecto con metodología cuantitativa, que permitió definir el tema a investigar así como el diseño de su aplicación, búsqueda de marco teórico y definición metodológica. Observé la importancia de incluir en el campo de la investigación, el área de terapia familiar, siendo un tema que se debe estudiar, para atender las necesidades de la población, innovar procedimientos e intervenciones acordes a las familias actuales.

Por otra parte, se realizó una búsqueda de información, que permitió conocer teóricamente, sobre técnicas de investigación cualitativa.

Protocolo de investigación con metodología cuantitativa

El interés del proyecto que se presenta a continuación, se origina a consecuencia de la experiencia profesional en mujeres con depresión, quienes a pesar de sus propias necesidades, cuidan y trabajan por su familia; sin embargo, ha llamado mi atención, que la depresión es un trastorno en estrecha relación al deterioro en las relaciones familiares, principalmente con la pareja o los hijos; entre muchas otras variables. Estas situaciones pudieran agravar y/o mantener la sintomatología depresiva y la problemática del funcionamiento familiar; por esta razón me interesaba investigar la relación entre estas dos variables: el funcionamiento familiar y la depresión en la madre, con una aproximación sistémica.

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y DEPRESION EN LA MADRE: UNA APROXIMACION SISTEMICA¹

ANTECEDENTES

La familia

La familia es la estructura básica que mantiene unidos a sus integrantes, es en donde se da el desarrollo psicológico y social de sus miembros, de tal manera que se observa como una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo y un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan. Esta organización se ve afectada por los parámetros culturales, lo que hace que existan diferencias importantes entre familias (Minuchin, 1974).

La familia es un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta, tanto al inicio de su formación, recién casados, como después, la familia con hijos pequeños (0 a 11 años), familia con hijos

¹ Este anteproyecto solo se llevó a cabo hasta la fase de diseño, por tal motivo no se reportan resultados.

adolescentes (12 a 19 años), familia con hijos adultos jóvenes viviendo en casa y el nido vacío, cuando se van los hijos (Estrada, 1997).

El rol de la madre

En la familia, la madre aparece como el principal agente socializador y de crianza, no así el rol del padre que aparece bastante disminuido en este aspecto. Aunque en el ámbito del clima familiar, se parte de que en las parejas existe un acuerdo en las formas de crianza, y que el padre constituye un real apoyo como agente activo en la relación familiar, todo esto genera un ambiente muy favorable que impacta positivamente en la salud familiar (UNICEF, 1990).

Asimismo, Gómez y Zapata (2000) mencionan que, mientras la madre es vista como dadora de cuidados, nutrición, satisfacción emocional y disciplina en casa, el padre es percibido como más duro, portador de la fuerza, protección y disciplina fuera del hogar. El padre representa la figura de autoridad y gran parte de la base de la seguridad. Aunque esté menos presente en el hogar, tiene papel de guía y jefe de la familia.

Lara, y cols (1996) reportaron que a consecuencia de que a las madres culturalmente se les asigna la responsabilidad total de los hijos, éstos se convierten en una fuente importante de problemas, y que a pesar de que sientan muy conflictivas sus relaciones de pareja, éstas les pesan un poco menos, porque de cierta manera experimentan apoyo y gratificación en otras áreas. Muy pocas madres, reconocen sus roles de madres y esposas. Esto puede ser debido al conflicto del cumplimiento de ambos, intentando cumplir con solo uno de ellos.

Aunque se han observado diversos aspectos que afectan el funcionamiento de la familia, Leñero (1989) menciona que la manera en que se combinan en la mujer las funciones reproductivas y productivas, independientemente de que estas sean reconocidas como tales o no, se refleja en su salud mental. Su mayor participación en el ámbito económico no se ha acompañado de un mayor compromiso del varón en las actividades domésticas, lo que produce la llamada doble jornada, con el correspondiente desgaste en la salud física y mental.

Asimismo, la expectativa sobre la mujer, de ser la responsable de las relaciones afectivas dentro de la familia y las cuidadoras en caso de enfermedad física o problemas psicológicos en algún miembro de la familia, con frecuencia rebasa sus propios recursos, impactando de manera importante en su salud mental, presentando síntomas depresivos (Natera y Mora, 1993).

Lara (1991), reporta que las expectativas de género hacia las mujeres, en comportamientos esperados, tales como la sumisión, pasividad y dependencia se asocian con una mayor frecuencia de síntomas depresivos.

La depresión

La depresión constituye para la sociedad, la familia y el individuo; un enorme costo en diferentes niveles (Murray y López, 1996). La prevalencia de la depresión es de 10% en las mujeres y 5.2% en los hombres (Caraveo y cols. 1999). Además del gran sufrimiento que representa para quien la padece, se acompaña de síntomas somáticos, limita el desempeño laboral, dificulta las relaciones interpersonales e interfiere con las actividades diarias; incrementa el riesgo de suicidio, el uso problemático de alcohol y la mortalidad (Lara, 2002).

Kaplan, Sadock y Grebb (1994), mencionan que el grado de psicopatología de la familia puede influir sobre la recuperación, el retorno de los síntomas y la adaptación posterior a la recuperación. Según estos autores, los datos clínicos y anecdóticos indican la importancia de evaluar la vida familiar de un paciente con depresión y de tratar todo estrés relacionado con la familia.

Las investigaciones epidemiológicas muestran una alta prevalencia de diversos trastornos mentales en los hijos de padres con trastorno del ánimo. Se estima que en la población general, casi el 8% de las madres sufren de depresión (Acta Psiquiátrica, 1995). En la familia, es causa de tensión y estrés y cuando la madre la padece, tiene efectos negativos sobre los hijos (Haddad, 1994).

En un estudio realizado por Lara y Acevedo (1993), se reporta que la vulnerabilidad de las amas de casa a síntomas depresivos, es mayor que en las madres que trabajan fuera de casa. Estos fueron relacionados con las tensiones derivadas del rol materno y con la

pareja. Mientras que en las madres que trabajan fuera de casa, los síntomas depresivos fueron relacionados con las tensiones laborales, el área y el turno de trabajo.

Posibles consecuencias familiares

El padecimiento de una enfermedad afectiva en la madre repercute en todos los integrantes de diversas maneras. En un estudio longitudinal se observó que el 80% de los hijos de madres depresivas presentaron un trastorno mental clínicamente significativo durante los primeros 18 años de su vida (Acta Psiquiátrica, 1995).

Otras investigaciones señalan que el 26% de los niños que tienen un padre con trastorno del ánimo manifestarán alguna alteración en su aparición precoz y evolución prolongada, expresándose en su mayoría en forma de depresión mayor (Acta Psiquiátrica, 1995).

En un estudio realizado por Saucedo y cols. (s/f), se reportó que los niños preescolares tienen una tendencia a presentar problemas psicológicos, en relación con el número de estresores familiares agudos. Sin embargo, menciona una recursividad en este hallazgo, en donde supone que las madres al estar en un elevado estrés, reducen la tolerancia materna ante las conductas de sus hijos; y que los niños a su vez, al percibir un ambiente familiar tenso, reaccionan con la presencia de problemas psicológicos tales como la hiperactividad.

MARCO CONCEPTUAL

Teoría sistémica

Las investigaciones en el área de la etología, que se llevaron a cabo en los 50's, apoyaron de alguna manera a cambiar la observación del comportamiento de los miembros de la familia, dentro de su propio medio familiar, desde ahí es donde se pudo comprender el comportamiento, dado que éste no se genera en el vacío, sino dentro del ambiente familiar en el que se desenvuelve el individuo y es retroalimentada y mantenida la conducta que manifiesta. Llevando a muchos investigadores a estudiar a la familia como un sistema de relaciones en donde cada miembro familiar retroalimenta la conducta del otro y este a su vez, también (Minuchin, 1974).

A partir de esto, el foco de la visión individual se fue ampliando a una visión familiar de tal manera que el síntoma se contextualizó en la unidad familiar y se fue dejando atrás el concepto de “el paciente sintomático” como la causa de la “enfermedad” familiar.

Esta visión, le da un nuevo significado al síntoma o a la “enfermedad”; ahora la entiende como la situación que da estabilidad o trata de equilibrar al sistema que está padeciendo algún desajuste y ésta es una forma de enfrentarlo (Minuchin, 1974).

Bateson (citado por Minuchin, 1974), realizó investigaciones en la comunicación de familias con algún miembro con esquizofrenia. En estas investigaciones, encontraron que cuando uno de los miembros de la familia mejoraba, otro tomaba su lugar, es decir enfermaba. Esto se observó como una respuesta “exigida” por la familia. Esta situación ayudaba a mantener el funcionamiento habitual de la familia, a lo que Jackson (citado por Minuchin, 1974) llamó homeostasis familiar, la manera en que la familia organiza o equilibra sus cambios para seguir permaneciendo en las mismas condiciones.

La depresión en la madre de familia representa un problema importante para la sociedad por el peso de la enfermedad y el proceso multiplicador al tener consecuencias negativas sobre el resto de los integrantes. Si bien, se han estudiado diversos aspectos como la prevalencia del trastorno entre la población, así como sus efectos entre los miembros, principalmente los hijos, surge la necesidad de saber las características de la estructura familiar así como la dinámica que tienen las familias cuando la madre presenta sintomatología depresiva. Se observa la aproximación sistémica como un enfoque psicológico adecuado por esta visión, en donde le da un nuevo significado al síntoma o a la “enfermedad”; entendida como la situación que da estabilidad o trata de equilibrar al sistema que está padeciendo algún desajuste y esta, es una forma de enfrentarlo.

MÉTODO

Justificación

En una encuesta de hogares que se llevó a cabo en la ciudad de México, la depresión tuvo una prevalencia similar a los datos mundiales: 10% en las mujeres y 5.2% en los

hombres (Caraveo, 1999). Es decir, la depresión afecta dos veces más a las mujeres que a los hombres.

Esta enfermedad, tiene un alto costo personal, social, económico y familiar (Murray y López, 1996). En la familia, la depresión es causa de tensión y estrés, y cuando la madre es quien la padece, tiene efectos negativos sobre los hijos (Hadad, 1994).

Socio-culturalmente, en las familias mexicanas, están determinadas ciertas funciones en sus integrantes: el padre es el jefe de familia y la influencia de la madre se basa en su papel de “corazón” de la familia y en su devoción auto-sacrificante hacia ella, (Natera, 1990). El rol de la madre en México, involucra expectativas inalcanzables, tales como, abnegación, devoción, auto-negación, generosidad, altruismo y su principal papel consiste en tomar la responsabilidad de hacerse cargo de la familia (Alducin, 1989). Lara (2002), menciona que culturalmente el peso de las demandas sociales recaen sobre las mujeres, en cuanto a sus responsabilidades de esposa, madre, educadora y cuidadora de otros, además en mayor número, las mujeres se van incorporando al mercado laboral, cumpliendo con la doble o triple jornada, enfrentándose con mayores responsabilidades sociales y familiares.

Por este rol que desempeña la madre en la familia mexicana actual, y por la vulnerabilidad a la que está expuesta, por ser mujer, es importante describir qué es lo que pasa en la estructura y funcionamiento de la familia cuando ella padece depresión.

Bajo una concepción sistémica se pretende, comprender la depresión y su relación con la estructura y funcionamiento familiar, así como contemplar las diversas variables interventoras y la individualidad característica de cada familia. Por tal motivo se intentará encontrar una descripción sistémica, que nos proporcione una visión recursiva en la interrelación de los eventos, a diferencia de una visión lineal de causa-efecto.

Planteamiento del problema

Con base en la información descrita se plantea la necesidad de describir el funcionamiento familiar, con base en la visión sistémica, en las familias donde la madre presenta depresión y en familias donde la madre no presenta depresión.

Pregunta de investigación

¿Existen diferencias en el funcionamiento familiar; en familias de madres con depresión y familias con madre sin depresión?

VARIABLES

Definición conceptual

Síntomas de depresión: Cuando se padecen menos de cinco de los siguientes síntomas: a) Tristeza o desgano, b) Pérdida del interés por actividades que gustan

habitualmente, c) Incremento o decremento del apetito, d) Problemas para dormir, se duerme mucho o se duerme poco, e) Movimientos lentos, se siente el cuerpo pesado, f) Apatía, fatiga y poca energía, g) Sentimientos de culpabilidad, impotencia e inutilidad, h) Problemas de concentración y dificultad para tomar decisiones, i) Idea de muerte y/o suicidio (Lara y cols., 1997).

Depresión: Trastorno del estado de ánimo constituido como cuadro clínico por cinco o más síntomas de depresión, presentes durante dos semanas o más, periodo en el que al menos haya dos de los siguientes: pérdida de interés en actividades que gustan y un ánimo notablemente depresivo (DSM-VI).

Familia: Es una unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo. Estas difieren de acuerdo con los parámetros de las diferencias culturales. Es la matriz del desarrollo psico-social de sus miembros. Es considerado como un sistema abierto en transformación, es decir que constantemente recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, y se adapta a diferentes demandas de las etapas de desarrollo que enfrenta (Minuchin, 1974).

Madre: Es la progenitora femenina de los hijos en el sistema familiar y cumple con los roles maternos de cuidado, responsabilidad y protección de los hijos.

Dinámica familiar: Son las reglas implícitas y explícitas que gobiernan y determinan la conducta de cada miembro de la familia y las interacciones entre ellos (Epstein y Bishop, 1973, citado en Epstein, Bishop, Baldwin, 1981).

Estructura familiar: La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia (Minuchin, 1974).

Funcionamiento familiar: Manera en la que se conceptualiza los conceptos de: dinámica y estructura familiar (Epstein y Bishop, 1973, citado en Epstein, Bishop, Baldwin, 1981).

Definición operacional

Síntomas de depresión: Se medirá a través de la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977). Es una escala de autoreporte que consta de 20 reactivos, sobre síntomas de depresión.

Funcionamiento familiar (dinámica y estructura familiar): Para medir esta dimensión, se tomará el modelo de Mac Master desarrollado por Epstein, Bishop y Levin (1978). Este modelo ha sido extensamente aplicado en una variedad de prácticas clínicas tanto psiquiátricas como familiares (Epstein, 1981). Este modelo se fundamenta en la aproximación sistémica, en donde la familia es vista como un sistema abierto que consta de sistemas dentro de otros sistemas.

Sujetos

Cuarenta familias: 20 familias con madres deprimidas y 20 familias con madres sin depresión. (Por confirmar lugar de elegibilidad de la muestra: Centro de Salud Mental de la Secretaría de Salud, al sur de la Ciudad de México).

Los criterios de ***inclusión*** que deberán cumplir las *familias con madre deprimida* serán:

1. Que el sub-sistema parental tenga al menos 3 años viviendo juntos y en el mismo domicilio
2. Que el sistema familiar esté en el ciclo vital de niños pequeños.
3. Que la familia esté constituida como una familia nuclear (padre, madre e hijo(s)) (Estrada, 1997)

4. Que la madre puntúe con 15 o más, en la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977).
5. Quiera participar en el estudio, con la firma de su consentimiento informado.

Los criterios de **exclusión** de las *familias con madre deprimida* serán:

1. Que la madre sea diagnosticada con depresión incapacitante o con comorbilidad diagnóstica.
2. Que en la familia exista otro familiar con depresión.
3. Que en la familia exista algún familiar con consumo de alcohol o drogas.
4. Que exista algún miembro de la familia con alguna enfermedad incapacitante (trastornos psiquiátricos o enfermedades físicas crónicas).
5. No quiera participar en el estudio, aunque cuente con los criterios de inclusión.

Los criterios de **inclusión** que deberán cumplir las *familias con madre sin depresión* serán:

1. Los primeros tres criterios de las familias de madres con depresión, además de puntuar 14 ó menos en la escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977)).

Los criterios de **exclusión** de las *familias con madre sin depresión* serán:

1. Los mismos que los de las familias de madres con depresión.

A quienes se detecte con depresión o alguna otra problemática que requiera tratamiento, y que no cubra los requisitos para el estudio; se les referirá al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, en caso de no poder ser atendidas en área de salud mental del mismo Centro de Salud.

Instrumentos

Entrevista de selección de la muestra: Para la selección se llevará a cabo una entrevista estructurada, que contenga variables sociodemográficas y el instrumento de depresión. Esta entrevista explorará las siguientes variables:

Edad, estado civil, años de relación, ocupación, número de hijos y su edad, quiénes viven en su casa, desde cuándo vive en el mismo domicilio. Si ella o algún miembro de su familia nuclear: padece de alguna enfermedad, si consume bebidas alcohólicas en exceso, si consume drogas e intento suicida.

Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Radloff, 1977), es un instrumento de autoreporte que consta de 20 reactivos. Las opciones de respuesta que se utilizarán serán: 0 = menos de 1 día, 1 = de 1 a dos días; 2 = de tres a cuatro y 3 = de cinco a siete días. La calificación va de mayor a menor intensidad de depresión, donde a mayor puntaje, mayor síntomas de depresión. En dónde 14 puntos o menos se calificará como sin sintomatología depresiva leve o moderada y 15 o más como sintomatología depresiva mayor.

Funcionamiento Familiar: Para evaluar a la familia se empleará el modelo de funcionamiento familiar de Mac Master, haciendo dos entrevistas abiertas, para explorar las diversas áreas del instrumento (Epstein, 1981). Este modelo evalúa desde una perspectiva sistémica, la estructura, organización y pautas de interrelación en las familias.

Está basado en cinco supuestos básicos: 1.- Todos los miembros de la familia están interrelacionados, 2.- Cada miembro, no puede ser entendido en forma aislada del resto de la familia, 3.- El funcionamiento familiar no puede ser totalmente comprendido por cada una de sus partes por separado, 4.- La estructura familiar y su organización determina el comportamiento de los miembros de la familia, 5.- Los patrones transaccionales del sistema dan forma a la conducta de los miembros de la familia.

Las dimensiones de funcionamiento que evalúa este modelo, son seis. Cada una de las dimensiones esta definida por rangos, desde lo más inefectivo, a lo más efectivo.

1ra. Dimensión: *Solución de Problemas:* descrita en una secuencia de siete pasos: Evaluado como más eficaz cuando se llevan a cabo las siete etapas y menos eficaz cuando las familias se detienen antes del primer paso.

- I. Identificación del problema
- II. Comunicación del problema a la persona adecuada
- III. Desarrollo de alternativas de acción

- IV. Decisión sobre alguna alternativa
- V. Acción
- VI. Monitoreo de la acción
- VII. Evaluación del éxito alcanzado.

2da Dimensión: Comunicación: Entendida como el conjunto de mensajes verbales y no verbales a través de los cuales, la gente se relaciona con los demás. Evaluándose como funcional el nivel I y como más disfuncional el nivel IV.

- I. Clara y directa
- II. Clara e indirecta
- III. Enmascarada y directa
- IV. Enmascarada e indirecta

3ra Dimensión: Roles: definidos como los patrones de comportamiento repetitivos con los que los miembros familiares, cubren sus funciones en la familia. Evaluándose como más efectiva cuando las funciones familiares tiene una distribución clara y la responsabilidad está establecida en los individuos y son compartidas. Y menos efectiva cuando las funciones familiares no son distribuidas o no se mantiene la distribución y la responsabilidad y existe sobre carga en algunos miembros.

- Provisión de recursos: dinero, alimento, vestido.
- Crianza y sustento: comodidad, calor afectivo, crianza de los hijos.
- Graficación sexual adulta: atracción y satisfacción por la pareja
- Desarrollo personal: Apoyo de los miembros de la familia para desarrollar habilidades y superación personal.
- Mantenimiento y manejo del sistema familiar: guía para tomar decisiones mayores.

4ta Dimensión: Respuestas Afectivas: respuestas a un estímulo con sentimientos adecuados en cantidad (desde ausencia a exceso) y calidad (congruencia con el estímulo y contexto). Se considera más eficaz cuando el rango total de respuestas es la calidad y cantidad apropiado al estímulo que lo provoca. Se divide en dos agrupamientos:

- I. Emociones de bienestar: cariño, calor, apoyo, etc.

II. Emociones de emergencia: miedo, enojo, tristeza, etc.

5ta Dimensión: Involucramiento Afectivo: Respuestas afectivas: medio por el cual la familia muestra interés. Cantidad de interés demostrado entre los miembros de la familia. Evaluando como más eficaz cuando el rango total de respuestas es la cantidad y calidad apropiada al estímulo que los provoca y se encuentra en el nivel IV.

- I. Ausencia de involucramiento
- II. Involucramiento exento de sentimiento
- III. Involucramiento narcisista
- IV. Involucramiento empático
- V. Sobreinvolucramiento
- VI. Involucramiento simbiótico.

6ta Dimensión: Control de conducta: Patrón que una familia adopta para manejar el comportamiento en tres áreas: Situaciones de peligro, expresión y conocimiento de necesidades psicobiológicas (dormir, beber, sexo, agresión, etc.), manejo y conductas de socialización interpersonal (dentro y fuera de la familia). Es considerado como comportamiento más eficaz, el flexible y menos eficaz, el caótico.

Estilos de control:

- I. Rígido
- II. Flexible
- III. Laissez-Faire (permisible)
- IV. Caótico

PROCEDIMIENTO

Se aplicará entrevista de “selección de la muestra” (variables sociodemográficas e instrumento de depresión) haciendo una invitación a las mujeres, y así, seleccionar a quienes cumplan con los criterios de inclusión. Este procedimiento se llevará a cabo hasta cumplir con la cuota establecida. Posteriormente, se aplicará la entrevista del modelo Mac Master de manera individual. La aplicación se realizará dentro de las instalaciones de un Centro de Salud.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se pretende hacer el análisis cualitativo en el paquete estadístico SPSS versión 10, haciendo uso de la estadística descriptiva con medias, desviaciones, frecuencias; y con estadística inferencial univariada obteniendo comparaciones y relaciones con prueba X^2 , t de Student, correlaciones y Análisis de Varianza Múltiple (MANOVA).

Investigación documental sobre una técnica de metodología cualitativa

En la materia de investigación cualitativa se planteó realizar un material de apoyo sobre métodos cualitativos que tomaría la forma de un libro de difusión, razón por la cual cada integrante de la segunda generación, desarrolló un capítulo haciendo una *investigación bibliográfica* sobre una técnica de investigación cualitativa, que formaría parte de dicho libro. Este proyecto no se llevó a cabo como se tenía planeado y los capítulos quedaron desarrollados de manera independiente.

El tema que yo investigué fue sobre grupos focales, del cual anexo un resumen.

GRUPOS FOCALES

Los grupos focales requieren de procesos de interacción, discusión y elaboración de acuerdos, dentro del grupo, acerca de temáticas que son propuestas por el investigador. Por lo tanto el punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente y las conclusiones, producto de la interacción y elaboración de acuerdos entre los participantes (Kreuger, 1988).

Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (socio-cultural), entonces el investigador debe dar prioridad a la comprensión de esos contextos comunicativos y a sus diferentes modalidades. Esta modalidad de entrevista, es grupal, abierta y estructurada, generalmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas - preguntas asociadas a algunos antecedentes que orientan la dirección de

la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación. En este sentido, se diferencia de una conversación coloquial porque el investigador plantea, previamente las temáticas y, si es el caso, el tópico no se da por agotado retornando nuevamente una y otra vez, ya que interesa captar en profundidad los diversos puntos de vista sobre el asunto discutido (Morgan, 1997).

El desarrollo del grupo focal se inicia desde el momento mismo que se elabora un guión de preguntas relacionadas al tema o diferentes guías, según las condiciones y experiencias personales de los entrevistados; de esta manera se puede tener la posibilidad de efectuar una exploración sistemática aunque no cerrada. Las temáticas deben formularse en un lenguaje accesible al grupo de entrevistados y el orden o énfasis en las mismas pueden alterarse según la personas, las circunstancias y el contexto cultural. Si bien la estructuración de una entrevista puede variar, el investigador debe tener una posición activa; debe estar alerta y perceptivo a la situación (Merton y Kendall, 1996).

La modalidad de elaborar una información es conocida como técnica de grupos focales, entre sus grandes logros permite una aproximación y discusión relativamente rápida y multidimensional de una temática. Por lo regular, un moderador conduce la discusión, mientras que otro generalmente hace el papel de "relator" tomando atenta nota del comportamiento global del grupo, en términos de reacciones, actitudes, formas de comunicación no verbal, etc. En este caso, es posible que en el diálogo se teja una nueva versión que pueda contrastar con la que individualmente se presentaría al investigador.

El principal propósito de esta técnica en la investigación social, es lograr una información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias que no serian posibles de obtener, con suficiente profundidad, mediante otras técnicas tradicionales tales como por ejemplo la observación, la entrevista personal o la encuesta social (Galindo, 1998).

Según Kitzinger (1995), los grupos focales pueden ser usados en las etapas preliminares o exploratorias de un estudio, también son de gran utilidad para evaluar, desarrollar o complementar un aspecto específico de dicho estudio o también cuando se ha finalizado para evaluar su impacto o para producir nuevas líneas de investigación. Ellos

pueden ser usados como una técnica específica de recolección de información o como complemento de otras, especialmente en las técnicas de triangulación y validación.

Ibáñez (1992), menciona ventajas y desventajas de esta técnica. La principal ventaja de la investigación a través de los grupos focales es la de obtener una descripción global de los conocimientos, actitudes y comportamientos sociales de un colectivo social y la forma en que cada individuo es influenciado por otro en una situación de grupo. Otras ventajas son: a) permite analizar y seleccionar la información de una manera tal que ayuda a los investigadores a encontrar cual es el asunto importante y cual no lo es, cuál es el discurso real y cual el ideal, b) es de gran ayuda en la fase exploratoria de generación de hipótesis en un estudio de mayor envergadura.

Aunque la técnica de los grupos focales tiene muchas ventajas, también tiene sus grandes limitaciones. Unas pueden ser evitadas mediante un cuidadoso trabajo de planificación y un habilidoso moderador, sin embargo, otras son inevitables y propias de esta técnica como las que se mencionan a continuación: a) es limitada en términos de su capacidad para generar resultados representativos, principalmente porque el número de participantes es relativamente pequeño y no representativo, b) el moderador en el grupo de discusión, tiene menos control sobre la validez y confiabilidad de las conclusiones producidas que en otras técnicas de recolección de información, c) es de difícil planificación en lo que respecta a el manejo del tiempo en el desarrollo de los tópicos a tratar y el logro de acuerdos o conclusiones colectivas representativas. Generalmente, las apreciaciones, opiniones y comportamientos sociales colectivos tienden a diferir de los individuales, es decir, surgen conflictos cuando se pretende identificar, diferenciar o especificar los puntos de vista individuales de los puntos de vista colectivos.

Otra desventaja notoria está asociada con la organización y manejo de los grupos focales: El papel del coordinador o del moderador es esencial en esta técnica, pero lo que parece ser una ventaja en estos casos puede convertirse en una desventaja en otros, debido al gran peso que tiene su capacidad de liderazgo y de comunicación para coordinar y moderar exitosamente el accionar un grupo focal.

Características

Las características del grupo focal que Ibáñez (1992), Galindo (1998), Kitzinger (1994) y otros autores mencionan, son las que se citan a continuación:

- **Objetivos:** Búsqueda de consensos, diseños, develar deseos, necesidades, creencias, conocer la información preconcebida en la mente del individuo que contrasta con la de los demás. Como primer paso, se requiere de una definición específica de los objetivos del estudio, para que desde allí, se planteen: un guión de desarrollo del taller y la guía de temáticas: preguntas a desarrollar en el taller.
- **Guía de temáticas-preguntas:** Cuando se está organizando la guía de discusión en el grupo focal hay que tener en cuenta varias consideraciones básicas: ¿Cuáles son las dimensiones del estudio? ¿Qué preguntas serán hechas?, ¿Quién participará?, y ¿Quién conducirá las sesiones?. La guía de la discusión contiene las temáticas: preguntas que serán presentadas a los participantes durante las sesiones de discusión. No más de cinco o seis temáticas: las preguntas se deben utilizar para el trabajo en grupo.

Hay dos elementos que deben ser considerados al bosquejar la guía. Primero, es necesario no olvidar quienes son sus invitados y qué tipo de información se desea obtener. Segundo, se recomienda, a partir de una lluvia de ideas, diseñar una matriz de dimensiones – temáticas – preguntas potenciales y proceder a seleccionar las definitivas a partir de una prueba piloto preliminar. Una vez que se tiene una lista de preguntas, se debe evaluar la concordancia de ellas con los objetivos del estudio otra vez. ¿Cuáles no se deben aplicar? ¿Cuáles son realmente importantes? .

- **Procedimiento:** Se recomienda diseñar un plan operativo estandarizado que abarque todas las posibles etapas del taller. Esto tiene muchas ventajas desde el punto de vista funcional, por ejemplo, asegura que cada grupo focal se desarrollará con idéntica metodología haciendo los resultados más confiables. Además, este guión le ayudará al moderador o coordinador a manejar el problema del tiempo y especialmente si él es externo al proceso (un moderador profesional). Es condición necesaria que el moderador deba crear un ambiente de comunicación entre los participantes que permita a los participantes hablar entre sí, hacer preguntas, expresar dudas y opiniones, el problema es como lograr, pese al limitado control sobre la interacción, mantener el hilo conductor sobre la temática y que la elaboración conceptual y operativa no sea

desbordada por factores ideológicos, políticos o existenciales a los participantes interesados en la temática.

- **Moderador:** Es la persona que dirige la sesión, no participa en la discusión, trabaja en ella, en donde ve y escucha todo. Participa también en el diseño y análisis del discurso. Dentro de la sesión grupal no controla la palabra, solo propone los temas que se discutirán. Tiene una propuesta inicial y después se proponen o retoman temas e ideas que interesan explorarse. Convoca, provoca el tema de discusión, asigna el espacio y limita el tiempo. Debe ocuparse no solo de mantener a los miembros del grupo atentos y concentrados, sino también mantener el hilo central de la discusión, y cerciorarse que cada participante participe activamente.

El rol del moderador es vital en el trabajo de taller y no solo requiere tener habilidades de comunicación sino también ciertas cualidades personales tales como, saber escuchar, tener capacidad de adaptación y sentido común, todo lo anterior facilitará un diálogo abierto y confidente al interior del grupo.

- **Tamaño del grupo:** El número de participantes por la sesión está determinado por el número potencial de participantes, se propone de cuatro a diez participantes, que ayuda a que no se saturen los canales de comunicación. Hay que establecer una población de participantes potenciales. Una estrategia es realizar un sondeo sobre posibles participantes. Existen varias ventajas al conformar estos grupos potenciales, por medio de un sondeo exploratorio. Este proveerá información general sobre los encuestados lo que permitirá una mejor selección y un conocimiento sobre disposición a colaborar o a participar. Esta metodología ayuda ahorrar mucho tiempo en la selección final, ya que a priori se sabrá si la gente esta disponible o no.
- **Tiempo:** Se recomienda no más de hora y media, para mantener la atención y un rendimiento homogéneo en los participantes. Es conveniente advertir el tiempo de duración para cuando se acerque el tiempo límite, el grupo logre un consenso.
- **Territorio:** Con respecto al lugar de reunión se recomiendan sitios o lugares "neutrales" que no sean asociados con los promotores ni con los sujetos.
- **Equipos de audiovisuales:** El equipo de investigación debe determinar cuales son más apropiados para facilitar la sesión de trabajo. Esto definirá si se requiere de grabadora, videocinta, o simplemente a las notas de la relatorías. Generalmente, las sesiones de discusión son grabadas. Grabar permite que el equipo de investigación, recupere

fácilmente los aportes más importantes y los comentarios que fueron hechos durante la discusión.

- Descripción del desarrollo: Las relaciones en estos grupos son asimétricas y simétricas. Al inicio el silencio del moderador pesa, el grupo espera a que se le diga que es lo que debe decir. El moderador debe participar lo menos posible en la discusión. El grupo debe poco a poco tratar de ponerse de acuerdo entre ellos. Cada participante tratará que su posición se refleje en el grupo. Lo que dinamiza la comunicación son los terceros que entran a romper los consensos en distintos momentos de la sesión.

Sobre el método de análisis, Lederman (1990), menciona su aproximación analítica para el análisis de los datos que incluye los siguientes pasos: 1) Codificar los datos en categorías predeterminadas, 2) desarrollar categorías basadas en los datos y luego codificar los datos, 3) usar los datos como base para las afirmaciones resumidas que capten las ideas principales del entrevistado, 4) interpretar los datos a través de una técnica de análisis intensiva.

Es importante resaltar que al emplear cualquiera de los procedimientos anteriores, el investigador deberá usar las notas de los participantes para sustentar las categorías, ideas principales y los temas elegidos.

En síntesis, la investigación social que se apoya en la técnica de grupos focales, requiere de la implementación de una metodología de talleres o reuniones con un grupo escogido de individuos con el objetivo de recabar información acerca de sus puntos de vista y experiencias sobre hechos, expectativas y conocimientos de un tema. Es un grupo de discusión teóricamente artificial que empieza y termina con la conversación sostenida o con la reunión. Estos grupos no existen ni antes ni después de la discusión. Su existencia se reduce a la situación objeto del estudio. Su dinámica, en ese sentido, se orienta a producir algo y existe por y para ese objetivo.

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

Descripción de habilidades de enseñanza y difusión

Las habilidades adquiridas y aplicadas en esta área fueron experiencias que enriquecieron en gran medida mi formación profesional, algunas de ellas sirvieron para: identificar determinados problemas prioritarios del subsistema parental en el proceso de educación de los hijos, diseñar un taller psico-educativo como proyecto de apoyo a la resolución y prevención de estos problemas en el seno familiar, elaborar material temático con búsquedas bibliográficas y la aplicación de este taller, que se llevó a cabo retomando técnicas de diferentes modelos de terapia familiar, técnicas de manejo grupal, aspectos éticos de la práctica profesional, etc.; logrando finalmente realizar un trabajo integral aplicando muchas de las habilidades adquiridas durante la formación en la maestría.

Programa de intervención en la comunidad: "Taller para padres"

Dentro de los problemas más recurrentes en lo que se refiere a las relaciones de padres e hijos, se encuentran las dificultades para manejar y ejercer satisfactoriamente la jerarquía paternal.

Ante la recurrencia de esta problemática y la utilidad de las técnicas de terapia familiar, se justifica una intervención para padres, que no requieran de un proceso terapéutico y que al mismo tiempo pueda representar una experiencia vivencial que promueva la acción y no solo la escucha pasiva de pláticas dictadas por un profesional. La modalidad de taller se ajusta de manera satisfactoria para trabajar de manera preventiva o en una atención primaria en las relaciones entre padres e hijos.

El objetivo principal del taller fue promover la modificación del funcionamiento familiar, en aquellas áreas que los padres, generalmente, consideran necesarias a ser modificadas; por tal motivo el sustento teórico del presente taller está basado en la teoría sistémica familiar, el modelo de McMaster del funcionamiento familiar (1969), el modelo estructural de terapia familiar (Minuchin, 1984), la técnica de externalización del modelo narrativo (White, 1993) y algunas intervenciones de terapia breve.

Debido a la diversidad de problemáticas e intereses de los padres en la relación con sus hijos, fue preciso seleccionar cuidadosamente aquellas que representaran significativamente las problemáticas más comunes; para lo cual, se solicitó una cita con la directora de la escuela donde se aplicó el taller, y se conversó sobre los problemas más frecuentes que los papás le mencionaban en la educación con sus hijos. Finalmente, los temas considerados como fundamentales a trabajar en el taller, fueron:

1. Establecimiento de límites.
2. Ayudándolos a la solución de sus problemas.
3. Manejo del enojo sin violencia.
4. Aplicación de los temas anteriores, en la relación de pareja.

El objetivo del cuarto tema fue lograr una reflexión teniendo como antecedente los tres temas anteriores, para generalizar los conocimientos adquiridos, en la relación de pareja y demás relaciones interpersonales, además de que lograran observar de manera sistémica, la repercusión que podía tener esto, en su relación con los hijos.

Se hizo una investigación bibliográfica para elaborar materiales de apoyo sobre los tres primeros temas. Se eligieron modelos y técnicas terapéuticas con el objetivo de adaptar lo necesario para llevar a cabo las dinámicas y el manejo teórico de cada sesión.

La duración del taller fue de 12 horas, se llevó a cabo en cuatro sesiones de tres horas cada una, una por semana. Horario vespertino. El lugar de aplicación fue un Jardín de niños particular, al sur de la Ciudad de México. No tuvo ningún costo la asistencia al curso y el material fue proporcionado por los facilitadores.

Acudieron 19 padres de familia, hubo 5 faltas durante las cuatro sesiones, por razones de trabajo. El 79% eran madres de familia y 21% papás. Su rango de edad fue entre 25 y 42 años. Respecto al estado civil: 64% casados, 22% divorciadas o separadas y 14% solteras. En tanto al número de hijos la mayoría tenía un hijo (43%), 36% dos y el 21% tres. La mayor proporción estudió hasta licenciatura (64%), seguida de estudios de posgrado (22%) y la minoría estudios de preparatoria o carrera técnica (14%).

El 46% eran empleados, 38% trabajaba por su cuenta, 16% eran amas de casa. El promedio de horas que dedicaban a la semana a su trabajo era de 38 horas (D.S.= 8). No se

tomaron en cuenta las horas de trabajo de las amas de casa, dado que ellas no lo reportaron, solo un padre lo consideró.

En seguida se describe brevemente la estructura de trabajo en cada sesión.

SESION 1: Establecimiento de límites

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con seguros para los nombres, hojas blancas y crayolas, material de apoyo: “Establecimiento de límites”.

Presentación y encuadre: Presentación, explicación del objetivo del taller, temas y su finalidad, establecimiento de las reglas de trabajo en las sesiones, expectativas del taller y presentación de los asistentes.

Actividad: “El dibujo de mi familia”. Objetivo; romper el hielo e introducirlos al tema central: la familia; al mismo tiempo a manera de presentación familiar, los participantes conocieron las diversas conformaciones familiares de los propios participantes.

Exposición de tema: teniendo como guía el material de apoyo previamente elaborado: “Establecimiento de límites”. A manera de preguntas se encaminó hacia el tema central, promoviendo la reflexión y comentarios conforme el desarrollo del contenido.

Los aspectos centrales de la exposición fueron: castigos sin culpa, manejo adecuado de recompensas, identificación de límites: claros, rígidos y difusos, implicaciones en los hijos por el nuevo establecimiento de límites. Se hizo la definición de límites como un acto de amor y responsabilidad que respeta la integridad y necesidades básicas del niño: emocionales, psicológicas y nutricionales. Se mencionaron sus características, la diferencia entre ser y mostrarse, la importancia que tiene el diálogo como apertura del canal de comunicación y acercamiento, la dosificación de las diferentes recompensas y castigos, la perseverancia, la congruencia, la importancia de salvaguardar la integridad emocional y el no condicionamiento del amor en las reprimendas, el aprendizaje de consecuencias, etc.

Recapitulación y cierre. Finalmente, se retomaron las partes esenciales de lo expuesto, se les dio el mensaje de que “poco a poco” intentarán incluir en su estilo de vida

lo que creyeran conveniente de la sesión, evidenciado la dificultad que tenía hacer esto y sobre todo respetando sus tiempos y propios valores familiares.

SESION 2: Ayudándolos a solucionar sus problemas

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con seguros con los nombres, material de apoyo elaborado previamente: “Ayudándolos a solucionar sus problemas”.

Comentarios de la sesión anterior: Se exploran las dudas y se hicieron comentarios de lo que pudieron aplicar de lo visto en la sesión anterior. Así como las dificultades con las que se encontraron para hacerlo.

Exposición de tema: material de apoyo elaborado: “Ayudándolos a solucionar sus problemas”: con la misma dinámica de exposición. El tema tuvo énfasis en la utilización de ilusión de alternativas, el desarrollo de la capacidad para ejercitar los ensayos y errores en las actividades cotidianas y el acompañamiento de los padres independientemente del éxito o fracaso, la normalización de la imposibilidad de realizar estos ensayos en todo momento o “tomar el camino fácil” cuando los tiempos apremian y los beneficios a futuro por la autonomía en la educación hacia la solución de problemas.

Rescapitulación y cierre: Se validaron los sentimientos que acompañaron a estas experiencias, se normalizó, validó y se trabajó con la connotación positiva. Se hizo prescripción de recaídas en el establecimiento del nuevo estilo de relación que están por intentar con sus hijos, así mismo se mencionó la importancia de no apresurarse y que los cambios se den poco a poco, se les invitó a poner en práctica lo aprendido en estas dos sesiones.

SESION 3: Manejando tus enojos sin violencia

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con seguros con los nombres, hojas de rotafolio blancas, crayolas, recordatorio, material de apoyo elaborado: “Manejando tus enojos sin violencia”.

Comentarios de la sesión anterior: Dudas que se pudieron haber generado y comentarios de lo que pusieron en práctica, de lo aprendido en las sesiones anteriores.

Actividades: “Dinámica de externalización del enojo y un dibujo”. El objetivo principal fue que papás y mamás, observaran su enojo y dejaran de verse como parte de él.

Material: Hojas blancas y crayolas.

Desarrollo: Se llevó a cabo la externalización del enojo y sus “acompañantes” mediante una inducción imaginaria, representándolos mentalmente para posteriormente plasmar en un dibujo lo que habían evocado.

Exposición de tema: con el material de apoyo elaborado: “Manejando tus enojos sin violencia”, se expuso con la misma dinámica.

Se habló sobre el manejo del enojo con énfasis en lo siguiente: ejecución típica y personal del enojo, distinción entre característica de rasgo o situacional, así como la identificación y nombramiento de las emociones que acompañan al enojo. Se hizo diferencias entre eventos de agresión y características de la violencia intrafamiliar. Se revisó el manejo de los enojos: cómo identificarlos, dirigirlos, expresarlos y controlarlos.

Recapitulación y cierre: A manera de cierre se comentó la importancia de aceptar y expresar adecuadamente el enojo, modelando a los hijos la expresión y su manejo. Normalizando que existe el enojo y la necesidad en su expresión, pero con un manejo adecuado de las emociones, para no lastimar a los demás.

Finalmente, se entregó un mensaje escrito a manera de recordatorio, haciendo una integración de los tres temas trabajados:

“El establecimiento adecuado de límites abre el canal de comunicación en las relaciones, facilitando la solución de problemas, lo que genera un ambiente propicio para el reconocimiento y expresión de las emociones, incluyendo el enojo”.

SESIÓN 4: Integración de temas en la relación de pareja

Material: Lista de asistentes, gafetes de fomi con los nombres, cuestionario: escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar (Olson, 1991; adaptado a población

mexicana por Torres, Navarro y Aguilar. S/P), formatos de evaluación del taller y reconocimientos escritos de participación a los asistentes.

Comentarios de la sesión anterior: Se retoman dudas y comentarios respecto a la sesión anterior.

Actividad: Aplicación del cuestionario. El objetivo de esta actividad fue propiciar la reflexión en la relación de pareja a partir de sus respuestas al cuestionario, con el fin de generalizar los conocimientos adquiridos, en su relación de pareja y demás relaciones interpersonales. Esta actividad los llevó a muchos, a la reflexión de su relación y a solicitar atención para ellos.

Contención y justificación: Se habló de la utilidad de los temas revisados en el taller y se evidenció que no se limitan a la relación con los hijos, y que identificaran que podían aplicar a su relación de pareja para que se encontraran más satisfechos. Pues su estado de ánimo, a su vez influía en la relación con los hijos.

Evaluación del taller: Los participantes evaluaron el contenido y el desempeño de los facilitadores mediante el formato que se les entregó, con la finalidad de hacer las correcciones necesarias al taller, para aplicaciones posteriores.

Algunas de los resultados al respecto fueron: que les fue de mucha utilidad y beneficio el taller, que les faltó tiempo para expresar cosas y para hablar de los temas expuestos, solicitaron que éstos talleres se llevaran de manera permanente y solicitaron más temas: relación de pareja, autoestima, madres solteras, entre otros.

Cierre del taller: Con el propósito de incentivar a los padres de familia se llevó a una reflexión sobre la viabilidad de integrar los temas de establecimiento de límites, solución de problemas y manejo del enojo sin violencia, a la situación particular de la relación de pareja y demás relaciones interpersonales, para que a su vez repercutieran en un beneficio recursivo, a nivel familiar.

Se hizo entrega de reconocimientos de participación a los padres asistentes. Se validó y reconoció su esfuerzo e interés y finalmente se les invitó a poner en práctica lo

aprendido, reiterando la prescripción de las recaídas y que los cambios que perduran son los que se hacen poco a poco.

Algunos padres de familia, solicitaron atención individual, la cual se les proporcionó, en citas posteriores.

Cabe hacer mención que lo anteriormente expuso solo es un resumen del taller, sin embargo se elaboró un manual descriptivo de trabajo y de los resultados obtenidos.

Productos tecnológicos

Se llevaron a cabo exposiciones en comunidades, así como la traducción de un libro que fue expuesto en seminarios de la Residencia.

Depresión

Con una invitación previa para celebrar las Jornadas de Salud en la Mujer, en el Instituto Nacional de la Mujer, impartí cuatro conferencias sobre depresión (30 y 31 de mayo de 2002, 30 de mayo 2003 y 26 de mayo 2004).

Esta ponencia fue dirigida a mujeres en público en general que asistían a las instalaciones de dicho Instituto. Los objetivos fueron sensibilizarlas a reconocer los síntomas, solicitar ayuda en caso de ser necesario y crear redes sociales de apoyo.

Se habló de la diferencia entre tristeza, síntomas de depresión y depresión clínica, la importancia que tiene esta enfermedad por la discapacidad que llega a provocar, su alta prevalencia y diferencia entre hombres y mujeres (5.2% y 10%, respectivamente), que comprendieran a esta enfermedad como resultado de múltiples causas, en la cual intervienen diversas situaciones y experiencias de vida; pudiendo detonarse, al vivir una situación lo suficientemente persistente combinada con la vulnerabilidad individual, o con la conjunción de varias situaciones que pueden llevar a un proceso de depresión.

Algunas de las muchas situaciones de las que se hizo referencia en estas conferencias fueron: causas *biológicas*: vulnerabilidad heredada, cambios bioquímicos, medicamentos, etc; *la historia infantil*: relación con padres, pérdida de figuras significativas, experiencias de violencia, interacción familiar, etc; *los acontecimientos de vida*: separaciones, cambios,

falta de apoyo social, enfermedades, problemas con los hijos, con la pareja, etc; *condición de género*: educación y cultura, la sobre carga, maternidad, ser únicas cuidadoras, la doble jornada, culpa por sentir que no se cumplen expectativas culturales; y *factores sociales*: economía, estrés, pobreza, migración, etc.

El cliente como factor del cambio

Durante el tercer semestre de la segunda generación con la guía de la Dra. MariBlanca Moztezuma, el grupo hizo la exposición de cada capítulo y traducción del libro *The Heart and soul of change* (Hubble, Duncan, y Miller, 2000).

El capítulo, que me fue asignado, hace hincapié en la importancia que tiene el paciente en el proceso terapéutico, se menciona que los clientes utilizan y acomodan las técnicas a sus condiciones específicas, y que lo más importante de la efectividad de la terapia, es la forma en que cada paciente utiliza los métodos, más que los métodos en sí mismos.

Los terapeutas proveen las condiciones para que se propicie el cambio. Sin embargo, el cliente es el común denominador de cambio en el proceso terapéutico. Y al ser importante la participación del cliente, la motivación juega un papel muy importante dentro de los resultados de la terapia. El cambio suele ser paso a paso, y se necesita estar probando nuevas conductas, modificándolas y cambiándolas. Rara vez un problema es solucionado a la primera, la solución es un proceso de aproximaciones sucesivas. Se tienen nuevas decisiones, nuevas metas, nuevas estrategias que se ponen en práctica.

Algunos individuos, van a terapia por que no cuentan con las herramientas necesarias para resolver su conflicto, su medio no les proporciona experiencias de las que puedan aprender y les ayuden a la resolución de sus problemas. Es así, como se vuelve necesario tomar alguna distancia y perspectiva, lo que es difícil hacer en la vida cotidiana y por eso necesitan de un espacio para poder hacerlo. El cliente no cuenta con una persona que realmente lo escuche y que piense con él, por lo general las personas que le rodean son muy críticas y hacen conclusiones de forma prematura.

Por tal motivo, para el paciente los factores específicos del terapeuta son muy importantes, tener a alguien que escucha y entiende los problemas y ayuda a la comprensión de ellos, que utilice técnicas terapéuticas con ética y profesionalismo.

Foros académicos y actividades profesionales extra-escolares durante el periodo de la maestría

Como parte del desarrollo personal y profesional, durante el periodo 2002- 2004, y de manera paralela a la curricula de esta maestría, participé en actividades de investigación, intervención y difusión científica, sobre el tema de depresión en la mujer, que se lleva a cabo en el Instituto Nacional de Psiquiatría: Ramón de la Fuente Muñiz, bajo la responsabilidad de la doctora Ma. Asunción Lara. Esta participación tuvo productos, algunos de ellos, se presentan a continuación.

Publicaciones en Revistas Científicas:

Lara, A., Navarro, C., Mondragón, L., Rubí, A. y Lara C. (2002). Validez y confiabilidad del MHI-5 para evaluar la depresión de mujeres en el primer nivel de atención. *Revista de Salud Mental*, 25 (6): 13-20.

Lara, A., Navarro, C., Mondragón, L., Rubí, A., y Navarrete, L. (2004). Influencia de los sucesos vitales y el apoyo social en una intervención psicoeducativa para mujeres con depresión. *Salud Pública*, 46 (5): 378-387.

Ponente en Congresos Nacionales:

Navarro, C. y Lara, A. Atención a la depresión de las mujeres desde una perspectiva de género. Primer Congreso de Psicología. Instituto Politécnico Nacional. México, D.F. Mayo 22, 2002.

Navarro, C. y Lara, A. Sucesos de violencia en mujeres que solicitan atención en sintomatología depresiva. II Congreso Internacional de Salud Mental Militar. Relación entre violencia y Salud Mental en diversos contextos sociales. Hospital Central Militar. México D. F. Septiembre 11, 2003.

Ponente en Congresos Internacionales:

Lara, A., Navarro, C., Mondragón L. y Rubí A. A Psychoeducational intervention for depressed women: An exploratory qualitative analysis of the process. Society for the exploration of psychotherapy integration XVIII anual conference. San Francisco California, E.U., 3-5 de mayo de 2002.

Lara, A., Navarro, C. y Navarrete, L. Depression in women could be prevented by preventing sexual abuse in childhood and adolescence. 12th. Annual Meeting Society for Prevention Research. Québec, Canadá. Mayo 25-28, 2004.

Conducción en conferencia y taller:

Navarro C. Curso: La depresión en el adulto. Impartida en la Zona Escolar No. 225 Esc. 31-1479-225-30-X-021 “Vasco de Quiroga” de la Secretaría de Educación Pública (SEP). El 19 de junio de 2002.

Lara, A., Acevedo, M., Luna, S. y Navarro, C. Curso: Capacitación para conducir talleres con base en el material educativo: ¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, como centro académico para la educación médica continúa. Del 12 al 26 de agosto de 2002.

Asistencia a Cursos:

Estructura y dinámica familiar. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Con duración de 20 horas, los días 2, 3 y 4 de diciembre de 2002. México DF.

Seminario sobre depresión, servicios de salud e intervenciones. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”. Marzo 24, abril 14 y 30, mayo 5 y 19, junio 2, 16 y 30 de 2004.

Esta experiencia profesional, en gran medida, ha enriquecido mi formación como terapeuta. He obtenido una visión de género, constituida por la condición social de la mujer, además de la práctica, por el trabajo de intervención que he realizado con mujeres con depresión.

Conocer en teoría y en práctica esta condición, me ha permitido trabajar con mayor sensibilidad y compromiso con las mujeres, sin embargo, uno de los más grandes aprendizajes en la residencia, fue practicar una visión integral de una problemática, tomando en consideración todo el sistema familiar y su contexto, para lograr un tratamiento sistémico.

Habilidades de compromiso y ética profesional

Descripción de habilidades de compromiso y ética profesional

Durante mi formación como terapeuta familiar desarrollé un mayor compromiso social, asimilando una nueva epistemología que ha favorecido mi práctica profesional y también personal, escuchando y respetando la diversidad de pensamientos. Fomenté una actitud de respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, equipo terapéutico y supervisores, evitando imponer mis ideas y aceptar y aprender de la diversidad. Gané seguridad en la práctica clínica, al trabajar apegada a lineamientos éticos que favorecieron mi actitud de respeto, confidencialidad, compromiso, sensibilidad con las necesidades de los usuarios, objetividad al trabajar con técnicas e intervenciones supervisadas por el equipo terapéutico. Y asumí la responsabilidad, no solo personal, sino profesional de solicitar terapia personal, reconociendo que después de adquirir los conocimientos teóricos, mi principal herramienta de trabajo, es mi persona.

Consideraciones éticas en la práctica profesional

La ética implica, la justicia en la vida colectiva y el bien común; la equidad en las interrelaciones humanas de intercambio; la concepción de la igualdad esencial de las personas; el reconocimiento a la dignidad humana; el respeto, el amor, la solidaridad, la generosidad, el desprendimiento, la reciprocidad, la honestidad, la lealtad, el respeto a los derechos humanos, etc. (Leñero, 2002).

La ética estudia el entorno de las normatividades morales en el tiempo y el espacio, sus autores, y los procesos de vigilancia social para su cumplimiento y reproducción. La ética no es atemporal, tiene sentido dentro de un tiempo, el cual permite desde esta definición, que actores sociales puedan modificarla en contextos específicos. De esta forma,

los principios éticos no son planteamientos universales, son puntos de encuentro de diferentes variantes morales. No obstante, la ética no tiene como objetivo elaborar códigos éticos y aplicarlos en todos los países, hacer eso sería no comprender la ética (Figuroa, 2003).

El Código Ético se conoce como un instrumento para garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos, y para ofrecer al psicólogo un apoyo, tanto en la toma de decisiones, como en los casos en los que se enfrente a dilemas éticos. Es por ello que la permanente evaluación y retroinformación de su aplicación, además del conocimiento de casos concretos de conflictos de naturaleza ética, servirán para mejorarlo y modificarlo continuamente, siempre con la finalidad de aumentar su eficacia.

García (2004), puntualiza los siguientes apartados que hablan de los valores éticos del psicólogo, tomando como base el código ético; hasta hoy vigente:

Capacidad profesional: El psicólogo y la psicóloga cuenta con preparación académica, actualización constante, experiencia profesional, actitudes, habilidades y destrezas necesarias, para prestar los servicios que ofrece y para reconocer por medio de sus capacidades de autoconocimiento y autocrítica sus alcances, limitaciones y áreas de competencia en su actividad profesional.

Competencia: El mantenimiento de altos niveles de competencia es una responsabilidad que comparten todos los psicólogos en el interés del público y de la profesión en general. Los psicólogos deben reconocer los linderos de su competencia y las limitaciones de sus técnicas. Sólo proporcionan servicios y sólo usan técnicas para los cuales están capacitados debido a su adiestramiento y experiencia. En aquellos campos en que aún no existen normas reconocidas, los psicólogos toman las precauciones necesarias para proteger el bienestar de sus clientes. Se mantienen al corriente de la información científica y profesional actual en relación con los servicios que prestan.

Confidencialidad: El Psicólogo y la psicóloga deben ser discretos, guardando y protegiendo la información que obtiene en sus relaciones profesionales, con el objeto de salvaguardar la integridad de la persona y la confianza depositada por el usuario. Si el psicólogo o la psicóloga requieren presentar sus experiencias con fines legales, académicos,

terapéuticos o de difusión de hallazgos, deben mantener el anonimato de sus consultantes u obtener la autorización explícita de los mismos.

Ecología: El psicólogo y la psicóloga buscan en su trabajo promover la relación armónica del sujeto con su medio ambiente; aprovechando de manera racional los recursos naturales y respetando en especial los espacios vitales de las personas y de las especies animales y vegetales.

Honestidad: se entiende como la capacidad para desempeñar y/o de dar a conocer con veracidad los resultados obtenidos, buscar su objetividad y ser claros en las metas pretendidas. El psicólogo y la psicóloga son sinceros y congruentes, sin anteponer intereses personales en su quehacer profesional y toman en cuenta las normas establecidas para esta profesión. Se mantendrá una relación honesta con cada usuario, sujeta a las restricciones profesionales razonables, no engañará a sus pacientes ni a sus familias, ni incurrirá en ningún tipo de fraude, engaño o coerción.

Justicia: la justicia es la promoción de la equidad que permite que cada varón y cada mujer obtengan lo que les corresponde.

Respeto: Entendido como la capacidad de reconocer, comprender y tolerar las diferencias individuales, sociales y culturales, evitando imponer las propias; así como promover y proteger el principio de la dignidad humana y los derechos universales del hombre, encaminados al bien común, a través de la escucha y la empatía que nos permiten aceptarnos a nosotros mismos y a los demás.

Responsabilidad: Significa asumir los compromisos adquiridos con uno mismo, con los demás, con la sociedad en general y con la profesión, así como el reconocer las consecuencias de nuestros actos y acciones; dando lo mejor de nosotros mismos para proporcionar la ayuda solicitada y cumplir con las tareas propias de la profesión (con: puntualidad, calidad, eficiencia y efectividad) promoviendo siempre la salud y el desarrollo integral de las personas.

Psicólogos y terapeutas, debemos tener presentes normas éticas en el ejercicio profesional; escuchar las demandas del paciente, considerar su particularidad y el problema a tratar. La ética no puede divorciarse de la técnica que implica aprender a escuchar, el

saber dosificar las intervenciones con palabras y silencios que hagan sentido y a través de estos sentidos modifiquen comportamientos y reestructuren sistemas de relación. *Esta fusión de la ética con la técnica... es un arte* (Leff, 2002).

En este orden de ideas; la elección de una modalidad terapéutica dependerá de las necesidades y características del paciente. Y no de manera inversa, forzando al paciente a que se adapte a un modelo terapéutico específico.

El trabajo en terapia es una experiencia de intimidad emocional, de entrar a la vida privada de la familia o la persona en consulta. Esta es la importancia de establecer desde el primer momento una base de respeto en el sistema implicado, para poder abordar cualquier problema por complejo que sea.

La actitud del terapeuta puede lograr, en gran medida, el éxito de su trabajo. Sin embargo, los terapeutas que ignoran su propia experiencia en el sistema terapéutico, pueden entorpecer significativamente su capacidad de maniobra. El terapeuta tiene el compromiso ético de conocerse y *reconocerse* a sí mismo, pues él mismo, es su principal herramienta de trabajo. El compromiso del terapeuta en aliviar el dolor de otros, debe iniciarse en el compromiso de aliviar en su proceso terapéutico, los propios.

Considerando el modelo constructivista podríamos decir que las reacciones subjetivas en la relación terapéutica están basadas en algunas construcciones de uno mismo y del otro. De ahí la importancia de que el terapeuta explore la naturaleza de la relación del rol que establece con su paciente y de la relación que el paciente establece con él.

Leitner (1995), habla de una distancia terapéutica óptima: estar suficientemente cerca del otro para vivenciar sus sentimientos y al mismo tiempo lo suficientemente distante para reconocer que son sentimientos del otro y no los del terapeuta. Cuando un terapeuta tiene una distancia óptima, el cliente puede crecer potencialmente, el terapeuta tiene acceso a los procesos centrales del paciente al poder “experimentar”...la experiencia del otro y actuar en la manera en que comunica la comprensión del dolor del otro (conexión), con un respeto profundo por su integridad, fuerza y capacidad para trascender su malestar (separación). Logrando así la combinación óptima de conexión y separación por parte del terapeuta en su relación de rol con el paciente.

Si el terapeuta no conecta su emoción con la experiencia del paciente, no se experimentará el proceso inherente a la relación terapéutica. Por otra parte, si existe una excesiva cercanía, se deja de validar la separación del paciente y se invalida al terapeuta y al trabajo terapéutico.

El asumir responsable y éticamente esta profesión es un trabajo en conjunto: la institución educativa que avala un título profesional o de posgrado, los funcionarios que acreditan los programas de estudios, los docentes, los supervisores clínicos y por supuesto los estudiantes con un compromiso de vida personal y laboral.

Es decir, los conocimientos académicos son muy importantes, pero también las motivaciones, expectativas y compromiso en la constante formación y responsabilidad en el desempeño profesional.

Competencias profesionales: Presentación de caso

Antecedentes temáticos para la presentación del caso

Para dar contexto a las problemáticas que la pareja atendida, compuesta por Armando y Jade mencionó durante el proceso, se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de tener un panorama general de estos temas.

La infidelidad y la desconfianza fueron los temas principales, sin embargo la violencia en la pareja, el dilema de separación; así como la insatisfacción de Jade y las quejas constantes que manifestaba en su relación, fueron temas recurrentes en la terapia.

Jade mencionó que había vivido violencia sexual en la infancia por un familiar. Esta situación no fue abordada en el proceso de esta terapia, ya que lo estaba empezando a trabajar en otro espacio. Sin embargo, dada la importancia de las posibles repercusiones en ella y con el fin de comprender más ampliamente lo que estaba viviendo, y lograr contextualizar esta vivencia con la problemática en la pareja, también se integró el tema, en este apartado.

La infidelidad

Las infidelidades son cada vez más comunes en el matrimonio. El 45% de las mujeres casadas y el 55% de los hombres casados han tenido una relación extramarital. Sin embargo es difícil tener una estadística precisa, ya que el tema por lo general se maneja en secreto. La infidelidad masculina empieza usualmente con un involucramiento sexual y el aspecto emocional se puede llegar a dar después. En las mujeres, el involucramiento emocional precede del sexual. El alto índice de relaciones extramatrimoniales refleja la tendencia de sustituir el compromiso, el apego y la ternura, por la auto exaltación, excitación y obtención de satisfacción inmediata (Rodríguez, 1994).

Salmerón (2006), menciona que en general, es mas tolerada la infidelidad masculina pues existen creencias que la sostienen tales como pensar al hombre más potente, con mayor necesidad sexual. He aquí una gran paradoja, pues se utiliza un argumento biológico para sostener un mito social, "el hombre debe ser": fuerte, racional, mujeriego, con más éxitos sociales públicos que privados y que se justifique su "sexualidad biológica". La

decencia del hombre no se altera por ser adúltero, al contrario, si mantiene a la amante hace alarde de su capacidad económica, sexual y social tradicional en cuanto al rol de macho. En algunas ocasiones, la infidelidad de los hombres ocurre dentro de un gran contexto de violencia familiar, en donde "el hombre fuerte" manipula a la "mujer débil" y una manera de hacerlo es mediante la vejación de que su compañera tiene poco valor y utiliza las aventuras extramaritales como una especie de derecho que el género le otorga; viviendo en un círculo vicioso, acrecentado por el aislamiento, dadas las ligas estrechas entre ambos.

Contrariamente, si la mujer es la infiel, son las mismas mujeres quienes atacan esta conducta, con comportamientos como la segregación y la denuncia al "pobre cónyuge engañado". Además que en las mujeres surge un autocastigo al ser infieles pues es contrario a la imagen pública de ser decentes. También es una manera de agredir pasivamente, de defenderse ante la devaluación de sus cónyuges pues para las mujeres es muy importante ser bellas y deseables a los ojos del otro.

Hay determinados momentos en la vida del matrimonio en que es mayor la probabilidad de infidelidad: Al inicio, que involucra intimidad y compromiso; después del nacimiento de un hijo, cuando la madre esta más enfocada a la maternidad; cuando los hijos se van (nido vacío) y la pareja ya no tenía planes conjuntos o cuando el cónyuge no llena expectativas y deseos (Rodríguez, 1994).

La infidelidad a pesar de ser "tan común" es un choque contra la integridad personal y contra los acuerdos de la pareja, la falta de honestidad con secretos y mentiras es vivida como traición.

Socialmente se piensa que la respuesta "sensata" es poner fin a la relación, si esto sucede en la pareja. Sin embargo, una vez que se descubre viene el choque emocional, el estallido de cólera, la humillación y la devaluación del sujeto engañado. Pero cuando la ruptura no aparece, se forman dobles mensajes: el infiel quien cae en el arrepentimiento primero se justifica y después exige que se le respete su tiempo y su libertad. Por su parte, el cónyuge engañado se vuelve suspicaz y anda tras cualquier pista que le asegure que la relación extramarital llegue al fin. Caen en un círculo vicioso pues aumenta su dependencia en la medida en que su conducta depende por entero de "descubrir la verdad", pero ésta nunca llega aunque haya enfrentamientos con el/la amante. Se compara con el/la amante en

físico, poder, dinero, inteligencia y muchas veces llega a identificar al amante mediante el teléfono, domicilio, trabajo, etc. Son devastadores los efectos que estas pesquizas producen en el engañado pues éste se sitúa de inmediato en un rol inferior. Los engañados, atraviesan situaciones inéditas como la duda entre lo prohibido, lo permitido, lo bueno y lo malo. No hay guías satisfactorias acerca del plan de acción, aunque continua existiendo una marcada dependencia psíquica y social hacia el otro. En hombres y en mujeres hay incertidumbre acerca del futuro, la economía, la posición social, etc. (Salmerón, 2006).

La venganza es el límite del camino para estas parejas, donde la desconfianza obviamente prevalece. Su objetivo central no es procurar el bien al compañero, sino por el contrario, castigarla por hechos reales o imaginarios presentes y pasados. Cuando estas parejas se concentran en la venganza, la rabia y el desamor marcan la pauta a seguir.

La infidelidad es uno de los tantos síntomas que enfrenta la pareja en crisis y no puede explicársele desde un punto de vista lineal. Las causas de la infidelidad es un tema sujeto a polémicas porque en él confluyen infinidad de valores, actitudes, roles, prejuicios, estereotipos culturales, tiempo compartido, necesidades compartidas, el plano sexual, el económico, desacuerdos, diferencias no acopladas, necesidades no satisfechas, problemas de comunicación, etc.

La función que la infidelidad puede tener en la pareja, es proteger su estabilidad, siendo un escape de los conflictos de la relación, constituyendo un medio con el cual se evita el enfrentamiento directo con la pareja sobre situaciones problemáticas; mientras que se satisfacen necesidades de comprensión, amor y escucha fuera del matrimonio. Por otra parte, hay situaciones en las que el cónyuge es quien, por rechazo y angustia, problemas sexuales, miedos o situaciones de la propia historia, etc., estimula abierta o encubiertamente a su pareja para que tenga relaciones extramaritales (Salmerón, 2006).

Contrariamente a lo que se piensa, comúnmente la infidelidad no es causa de la ruptura de la pareja. Independientemente de que el cónyuge "engañado" se entere o no, y sin perder de vista que la confesión suele llevar gran carga de hostilidad, aunado a las diferentes fases por las que atraviesa el cónyuge, víctima de la infidelidad, después de "conocer la verdad", este tema puede consolidar la relación siempre que se hable el para qué... y no del cómo, pues la pareja podrá estrechar aún más sus lazos. Es necesario iniciar

la metacomunicación y salir del estereotipo de engañado contra engañador para superar la crisis.

No se puede ver a la infidelidad como causa de una ruptura, perderíamos de vista a la pareja como totalidad, por una parte: porque la no satisfacción de los miembros puede traer como consecuencia no sólo la infidelidad, sino cualquier problema como “síntoma” de insatisfacción; y por la otra: por que la ruptura de una pareja tiene una historia probablemente con situaciones no resueltas, y que son previas a la infidelidad. Por ejemplo escapar de los problemas de pareja con una actitud infiel, puede estar estrechamente relacionada con los patrones familiares; cuando en la familia de origen predominaba el secreto, las mentiras, la seducción y la traición (Rodríguez, 1994).

Como se ha mencionado, la infidelidad es un indicador de que en la pareja esta faltando algún elemento importante. Puede hacer que la pareja permanezca igual, o crear turbulencia suficiente para que se movilice y generar cambios. Cuando son capaces de hablar clara y abiertamente sobre la infidelidad, pueden ir cerrando la brecha emocional y empezar a tomar decisiones conjuntas ya sea para continuar o para terminar la relación, pero desde una postura diferente cada uno (Rodríguez, 1994).

Violencia de pareja

Desde la perspectiva de la salud pública, la violencia se percibe como problema porque los actos violentos ocasionan daño físico, discapacidad, secuelas, un gran número de años de vida potencial perdidos y disminución de la calidad de vida (Híjar-Medina, López-López, Blanco-Muñoz, 1997).

El problema de la violencia intrafamiliar, es muy complejo y difícil de romper. La literatura menciona que muchos de estos casos están inmersos en el continuo *círculo de la violencia* en donde el maltrato, abuso, amenazas, etc; se entremezclan con momentos de arrepentimiento, paz y demostraciones de cariño; lo cual dificulta tomar conciencia de la existencia del problema y así es como continúan en la misma dinámica familiar (Bottinelli, 2000). Corsi (1994), menciona que la violencia conyugal es una problemática extendida y oculta. El 2% de los casos corresponde abuso hacia el hombre, el 75% a maltrato hacia la mujer y el 23% son casos de violencia recíproca.

Para comprender las etapas en las que se basa la violencia, el mismo autor nombra tres: a) *violencia sutil* que toma la forma de violencia psicológica: ridiculizaciones, ignorar, reírse de opiniones, comparaciones, etc.; b) *violencia verbal* que refuerza la anterior con la cual se crea un clima de miedo constante: insultos y denigraciones, ofensas, sobrenombres, amenazas; c) *violencia física* empezando con pellizcos y empujones, siguiendo con golpes y patadas, pudiendo terminar en homicidio o suicidio.

La violencia en la pareja afecta a la familia en su totalidad; aunque los golpes y amenazas se den en el subsistema conyugal; los hijos viven este clima hostil con miedo, desconfianza, inseguridad y aislamiento parental; manifestado en problemas escolares, relaciones sociales, autoestima, etc. En esta dinámica familiar de violencia, van aprendiendo a su vez, una manera poco sana de mostrar su enojo, que provocará problemas en sus relaciones interpersonales; ya sean laborales, familiares o sociales.

La descripción de las etapas, puede dar cuenta de la evolución de esta problemática, la cual puede ir incrementando como escalada simétrica, y de no atenderla a tiempo, puede atender con la tranquilidad y bienestar física y emocional, la sana permanencia familiar y hasta con la integridad y vida personal.

Violencia sexual en mujeres, durante la infancia

Algunos estudios coinciden en que el perpetrador del abuso que se reporta con mayor frecuencia es un familiar o una persona conocida (PGJDF, 1994; Valenzuela; Hernández-Guzmán y Sánchez-Sosa, 1995). Teniendo más efectos adversos en la víctima, cuando es un familiar quien agrede.

Las secuelas de la violencia sexual en la infancia, no solo afectan a la niña y su presente; también existen repercusiones en sus relaciones interpersonales y de pareja en su vida adulta. Algunos autores reportan que el abuso sexual en la infancia, tiene un vínculo con los trastornos en la edad adulta, señalan que se relaciona con elevados síntomas de ansiedad y de depresión en mujeres que lo vivieron y estos síntomas asociados con el abuso sexual, pueden interferir en las relaciones interpersonales, involucramiento emocional y satisfacción sexual en la vida adulta (Bebbington, 1996; Piccinelli y Gomez, 1997; Yama, Tovey y Fogas 1993).

Autores y organizaciones reportan que los trastornos asociados que repercuten en las víctimas y a su vez en sus relaciones sociales son: depresión, ansiedad, hostilidad, miedo, rechazo, culpas, fobias, mala imagen corporal, dificultad para integrar sexualidad con emociones, autodevaluación, insatisfacción personal, anhedonia, temor a los hombres, incapacidad para confiar en los demás, patrón de ambivalencia en relaciones interpersonales, aversión a ser tocada, dolor en relaciones sexuales, pérdida de excitación sexual, culpa al tener relaciones. Y respecto a los problemas psicósomáticos encontraron con mayor frecuencia: palpitaciones, infecciones vaginales, diarrea, ceguera ocasional, pérdida de la voz, olvido de las cosas y sensación de adormecimiento o aturdimiento mental asociado a un recuerdo, emoción o situación particular (PAIVSAS, 2002; Valenzuela, Hernández-Guzmán, Sánchez-Sosa, 1995; Garza-Aguilar, Díaz-Michel, 1997; Santana-Tavira, Sánchez-Ahedo, Herrera-Basto, 1998).

Las víctimas de este delito sexual suelen presentar una crisis emocional de inmensas proporciones, cuyos signos y síntomas se van incorporando a su carácter y su personalidad en la medida en que transcurra más tiempo sin recibir ayuda psicológica especializada (Garza-Aguilar, Díaz-Michel, 1997). Y no solo afectarlas a ellas como individuos; este sufrimiento, puede traer consigo una carga emocional y física, que repercutirá en el establecimiento de sus relaciones interpersonales: de pareja, familiares, amistosas, etc. Por tal motivo, los problemas psicológicos y físicos que presenta la víctima de violación requieren de intervención médica psiquiátrica y psicológica competente, de alta calidad y humana; y de manera preventiva, para el cuidado de sus propios hijos. Y romper patrones de conductas que traigan consigo, pautas recursivas.

Desconfianza

La desconfianza es un sentimiento que puede ser consecuencia entre otras situaciones, de la infidelidad, violencia física en la pareja y violación sexual en la infancia.

Las personas con desconfianza suelen albergar rencores y se les dificulta olvidar los insultos, injurias o desprecios. El menor desprecio provoca en estas personas, una gran hostilidad, que persiste durante mucho tiempo. Siempre están pendientes de las malas intenciones de los demás, sienten a menudo que su persona o su reputación han sido atacadas o que se les ha mostrado desconsideración de alguna u otra manera.

Contraatacan, su suspicacia y hostilidad excesivas pueden expresarse mediante las protestas directas, las quejas recurrentes o por un distanciamiento silencioso claramente hostil (Bautista, 1998).

A partir de un acto que genere desconfianza hay un sentimiento de menosprecio, herida y engaño. Vivir con situaciones que causan desconfianza suele cambiar a la persona afectada, sus pensamientos, sentimientos, comportamiento y relaciones con otras personas. Muchas albergan sentimientos de temor, desesperanza y depresión; mientras que otras se obsesionan con la verdad o con evitar una nueva traición a la confianza. No es raro que la pareja afectada reaccione, en un momento dado, con venganza, perdiendo de vista sus verdaderas necesidades y las de la relación, y se encuentren atrapadas en una guerra entre sus distintas emociones, intensas y contradictorias (Cantú, 2001).

La misma autora hace mención de diversas situaciones que lastiman la confianza:

Las aventuras amorosas constituyen la forma clásica de herir y traicionar; daña directamente la confianza. La desconfianza por infidelidad provoca decepción, duda, temor. Genera un estado de intranquilidad al que pocos pueden hacer frente. Descubrir ese tipo de traición a la confianza amenaza la sensación de seguridad, enfurece y aterra.

La violencia además de engendrar violencia es germen para la desconfianza y el dolor emocional; destruye el bienestar psicológico y produce sentimientos de temor, impotencia, frustración y rabia.

El sabotaje dentro de la pareja, ya sea del desarrollo personal, laboral, de la convivencia familiar o social, etc. generan además de otros sentimientos, desconfianza.

La pareja para poder evolucionar de manera armónica, necesita cimentarse en el terreno de la confianza, pero no siempre es factible desarrollarla o fortalecerla, hay a quienes se les hace difícil establecer relaciones sustentadas en la confianza, debido a un conjunto de factores que hemos visto que intervienen; principalmente los antecedentes de vida de las personas involucradas, su historia familiar y su historia de pareja.

Dilema de separación

Macías (1994), menciona que son necesarios algunos aspectos para la permanencia satisfactoria de la pareja, muchos de los cuales coinciden con los que Armando y Jade, mencionaron como objetivos a lograr durante el proceso terapéutico:

Los elementos de *respeto* e *interés* genuinos por el otro y por la relación, permiten alcanzar una verdadera intimidad y compartir un espacio físico y emocional armónicos, con adecuada *comunicación*: clara y directa, confirmada y retroalimentada, puede darse la *comprensión* mutua para entender y respetar, llegar a *negociaciones*, *responder a demandas físicas y afectivas* que inicien una retroalimentación positiva. Un elemento más, que Macías (1994), considera fundamental para la *seguridad* en la relación conyugal es el *compromiso*, como la intención de un proyecto de vida permanente en pareja. Esto fundamenta junto con la *sinceridad* y *honestidad*, *la confianza* que reconfirma a cada uno, de los miembros de la pareja.

Algunos de los valores relacionales de mas trascendencia son *la aceptación: con limitaciones y defectos, no solo cualidades o virtudes, apertura* a las diferencias. El *amor mutuo* expresado de forma explícita y manifiesta; saberse apreciado y admirado por la pareja propicia una gran satisfacción. Y la *solidaridad* “en las buenas y en las malas” da un sentido profundo de seguridad en la relación.

De no darse estos elementos se generará un clima de desconfianza, insatisfacción y malestares crecientes que pueden iniciar o reforzar circuitos de retroalimentación negativa, con el consiguiente deterioro progresivo de la relación. Las palabras del doctor Macías (durante la residencia) respecto a este tema es que cuando una pareja llega a consulta con la necesidad de definir su permanencia o separación es preciso considerar la gravedad de la disfuncionalidad y las alternativas de integración y no integración de la pareja. Hacer una cuidadosa evaluación tanto de los problemas y los recursos, así como de los intentos y posibilidades de solución. De las alternativas que tiene una pareja ante una mala integración, y agotados ya los recursos y posibilidades para una buena integración, tal vez sea mejor o menos malo separarse que continuar así. Con el riesgo grave de caer en una mala separación, que sería la peor alternativa. Es la separación, en estos casos, una disolución reguladora del conflicto, es una decisión trascendente en la vida de todos los

implicados, incluidos los hijos si los hay, por lo que reviste de gran importancia, como proceso en sí mismo conocer las fases que conllevará enfrentarla. Con la finalidad de superar esta crisis y permitir una vida más sana, libre de culpas y rencores, con preservación del vínculo positivo entre ambos padres y los hijos.

Presentación del caso

Armando y Jade

Familia: Armando y Jade

Terapeuta: Claudia Navarro

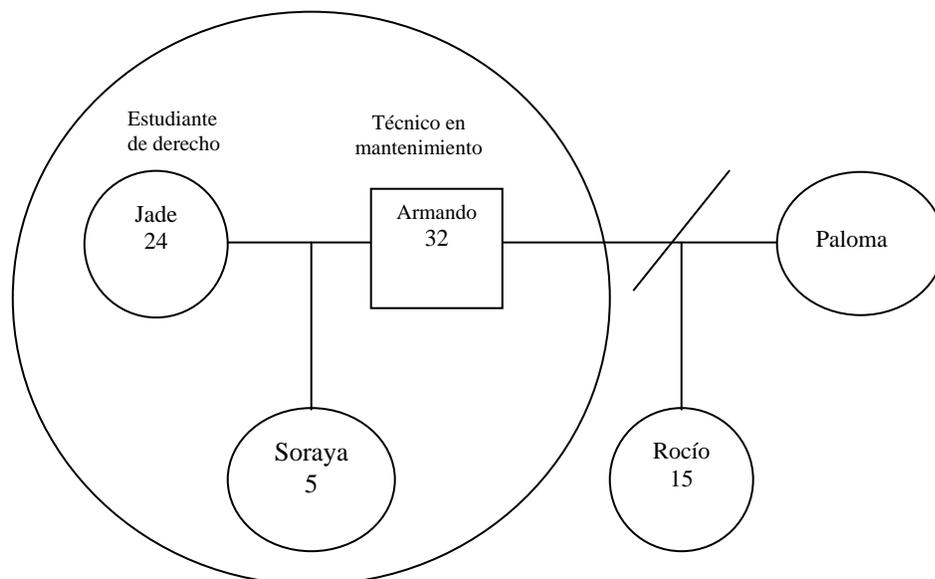
Supervisora: Mari Blanca Moctezuma

Modelo: Terapia Breve y Modelo de Soluciones

Equipo Terapéutico: Marino Aparicio, Erika Trujillo, Joaquín Torres, Blanca López, Yazmín Quintero, Alma Téllez, Ivette Delgado.

Este proceso terapéutico se llevó a cabo en pareja, sin embargo la familia estaba compuesta por tres miembros: los esposos Armando y Jade y su hija Soraya. La familia vivía en casa de la mamá de Jade, y cuando les alcanzaba el dinero le pagan renta, en este lugar solo vivían ellos tres. Armando era el proveedor familiar, trabajaba como técnico en mantenimiento, y Jade acaba de retomar sus estudios de derecho, Soraya iba al kinder.

FAMILIOGRAMA



Motivo de consulta

La demanda inicial de la pareja fue trabajar los problemas de la desconfianza de Jade a partir de una infidelidad de Armando y los episodios violentos entre ellos. Los objetivos que querían lograr eran: confianza, comunicación, respeto, tolerancia y cercanía física con demostraciones de afecto entre ellos y con su hija.

Presentación del caso

Cada uno llenó su solicitud de atención por separado; Armando tenía el objetivo de mejorar la comunicación con su esposa y el de Jade era mejorar su estado de ánimo.

La primera sesión se llevó a cabo de manera individual, cada uno con diferente terapeuta (del mismo equipo, pero en diferentes espacios de supervisión. Armando tuvo su primera sesión conmigo). Finalmente, se determinó que la problemática a trabajar era sobre la interacción de la pareja y el acuerdo con el equipo terapéutico, con ambos supervisores y con ellos fue iniciar un proceso de terapia en pareja y fue así como se llevó a cabo el proceso.

La terapia se llevó bajo los modelos de terapia breve y modelo de soluciones.

RESUMEN DE SESIONES

A continuación se presentaran los resúmenes de cada sesión. En la mayoría, se anexan intervenciones de *manera textual*, así como su **nombre teórico** y su **justificación**. El análisis teórico metodológico de la intervención se muestra al final de este apartado.

En las primeras dos sesiones individuales, más que intervenciones propiamente dichas, se hizo la exploración con **preguntas sobre el problema y soluciones intentadas** para reunir información detallada de las circunstancias y secuencias de eventos; es por eso que éstas, se presentan a manera más informativa sobre el caso.

Sesión 1

Fecha: 29 de septiembre de 2003

Asistente: Armando

Durante la primera sesión con Armando, cubriendo el **objetivo primordial de la sesión inicial** que consiste en recoger información sobre factores importantes del caso, se exploró el motivo de consulta, aspectos generales de la problemática, tratamientos anteriores, intentos de solución, etc.

Armando mencionó que era un hombre muy violento, había buscado ayuda para controlarse, y a la fecha ya no mostraba su violencia con agresiones físicas hacia Jade; la manera en que seguía actuando sus enojos, era con la forma en que miraba y con sarcasmos hacia Jade. Esto sucedía cuando no había manera de llegar a una negociación con ella, pero dijo no ser agresivo con nadie más.

A la fecha el alcohol ya no era un problema para él, tenía control sobre su manera de beber y esto lo logró con voluntad propia.

Para conocer qué es lo que le había ayudado con el manejo de su agresividad, contestó que en su tratamiento en CORIAC, había aprendido que “los enojos no se actúan, se hablan”. Lo que sentía que también le había ayudado a modificar la expresión de su enojo fue cuando se salió de trabajar de las revueltas políticas e iniciar su relación de noviazgo con Jade, a partir de ahí dejó de ser alcohólico, disminuyó su agresividad y cansancio. Lo que buscaba al dejar ese trabajo era estar más tranquilo.

Lo que mencionó como el problema actual, era la desconfianza excesiva de Jade, a partir de una infidelidad 2 años y medio atrás. Se fue a vivir con esa pareja por una semana, planteándole a Jade una separación temporal y que viviría en casa de un amigo, sin embargo cuando quiso regresar con Jade, le dijo la verdad y a petición de ella, la llevó a esa casa y conoció a la señora con la que mantenía esta relación. Esto agravó aún más la situación de desconfianza.

Él dijo estar preocupado por no saber que es lo que debía hacer para que Jade confiara en él, por que no la quería perder y estaba arrepentido, y el haberla complacido al llevarla a esa casa, había resultado contraproducente.

Tenía otra hija (Rocío), quien vivía con la pareja anterior de él. Soraya la conoció un día que coincidieron de visita en casa de la mamá de Armando, y a partir de esto, ella le preguntaba a quien quería más y la sentía insegura igual que a Jade. La relación con Soraya era tranquila, pero faltaba convivencia.

Estaba dispuesto a dar tiempo y sinceridad a su familia. Siendo su objetivo principal: tener la confianza de Jade y disminuir su agresividad y ver si su matrimonio iba a seguir o no.

Respecto a la definición del trabajo terapéutico, se le hizo la observación que planteaba dos problemáticas y que el abordaje de cada una era con una modalidad diferente, la agresión era en terapia individual, y la desconfianza de Jade era un trabajo en terapia de pareja; por lo que se le pidió se pusiera de acuerdo con ella, en esta decisión.

Sesión 1

Fecha: 13 oct 03

Asistentes: Jade y Armando

Durante la primera sesión que Jade tomó con otro terapeuta y en otra supervisión (mismo equipo terapéutico); comentó que había acudido al CIAM para trabajar autoestima y violencia intrafamiliar. Sobre la infidelidad de su esposo, dijo que ella no sabía nada y que Armando planteo una separación para irse a vivir con un amigo, ella creyó que él necesitaba un tiempo para pensar, pero después se enteró por él que no había sido así, que había mantenido otra relación y que se había ido a vivir con ella.

Comentó que había disminuido la violencia que su esposo ejercía en ella, pero estaba muy dolida por que en el pasado, él se burlaba de ella con su familia, la golpeaba con el puño y la pateaba. No la dejaba tener amigas. Era muy intolerante con sus tiempos, y si salía por algo y se tardaba, le jalaba el cabello y la aventaba. Esto ocurría desde el noviazgo. Actualmente ya no era tan violento, pero continuaban con problemas de agresión entre ambos.

Ella quería “sanarse”, para saber si continuaba o no con él y tener claro si decidía seguir o no, y por qué lo hacía.

Se le sugirió que considerara primero asistir a terapia de pareja y después a un proceso individual, lo cual aceptó.

Sesión 2

Fecha: 27 de octubre de 2003

Asistentes: Jade y Armando

Asistieron Armando y Jade y se les preguntó cómo fue que llegaron al acuerdo de asistir a terapia de pareja. Armando respondió que fue una condicionante de Jade para seguir en la relación y Jade por tener miedo a que terminaran mal o que continuaran mal.

Para **aclarar y explicitar, se hicieron preguntas sobre el problema** que los traía a terapia: *Jade, el problema para ti, ¿cual sería?: Que yo a veces ya no puedo con la desconfianza, que a veces siento que yo me causo más dolor al estarle ofendiendo, al estarle diciendo cosas, estar viendo a mi hija que también está mal. Entonces la desconfianza para ti es el problema, para ti ¿cuál es el problema Armando?: El que yo esté cambiando y ella no lo note por lo mismo, por la desconfianza que tenemos.*

Para **definir el objetivo de la terapia:** *El venir a trabajar en terapia de pareja, ¿que objetivo tiene para ustedes?, ¿qué quieren trabajar?. Como si trajeran una carta diciendo: “esta es mi petición”, “esto quiero lograr” ¿qué diría esa carta?: Yo trabajaría la desconfianza (Armando). Sí, la desconfianza y las agresiones (Jade).*

Explorando **el tiempo que llevan afectados por el problema:** *¿Desde cuándo aparece esta desconfianza? Cuando éramos novios (Jade). Entonces tienen 10 años viviendo con esta desconfianza (Terapeuta).*

Para conocer los **lados fuertes:** *¿Cómo le han hecho para vivir juntos con esta desconfianza, durante 10 años? Viviendo mal, discutiendo y agrediéndonos (Jade). Sí, solo sobrellevando las cosas (Armando).*

La manera en que se iniciaba la interacción de discusión, era: Ella persiguiéndolo, él escabulléndose e ignorándola, ella se sentía burlada perdía la paciencia y le gritaba, los dos perdían el control, se gritaban y hasta podían terminar golpeándose.

A pesar de que Armando sentía control de su enojo, Jade no creía en sus cambios por que decía no saber de donde venían, y que su actitud, solo era por culpa.

En el ámbito sexual ella decía sentirse con apatía, y que además no encontraba satisfacción sexual, y aunque él había tenido acercamientos, ella reconocía que no los tomaba en cuenta, pues no encontraba la renovación en la sexualidad que ella solicitaba, y aunque él se esforzaba, ella continuaba con desgano.

Con la finalidad de **concretar el objetivo terapéutico y sobre los cambios que ambos esperaban al concluir la terapia**, se les preguntó *¿cuál sería para ustedes un indicador de que se está dando este cambio hacia la confianza?. ¿Qué tendría que pasar para que eso ocurriera?.* Y de esta manera, a cada uno se le fue llevando a que sus respuestas fueran lo más **claras posibles y en términos de conductas** (sin embargo, al equipo no le quedó clara la información y solicitó que se retomara de manera más detallada, en la siguiente sesión). Armando esperaba que Jade le tuviera confianza que no le gritara, no lo insultara y que cuando él le dijera algo creyera en él, que viera sus cambios, le hablara con respeto, sin groserías y lo tolerara un poquito al verlo dormido. Los cambios que Jade esperaba eran: que Armando no cambiara el tema cuando hablaran de su relación, cumpliera lo que decía, le ayudara a educar a Soraya, demostrara con acciones su interés por ellas y que se acabaran las agresiones.

Distribuyendo el síntoma y encontrando una pauta recurrente, al definirse Armando a sí mismo como “el problema”, se mencionó: *Entonces no es que alguien sea el problema sino que es un problema que están compartiendo los dos ¿no?. Cada uno está poniendo su parte, Jade tú dices: ¡yo no te tengo confianza, yo me siento muy insegura!, y Armando se esta dando cuenta de su conducta (cuando en la calle voltea ver a las mujeres) y te dice: es que yo también propicio que tu estés insegura. Entonces a mi parecer, entre los dos están diciendo esto siento y esto estoy haciendo para que el problema se mantenga ¿o no?. El hecho de que Armando siga volteando a ver a las chicas, hace que tu mantengas esa conducta de desconfianza, y por lo que yo estoy entendiendo, también de alguna*

manera esta conducta de desconfianza desespera a Armando y entonces grita, hay episodios de agresión entre ambos y entonces vuelven al círculo de: otra vez a la desconfianza, descalificación, agresión.

Por otro lado y con el objetivo de **confirmar la hipótesis**, de que el enojo no le permitía a Jade reconocer los cambios y estar más pendiente de ellos, se le dijo que el equipo tenía la duda si había perdonado a Armando, y respondió que ni a ella misma, por haber regresado con él. Y si este perdón no resuelto tendría que ver con el enojo, la intolerancia y el no reconocimiento de los cambios de Armando, lo cual le hizo mucho sentido.

La relación que ambos llevaban con Soraya era básicamente instrumental, supervisaban sus actividades en la casa y escuela. Soraya estaba con su abuela, hasta que pasaba Jade, en la tarde por ella. Armando se encargaba de sus tareas y su abuelita de llevarla y recogerla de la escuela, darle de comer, estar al pendiente de lo que le hacía falta y si no tenían dinero, ella se lo compraba. Los acuerdos en las labores de la casa los organizaban Jade y Soraya, y entre las dos (esposa e hija), le daban a conocer a Armando sus responsabilidades.

Finalmente como el **objetivo fue especificar la meta terapéutica y conocer sus recursos para lograrla**, se les dejó de tarea una lista descriptiva de lo que necesitaban uno del otro, y otra lista mencionando a qué estarían dispuestos cada uno.

Sesión 3

Fecha: 3 de noviembre de 2003

Asistentes: Jade y Armando

Se revisó la tarea, y para conocer cuáles serían los indicadores del cambio, se les llevó a este objetivo, **con preguntas directas y pidiendo ejemplos para concretizar en conductas**: *El respeto ¿cómo pides que te lo demuestre?, Quieres respeto, ¿de qué manera lo quieres?, ¿Cómo te darías cuenta que Jade te esta teniendo respeto?, ¿Al pedir que sea tolerante, que es lo que le estás pidiendo?, ¿Cómo te darías cuenta que te está apoyando?, Armando ¿ En qué otra cosa, te darías cuenta que te tiene confianza?, ¿como te darías cuenta tú de que te está creyendo? A ver, dame un ejemplo de cómo seria para ti, que te tuviera confianza, Para ti ¿eso sería un cambio?, ¿Qué tendría que pasar para que eso*

ocurriera?, etc. Las respuestas a estos cuestionamientos permitieron conocer de forma más detallada y concreta, sus necesidades:

Jade necesitaba de Armando: a) respeto en acuerdos, b) tolerancia en sus tiempos y sueño en fin de semana sin que le hiciera ruido, c) no la celara, sin llamadas para saber en donde estaba, con quien y si había conocido a alguien, d) apoyo en el tiempo que debía dedicar a su escuela, e) escuchara sus planes sin burlarse, f) apoyo en las labores de casa.

Armando necesitaba de Jade: a) confianza, que no le cuidara los ojos, no le devolviera las llamadas para verificar si estaba donde él le decía, b) respeto, que no lo tratara con groserías ni gritos, le permitiera terminar sus ideas cuando hablaba, c) tolerancia, respetando sus tiempos de televisión y sueño.

Ambos mencionaron que estaban dispuestos a dar lo que el otro necesitaba.

Interviniendo con una prescripción, se les dejó de tarea que jerarquizaran estas peticiones y que escogieran dos con las que quisieran empezar en los próximos 15 días (una de ellas, sin decirle a su pareja), y que cada uno debía estar alerta de los cambios que estaba haciendo el otro. Dando con esta “**intervención particular**”, **un elemento imprevisible y de incertidumbre** que les permitiera a cada uno, tomar control de la situación.

Introduciendo **la intervención de no apresurarse** se les dio el mensaje que íbamos a ir poco a poco trabajando en los cambios, para que realmente valiera la pena, “*si vamos cambiando poco a poco los cambios perduran más, que si nos vamos con todos al mismo tiempo*”, y se **utilizó el dicho**: “*más vale paso que dure y no trote que canse*” y Armando mencionó: “*el que mucho aprieta poco abarca*”. Este mensaje le hizo mucho sentido y en dos ocasiones del proceso Jade lo retomó.

Localizando y destacando las conductas positivas de ambos, se les dijo el mensaje del equipo: que ambos mostraban mucho interés y disposición al cambio. Lo cual fue recibido con buen agrado de ambos.

Sesión 4

Fecha: 11 de noviembre de 2003

Asistentes: Jade y Armando

Se les **elogió** diciéndoles que se les veía muy bien y que se veían contentos y hasta más cercanos físicamente, lo cual agradecieron y dijeron que así es como se sentían; se revisó la tarea. Con preguntas presuposicionales se **exploraron excepciones y promovieron recursos animándolos a que se atribuyeran los méritos de los buenos resultados**, además de tener el objetivo de **ampliar los cambios**. Se les preguntó: *¿a que se deberá la sonrisa?(terapeuta). Tal vez a ser un poco más tolerante, llevando a cabo la tarea, ignorando un poco (Jade). ¿Ignorando, cómo es esto? (Terapeuta). No ser tan rigurosa, no tomando las cosas tan en serio y como tu nos dijiste poco a poco, con el tiempo...(Jade). ¿Y como lo has logrado? (terapeuta). Pues eso... haciéndome la loquita no tomando tanta atención; yo estaba detrás del objetivo y viendo si lo hacía o no, y ahora estoy más tranquila sin estar de tras de él, ocupándome más de mis cosas (Jade). Y para que escuchara como este cambio podía repercutir en la vida de otros*, se le preguntó: *¿Y quien habrá notado este cambio, de que te muestras más flexible? Y Armando levantó la mano y ambos sonrieron. ¿Armando, y como te hizo sentir esto? Mejor, con confianza. ¿Qué otro cambio han notado? No hablar con tantas groserías. Con el objetivo de que vieran una conexión entre lo que hacían y lograron hacer y el cese de un evento desagradable para ellos* se les cuestionó: *¿Cómo le hicieron para poder lograrlo?.*

Para saber que faltaba para continuar en el camino de los cambios, influir sobre su conducta futura, y que reconciernan lo que les estaba funcionando, se hicieron los siguientes cuestionamientos: *¿Cómo lograste hacer tus cambios Jade?. Poniéndome en su lugar, ser mas paciente, igual que con Soraya y pensando en que a mí me gusta que me traten con respeto. Y tu Armando ¿cómo pudiste lograr tus cambios?. Con voluntad, con ganas de que mi familia este en las mejores condiciones, con amor y cariño sobre todo. ¿Estos son los cambios que les gustaría que siguieran ocurriendo? Sí. ¿Cómo podrían hacerle para mantener esos cambios?. Brindándolos todavía, sin verlos sólo como una tarea. ¿Para ti, Armando, hubo algún impedimento o algo que te hiciera retroceder? No, pero a veces me sentía muy cansado. ¿Y cómo le podrías hacer en esos casos?.*

Incluyendo a Soraya en el sistema y para conocer los efectos en ella, se les pregunta: *¿Y Soraya se ha dado cuenta de estos cambios entre ustedes?. Yo siento que sí, ve que nos abrazamos más y que no nos enojamos tanto (Armando). Ella ahora también es más cariñosa con nosotros. Es muy observadora y se da cuenta y se pone muy contenta y creo que es por eso que esta más cariñosa. Inclusive mi hermano también se ha dado cuenta (Jade). Entonces los cambios no solo se están dando entre la pareja, sino que se están extendiendo a la familia y sobre todo también están repercutiendo favorablemente en Soraya.*

Además de estos cambios, mencionaron que Armando le dio más tiempo a ella y a Soraya, fue más cariñoso y apoyó en los quehaceres de la casa y respetó los espacios y tiempos de Jade. Jade pudo controlar más su enojo, fue más flexible y cariñosa, con Armando y con Soraya, y salió a una fiesta con sus amigas. Todos los cambios se **amplificaron**, haciendo preguntas con este objetivo, parecidas a las citadas anteriormente.

Al hablar de un suceso de enojo, se introdujo el mensaje sobre la **diferencia entre el aquí y el ahora con el pasado**; Jade dijo que en ocasiones le llegaban los recuerdos y eso hacía que se enojara mucho y retrocediera. Esto sucedía cuando se encontraba a personas que le recordaban la otra relación de Armando. La última vez había ocurrido en esa última semana y habló dos veces a una ayuda psicológica por teléfono, en donde le cuestionaban el que continuara con su esposo, después de tanta agresión y la infidelidad. En este punto se **intervino con preguntas presuposicionales, para conocer sus lados fuertes**: *¿Y por que creen que continúan juntos, a pesar de lo que han vivido?. Por un tiempo sentía mucho miedo de estar sola, yo sentía cierta seguridad de estar con él porque no tenía a nadie mas (Jade). ¿Pero actualmente que es lo que te mantiene con Armando?. Que me estoy dando cuenta que también es una persona muy valiosa, es el papá de mi hija y no lo puedo dejar. Por que ¿no puedes...o por que no quieres?. No puedo y no quiero. ¿Y tú Armando, por qué crees que están juntos? Yo porque la quiero mucho, cuando estoy con ella me siento seguro y puedo hablar con ella hasta de la mosca. Siento un apoyo con ella y la amo.*

Se introduce una intervención indirecta, desde la **experiencia profesional**: *Yo creo que estos son los recursos que tienen como pareja, porque en mi experiencia*

profesional, otras parejas me dicen "no sé" o mencionan situaciones poco poderosas para continuar juntos...

Cuando Jade nuevamente manifestó su desesperación por los cambios, se introdujo como mensaje final, **la intervención de no apresurarse y un elogio al esfuerzo de ambos**: *“Vamos a empezar poco a poco como tu muy bien dices: un cambio nos cuesta mucho, con tanto tiempo manejándonos de la misma manera, "nos jala la costumbre" a ser de la manera que éramos. Así que si los cambios los hacemos poco a poco; eso nos ayudará a que sean más permanentes. Y ya estamos viendo algunos cambios que implican mucha fuerza de voluntad en ambos”*. Al parecer los dos se sintieron más relajados al escuchar este mensaje.

Sesión 5

Fecha: 3 de diciembre de 2003

Asistentes: Armando

Jade llegó al final de la sesión por que le recorrieron de horario un examen.

Armando comentó que los cambios habían permanecido. Ambos estaban más tranquilos, había apoyo en casa, disminución del malhumor, más apapachos y comunicación. Se sentía muy cansado, como estaban teniendo problemas económicos, ya estaba en otro empleo que le tomaba algunas tardes y también los sábados. Se **ampliaron** los cambios, hablando sobre ellos y los aspectos positivos de estos cambios.

El se sentía muy culpable por la desconfianza que le tenía Jade. Mencionó que estaba arrepentido de la infidelidad, de la violencia y de haber llevado a Soraya con esa persona, cuando ella tenía dos años. Se **exploraron recursos**: quería recuperar a su familia y comprometerse a cambiar y a darles lo mejor que él pudiera. Dijo que su relación con Soraya era muy estrecha, jugaba con ella, la abrazaba y la quería mucho.

Como mensaje final, se **elogió** a Armando por la manera en la que enfrentaba los problemas con Jade, **los hombres del equipo lo felicitaron** por el compromiso e interés en su relación y **se destacaron las áreas fuera de conflicto**, haciéndole ver la manera amable en la que trataba a su hija a pesar de que él se calificaba siempre, como un hombre muy violento; siendo esto además de los cambios que estaba logrando, una **excepción** a la

etiqueta que durante muchos años había tenido. Se **reforzó el cambio** y la necesidad de continuar explicitando necesidades. Se le pidió que hablara con Jade sobre lo trabajado en la sesión, pues ella llegó en esta fase final.

Armando se mostró contento al escuchar el mensaje de felicitación y reconocimiento.

Entre esta sesión y la próxima, hubo un espacio de un mes, por el periodo de vacaciones de fin de año. En este tiempo, Jade habló por teléfono con la terapeuta para decir que estaba muy molesta por una infección vaginal que le habían diagnosticado y que le había agudizado el enojo y la desconfianza hacia su esposo.

Sesión 6

Fecha: 6 de enero de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Durante la sesión Jade menciona que la infección vaginal ha sido recurrente, lo cual le hace dudar de la fidelidad que Armando le decía tener. Con la finalidad de equilibrar al sistema, el equipo le envía el **mensaje** de que si ella dudaba de él por la historia, él podría dudar también de ella si verdaderamente estaba llevando a cabo su fidelidad.

Y se le preguntó qué podrían hacer y qué estaban haciendo para reconstruir la confianza, a lo que ambos fueron mencionando cambios. **Esto cambios se fueron explorando y se fueron ampliando con preguntas presuposicionales y circulares:** Él se mostraba tierno, abierto a la comunicación de Jade sobre temas de la pareja, atento, dando tiempo a la familia, siendo honesto al cumplir acuerdos, siendo congruente entre lo que decía y hacía. *Jade lo veía* mas atento, mostraba su enojo de manera diferente (esto fue un cambio significativo para ellos), no la amenazaba, mejor se encerraba y golpeaba algún objeto o la pared, era ordenado en la casa, le daba el tiempo que ella necesitaba, inclusive él se quedaba con Soraya mientras ella salía los viernes por la noche con sus amigas. Jade dijo que ella había estado mas cercana físicamente y mas cariñosa. *Armando la veía más* tolerante y menos agresiva e impulsiva. Ella sentía que *le estaba funcionando* ser tolerante, no exigir, no estar detrás de él para ver si cumplía o no los acuerdos.

Hablaron sobre un suceso en donde Armando le jaló el cabello a Soraya, por que no dejaba que él la peinara; Jade le dijo que él no tenía derecho de pegarle como animal y que era un “pendejo”. La intervención al respecto fue que pensarán en **una nueva manera de cómo podrían establecer la autoridad con respeto**, pues no era la mejor manera que uno de ellos pudiera confirmarse en la autoridad, mediante la protección de la hija y quitándole autoridad al otro.

Con el objetivo de que **encontraran otros intentos de solución**; el mensaje final fue que considerábamos que **era un gran reto para ambos**, no pelear por más autoridad teniendo a Soraya en medio de esta pelea: que él pudiera establecer autoridad sin gritos ni agresión y para ella el reto era buscar autoridad sin descalificarlo, delante de la hija. No se trataba de pelear por más autoridad y tener a Soraya en medio de esta pelea.

Les hizo mucho sentido este mensaje, se retiraron de la sesión muy callados, como si hubieran iniciado la reflexión en este sentido.

Sesión 7

Fecha: 12 de enero de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Ambos dijeron que seguían en el camino del cambio, Jade mencionó que estaba observando los cambios en él y que la tenían sorprendida y que a veces no creía. Se **amplió** este cambio en ella diciendo que el equipo le **reconocía** que había visto cambios en Armando y lo difícil que era para ella reconocerlos y a pesar de esta dificultad, en el presente lo estaba haciendo.

Con el objetivo de hacer una **evaluación de avances y saber hacia dónde continuar** la dirección de la terapia, se les pidió que de **una escala del 0 al 10**, dieran tres puntajes: el primero de cómo se sentían cuando llegaron a la primer sesión, cómo se sentían actualmente y a dónde querían llegar. Armando dijo que él llegó en 0, estaba en el 7 y quería llegar al 10. Jade llegó en un 3, estaba en un 8 y quería llegar al 10. Al preguntarles: *¿qué es lo que les hace falta lograr, para llegar a su meta?*, Jade respondió que ella quería una familia “como las de las películas americanas”: todo bonito, todo feliz, sin problemas. Armando quería no ser tan serio, ser más comprensivo, más honesto y amable.

Con el objetivo de **llevar a Jade a expectativas más reales**, el mensaje final fue que los ideales en algunos casos en lugar de ayudar podrían llegar a frustrar, pues la realidad es muy diferente, hay problemas, hay tropiezos, rencores y lo que sería útil era saber como enfrentar de una mejor manera todo esto, pero que no existía un mundo sin problemas. Sólo maneras más efectivas de resolver. La perfección no existe, pues si existiera esto sería a su vez, imperfecto.

Jade se quedó pensativa al escuchar este mensaje, como tratando de asimilar esta nueva información, que parecía, le estaba costando trabajo acomodar en su pensamiento.

Se les dejó de **tarea** que pensarán: **¿cómo podrían mantener los cambios y qué les ayudaría hacerlo?**. Con la intención de que **reconocieran que es lo que les estaba funcionando, lo repitieran y así evitar recaídas.**

Sesión 8

Fecha: 19 de enero de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Jade expuso que quería ser mas comprensiva, darle apoyo Armando y no gritarle. Le costaba mucho trabajo aceptar que estaba con él, aún después de la infidelidad, pues su mamá dejó definitivamente a su papá cuando ocurrió lo mismo entre ellos. Se sentía muy observada por ella, además muy criticada y mal vista por toda su familia. Se intervino con un **elogio normalizador y con una connotación positiva, para dar una reestructuración en sentido más positivo**. Se le dijo que ella estaba rompiendo con los valores de su familia extensa, para preservar los propios y esos valores le permitían mantener unida a su familia. Que había hecho una elección para el bien de su familia, puesto que Armando estaba con ellas queriendo cambiar para mejorar y que **entendíamos lo difícil** que era estar luchando por mantener sus nuevos valores ante su familia (extensa).

Al terminar el mensaje mencionó que tenía miedo de que los cambios de él no fueran reales, por que en ocasiones él era muy indiferente y no le hacía caso o no cumplía lo pactado (como lavar los trastes). Armando le respondió que a veces él necesitaba espacios sin hacer nada ni escuchar nada, solo dormir o ver la televisión, que estaba muy cansado por los dos trabajos y las dos responsabilidades, que ahora tenía menos tiempo,

pero la nueva entrada de dinero servía para cubrir los gastos de los tres y que hacía lo que podía para compartir espacios de convivencia con las dos.

Para ampliar los cambios e incluir al sistema a Soraya, se preguntó: *¿cómo los estaría percibiendo Soraya?*, mencionó Jade que Soraya ya estaba más tiempo con él que con ella y que ella se sentía desplazada. Armando respondió que el estar con Soraya era parte del pacto entre ellos y que él también se había dado cuenta que Soraya lo sigue más a él que a su mamá. Se le **reconoció** a Jade la preocupación que tenía al respecto y se le sugirió que ambos padres encontraran un balance; e introduciendo una intervención de **elogio** (hacia Armando) y **normalización** (para disminuir la angustia de Jade) se les dijo que Soraya estaba estrenando un nuevo papá y que para ella era novedoso; pero que si ambos se daban espacio y respeto en los tiempos con su hija, se iban a poder ajustar.

Finalmente se dio un mensaje de **reconocimiento y elogio** a los dos, por los cambios que habían logrado mantener y la ayuda mutua que se brindaban para estar en armonía. Además, con Jade se intervino con **una prescripción**: se le pidió que actuara como si los cambios y la situación actual estuvieran garantizados a perdurar. Que en la vida no se tenía nada garantizado, pero si vivía pensando en como sí los cambios perduraran los podría disfrutar. Que se permitiera disfrutar de los cambios y no se restara satisfacción.

Se plantea un espacio mayor entre esta sesión y la siguiente (1 mes), con el objetivo de conocer que **cambios son los que podían mantener por sí mismos**.

Sesión 9

Fecha: 16 de febrero de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Sobre la **permanencia de los cambios**, ambos mencionaron que se han logrado mantener y que seguían trabajando en algunos. Se continuó en esta sesión **explorando y ampliando** estos cambios.

Jade dijo que hubo un evento en el que nuevamente se sintió sola con la responsabilidad; ella estaba en periodo de exámenes, y no pudo atender una solicitud de la escuela de Soraya (vestirla de estrella para un evento), esta situación la hizo sentir muy culpable por no poner atención a las necesidades de su hija. La intervención que se hizo fue

normalizar, haciéndole ver que tenía muchas áreas que cubrir en este momento de vida y todas eran importantes, y no era una tarea fácil la que tenía, pues existían cosas prioritarias en algún momento específico...de tantas importantes que tenía, y la manera en que ella se sentía era una respuesta esperada ante tales circunstancias. También se exploró el por que no le solicitó apoyo Armando y ambos mencionaron que fue una mala comunicación de la maestra y de la abuela de Soraya, por un cambio de fecha que la escuela había hecho.

Jade mencionó que los problemas que habían permanecido eran por que no recibe todo el apoyo de Armando para estudiar y preparar sus exámenes. Él se mostró molesto porque ella sale los fines de semana a estudiar y cada vez, está menos tiempo con él y con Soraya. Sin embargo, al **explorar excepciones**, dijo que el 14 de febrero Armando le pidió que no saliera o que regresara rápido para que pudieran estar juntos y al no ocurrir así, Armando no se enojó y Jade fue quien llegó a la defensiva pensando en que él estaría molesto; sin embargo él dice que comprendió la tardanza, por que sabía que había mucho tráfico; situación que sorprendió a Jade. Se **amplió** este cambio de Armando, haciendo preguntas de cómo lo había logrado y más preguntas con esta finalidad. Se le hizo el **reconocimiento** a este cambio y se le dijo que otro avance importante era que continuara comunicando sus necesidades como lo había logrado, con flexibilidad en su actitud, disminuyendo sus episodios agresivos y de control hacia Jade. Él se sintió alagado y agradecido con este reconocimiento.

Se les pidió que **continuaran reforzando los cambios** que habían conseguido, **reconociendo** los que habían estado logrando hasta el momento.

El equipo envió dos **mensajes**: 1.- Dando una **connotación positiva**, se le dijo a Jade que ella seguramente se podía haber sentido muy elogiada por su esposo al querer estar con ella e insistirle en necesitar de su presencia el 14 de febrero y los fines de semana. Esto también era una manera de decirle que la quería y quería estar con ella y que era importante para él. 2.- Hacerle ver la necesidad de que **organizara su tiempo** para atender sus necesidades de estudio y también para convivir con su hija y con Armando; como una decisión de desenvolverse en diferentes esferas que requieren compromiso y tiempo. Ella se mostró atenta y seria al escuchar el mensaje.

Con el objetivo de abrir espacios de comunicación y de pareja, se les pidió de tarea, que buscaran un espacio neutral donde solo ellos pudieran platicar o convivir, sin interrupciones.

Sesión 10

Fecha: 1 de marzo de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Jade había logrado organizarse mejor, atender su estudio, las necesidades de Soraya y convivir con Armando. Se levantaba más temprano y esto le permitía ir avanzando día a día en sus actividades. Iba por Soraya a la escuela y así lograba tener información directa de la maestra sobre los encargos que solicitaban y evitar malos entendidos.

Ambos se mostraron preocupados porque Soraya les había dicho que quería vivir con su abuela (a cuatro cuabras). Al preguntarles *¿a qué creen que se deba?*, dijeron que tenía un tío de 8 años con el que jugaba y por los quehaceres que le acaban de encomendar y que no quería realizar. Se **normalizó** diciéndoles *“cuando se es niño, esto suele ocurrir: los quehaceres de la casa se quieren evitar a como de lugar”, ¿a ustedes no les pasaba esto?*”. A lo que ambos respondieron que sí. Se les preguntó: *¿cuáles estrategias se les ocurren para que a Soraya le guste estar más en su casa?*, Armando dijo: hablar con ella de manera calmada y evitar discusiones en casa, al preguntar a qué discusiones se refería, mencionó que Jade le seguía reclamando que era agresivo y que no le gustaba la manera en la que veía a las mujeres en la calle, él le contestaba que hasta a los hombres los veía así y que tampoco era para faltarle al respeto a ella. Jade dijo que ella, había empezado hacer lo mismo en la calle.

Armando le pidió que ya no le estuviera preguntando sobre sus parejas anteriores, que en algún momento así lo hacían para tranquilidad de ella, pero que esto en lugar de ayudar les afectaba mucho, pues ella se enojaba y terminaban peleando. Al darle voz a Jade dijo que sí, que inclusive llegaba a tener pesadillas y que ya estaba cansada de lo mismo siempre con él. Que tal vez estarían mejor separados. Armando, por su parte, le dijo que lo importante era que ellos mantenían un compromiso, sin embargo él temía que Jade lo corriera de su casa, en algún enojo de ella.

Retomando el tema que planteaba Jade de la separación, se hacen preguntas al respecto y se obtuvo la siguiente información: Jade veía una mejor relación con Soraya sin que ella lo estuviera siempre presionando. Armando dijo que quería estar con Jade, pero que si ella realmente planteaba una separación fuera sin tener relaciones sexuales. Dijo sentir un vacío al hablar de la separación y escuchar a Jade decirle constantemente que estaba cansada de no poder atender a Soraya ni a ella misma, por estar atendiendo los problemas con él.

Se les hizo mención de que una separación también podía ser llevada en términos de paz y con acuerdos, para mantener una buena relación con Soraya.

Con la finalidad de **dar un cambio de dirección** dado que Jade en diversas sesiones insistió en subestimar o rechazar el camino hacia la integración en pareja; se retomó su insatisfacción, y el mensaje del equipo fue: *“Todo el trabajo hecho hasta este momento ha sido para resolver y lograr caminos que permitieran una mejor convivencia en pareja; sin embargo a pesar del esfuerzo de los cambios que han mantenido y que como equipo reconocemos, se observa que no han sido suficientes y que los han llevado a plantear la posibilidad de una separación para que cada uno organice, piense y se haga responsable de su persona (refiriéndonos a Jade). Ya que en una relación, cuando hay dudas, es difícil la reintegración”*. Ambos se mostraron desconcertados de lo que escucharon; sin embargo muy atentos.

La **tarea** que se les dejó fue encaminada a **clarificar un posible nuevo rumbo, sin limitarnos al objetivo inicial**. Se les pidió que pensarán y decidieran con claridad que es lo que querían y si era una separación, se trabajaría en ella, para llegar a buenos términos y preservar una relación parental sana.

Sesión 11

Fecha: 8 de marzo de 2004

Asistentes: Ausencia

No llegaron a esta sesión. Posiblemente el plantear un cambio de dirección hacia una separación, haya sido una intervención no esperada y se encuentre sobre todo Jade, pensando un poco más a profundidad en ella.

Interrumpir esta pauta recurrente fue una intervención muy oportuna. Armando se esforzaba en cambiar y satisfacer demandas solicitadas por su esposa, ella evaluaba sus cambios y generalmente le decía estar insatisfecha con sus cambios, que no confiaba en él, que era mejor terminar la relación, Armando se angustiaba por esto, se sentía culpable y se reiniciaba la pauta recurrente que mantenía al síntoma.

Sesión 12

Fecha: 15 de marzo de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Mencionan que la sesión anterior no acudieron, por que ocuparon ese tiempo para platicar entre ellos. Al preguntarles *¿qué fue lo que pensaron del mensaje final de la sesión anterior y sobre la tarea?*, Jade dijo que no se había hecho responsable de muchas cosas y que había culpado Armando, se dio cuenta de sus exigencias y de su intolerancia, con Soraya, con Armando y hasta consigo misma. Reflexionó que para ella significaba mucho su familia y no quería echar a perder tanto esfuerzo de ambos. Para **explorar si se iba a dar un cambio de dirección** al objetivo terapéutico, se le cuestionó *¿Qué esperas al concluir la terapia? Ver si realmente, la relación puede funcionar pero ya no teniendo esta irresponsabilidad de mi parte. ¿A que te refieres con irresponsabilidad? Yo me victimizo y siento que es muy irresponsable de mi parte por que lo culpo de mi dolencia, que hay mucho de cierto ¿no? Pero yo se lo permití o sea él no me obligó a continuar, fue mi responsabilidad, o sea a lo que voy es que todo lo que he hecho lo hice por que yo quise, por mis ideas malas o buenas me gusten o no, pero así fue entonces...al retomar esa idea de que para mi es muy importante la familia, pensé en eso, hacerme mas responsable y pues echarle ganas y yo creo que si... que gran parte es el hacerme responsable y no estar tanto con culpa, aunque es mi manera de ser, pero ya no quiero ser tan exigente ni conmigo, ni con la gente. Tampoco tiene que ser todo como yo quiero que sea.*

Por su parte, Armando dijo que él había pensado en que quería mantener sus cambios y ser constante de ello.

Jade estaba tomando un curso de autoestima que decía le ayudaba a poner en claro situaciones personales y que había descubierto la descalificación constante que hacía de los hombres y que esto era por el abuso sexual que vivió de niña y que ahora esta empezando a

trabajar en otro espacio. Sin embargo pensaba que podía ser una explicación del por qué le costaba tanto reconocer los cambios de Armando.

Al explorar de que manera **la terapia les podía seguir siendo de ayuda, y al final sintieran que les había funcionado**, Armando mencionó que continuar trabajando en la responsabilidad y en que él lograra poner mas atención en ella para entenderla más. Jade dice que el espacio le ha servido para escuchar Armando sin gritos y de manera tranquila, pues en otro espacio los dos gritan, a excepción de cuando se les pidió que buscaran un lugar neutral para estar solo ellos.

Para **reencuadrar el objetivo terapéutico**, se les preguntó: *Entonces ¿hacia dónde podemos caminar, en que les podía continuar ayudando la terapia para que al finalizar, ustedes pudieran tomar la mejor decisión?, ¿Armando, tú en que crees que te pueda ayudar? Me ha ayudado a tranquilizarme al ver mi imagen de Armando hace 10 y hace 20, pues ahora soy otro tipo de Armando. ¿A observar tus cambios y tus avances te ha estado ayudando la terapia? sí, y ¿en qué más te podría ayudar? A unir mi matrimonio. ¿De qué manera lo podrías hacer? ayudándome a estar más atento con Jade, ¿eso te ayudaría para saber que la terapia funcionó, el lograr que tú estas más atento? sí, y ¿a que tipo de atención te refieres? A no estar distraído cuando esta hablando de mí o de nosotros. Entonces lo tuyo seria trabajar en la atención, ¿y ya con eso crees que terminarías con la parte que tu necesitas trabajar, para concluir con la terapia?, sí. ¿Y tu Jade? a mi me ha ayudado a ser más tolerante con Armando, por que aquí me ha dicho cosas tranquilo, que solamente enojado allá afuera me lo decía y ¡así suena muy diferente! a mi me agrada más como me lo dice aquí...tranquilo, sin agresión. **Explorando excepciones:** ¿Ha habido alguna ocasión en que te haya podido decir algo parecido, de manera tranquila allá afuera? Cuando salimos de aquí sí, antes no.*

El mensaje del equipo fue: *“el equipo se pregunta si ustedes podrían platicar en lugar de gritar, en otro espacio que no sea aquí dentro de la sesión”.*

La supervisora entró al final de la sesión para modelar al equipo, la manera de **encaminar a los pacientes a la elaboración de una tarea de manera concreta**. Creó junto con ellos las condiciones adecuadas para que logaran tener una plática sobre un tema de interés en un contexto adecuado para ellos; mencionando ambos que afuera de la casa y

sin que estuviera Soraya. El tema que acordaron platicar fue sobre qué es el respeto para cada uno y tratar de llevarlo a cabo. Martes y jueves Armando pasará por Jade a la escuela y en el trayecto llevaran a cabo la tarea, además de buscar otros días para platicar en el parque.

Sesión 13

Fecha: 29 de marzo de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Al revisar la tarea, mencionan que no la llevaron a cabo. Armando dijo que hasta que ella le preguntó fue cuando hablaron un poco de tema, tuvo él mucho trabajo y no buscó el momento para hacerlo. Esto le molestó a ella “que se llegue a un acuerdo y no se cumpla”, y sólo cuando ella se enojaba y decía que ya estaba cansada, fastidiada y que iban a “tronar”; ese era el momento en que Jade sentía que él cambiaba. Otra cosa que le molestaba era que Armando no se hacía responsable de que su hija cumpliera lo que ella le había encomendado hacer, cuando ella no estaba y que se pusieran a jugar en lugar de recoger. Pero que ya no se metía en esto.

Centrando la atención en los cambios se elaboraron preguntas presuposicionales a fin de ampliar y seguir descubriendo soluciones. Cuando Jade dijo que estaba disminuyendo su actitud de control y gritando menos; y se le hizo la pregunta: *¿qué es lo que te estará ayudando a disminuir esto?* Y respondió que a partir de que su hija le dijo que ella gritaba igual que una señora de un comercial de televisión, lo cual le dio mucha pena con ella, además el taller que estaba tomando, le estaba ayudando a hacerse responsable de lo suyo y permitir que cada quien se hiciera responsable de sus cosas y ya no estar detrás de Armando como si fuera ella, su mamá. *¿Armando tú lo has notado? Sí, ya no grita tanto y esta más tranquila con los dos.* Se le **reconoció y elogió** a Jade que estuviera en el camino de dejar el control y por la dificultad que tenía en esto y en dejar de gritar. Que le permitiera Armando ser el papá que quiere ser y respetar la relación entre su hija y él, así como respetar que cada uno tome sus propias iniciativas.

Por su parte él se mantenía tolerante, ya casi no se enojaba trataba de pensar antes de actuar o de hablar. Al preguntarle *¿qué es lo que te ayuda a mantenerte en ese cambio?*, respondió que era el deseo de estar con su familia y que Jade ya no se molestara tanto y lo

tratara diferente, sin decirle tantas groserías. Se le preguntó a Jade: *¿tú has notado el mantenimiento de este cambio? sí, ¿en que lo has notado?* dijo que Armando se mostraba más tolerante en su relación con Soraya y a pesar de tanto trabajo que había tenido, no llegaba enojado.

Jade dijo que sentía mucho miedo al abandono, mucha angustia y actualmente percibía el mismo “olor” que cuando fue abusada sexualmente. Se le preguntó: *esta situación que tú mencionas ¿crees que este conectando en algo con tu relación de pareja?*. Mencionó que siempre se esforzó para que Armando se fijara en ella por que sentía que no entraba en el prototipo de mujer de él y a partir de esto, ella no lo quiso “soltar”, por que siempre se ha sentido inferior, pero que al principio del noviazgo se había sentido muy protegida por él; sin embargo que actualmente se sentía como en aquellos momentos muy sola y temerosa; que le estaba echando ganas, tratando de continuar, pero que a veces sentía que no podía.

El **mensaje** del equipo tuvo la intención de **retomar el cambio de dirección**, al observar que Jade continuaba con el rechazo del camino recorrido y para esto se les pidió que reflexionaran sobre el tema recurrente de la separación. Para Armando el cuestionamiento y reflexión fueron: *¿cómo tomaba la actitud de Jade de que lo que él hiciera no era suficiente y cómo se sentía ante esto?*; y que si él llegara a tomar la decisión de irse, ella se sentiría abandonada; sin embargo, ella no tomaba la decisión de irse a pesar de su malestar. Para Jade, la reflexión fue *¿Porqué no asumir la responsabilidad de la decisión sobre la separación, porqué dejarle esta responsabilidad a él?*, mencionando que ella era quien estaba insatisfecha. Ambos se quedaron callados y serios ante este mensaje.

Sesión 14

Fecha: 19 de abril de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Se inició la sesión preguntándoles cómo les fue desde la sesión anterior con la reflexión y cuestionamiento final.

Durante esta sesión se fueron intercalando **intervenciones con preguntas presuposicionales y reflexivas** para conducirlos a promover recursos e interrumpir el

patrón recursivo. Jade mencionó que se había dado cuenta que sí había dejado que Armando tomara la responsabilidad de la separación para ella continuar sintiéndose la “víctima” y se le preguntó: *¿Jade, a partir de qué momento te diste cuenta que le dabas la responsabilidad Armando de que tomara la decisión de la separación?, pues reflexioné sobre lo que dijo el equipo la sesión pasada.* También pensó que es muy intolerante y perfeccionista; que tiene que ser más responsable: *¿De que manera te darías cuenta que eres más responsable? con mis obligaciones, no ser egoísta, estando más tiempo con Soraya y Armando, y no solo pensar en mí misma.*

Armando dijo que él continuaba tolerante, había tenido más cercanía física con Jade y con Soraya y que podían pasar más momentos juntos de manera cordial; se preguntó: *Armando, me gustaría que mencionaras ¿cómo le has hecho para controlar tu agresión, ahora eres más tolerante, más atento y más cercano físicamente cómo lo has podido hacer?, mi familia es muy importante para mí, y quiero demostrarlo con amor y en acciones, como dice Jade ser congruente con lo que digo y hago.*

Jade observó que Armando era más atento y tolerante, sin embargo volvió a repetir el mismo patrón de descalificación, después del reconocimiento habló de las carencias, por lo que se intervino con una **pregunta reflexiva** para interrumpir la pauta recursiva: *Jade, ¿qué tendrías que hacer para que estuvieras más atenta a los cambios de Armando y reconocérselos, sin descalificarlos después?* Mencionó que los cambios deben ser constantes, ella consideraba que era “todo o nada”. Se intentó explorar **excepciones al problema**: *Jade ¿hay algún momento de tu vida en que hayas podido encontrar el punto medio en tus relaciones sea con tu mamá, tu familia de origen, con tu hija; y no estar buscando la perfección? en pocas ocasiones ¿y cómo lo has logrado en estas ocasiones? no fijándome mucho, haciéndome la loquita.*

Jade, ¿qué es lo que contiene el “paquete” de exigencias que le entregas constantemente a Armando? la co-dependencia. Jade se autodefinió como co-dependiente, a partir de un libro que estaba leyendo, en el cual se sintió identificada. Pero que ahora se sentía liberada, entró a una iglesia y tuvo la necesidad de entregar la carga que tenía *¿En que te ayudó entregar tu carga en la iglesia a la que fuiste? me ayudo mucho a no sentirme tan agobiada, deje toda esa carga, de siempre estar insatisfecha con todo.* A partir de la infidelidad de Armando empezó a sentir que su vida se le iba de las manos, que perdía el

control en el ámbito laboral, de pareja, escolar y familiar. Actualmente, dijo que poco a poco se ha dado cuenta que era responsable de querer continuar en la relación.

Se retomó la intervención de que los **cambios son poco a poco y la prevención de recaídas**, se les explicó de las subidas y bajadas en los cambios y la importancia que tiene **no apresurarse** para que los cambios puedan permanecer mas tiempo.

Para mover la atención de Jade hacia su propia responsabilidad, se le **reconoció** la importancia que tiene para ella la perfección, pero que sin embargo es necesario plantearse **metas realistas**. Con este objetivo se le dijeron los siguientes **mensajes** finales: 1) que ella podía elegir seguir dentro de la etiqueta de co-dependiente o darse cuenta de la trampa de esto y tratar de salir. 2) Ser perfeccionista le ayudaba a superarse, sin embargo era importante establecer un límite realista, ya que todo siempre es perfectible; por ejemplo la familia americana que ella tenía como modelo y que era una meta irreal por las condiciones particulares y culturales involucradas.

Jade aceptó el mensaje en silencio y con mucha atención.

Sesión 15

Fecha: 3 de mayo de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Jade mencionó que ya no se portaba tan dura y que podía soltar el control y no estar tan pendiente de las cosas, ahora respiraba y pensaba antes de actuar. Estaba más cercana con Soraya y con Armando. Sentía que el estar bien era su responsabilidad. Ambos sentían el ambiente más tranquilo y relajado.

Al preguntar y **ampliar** los cambios con preguntas formuladas a cada uno, se obtuvo la siguiente información: *a Jade le ayudó* conocerse y aceptarse con lo difícil que le resultaba esto último; pensaba en el mensaje que todo es poco a poco y que hay bajadas y subidas.

Armando notaba a Jade más cariñosa y atenta, los buscaba, los tocaba más y eso ayudaba a que Soraya y él se comportaran de manera diferente; él también la tocaba más, la besaba y apapachaba, no era tan enojón ni grosero, hablaban más y compartían tiempo.

Jade dijo que tenían una mejor “intimidad”: hay complicidad, respeto y estaban mas al pendiente de sus actitudes.

Para mantener estos cambios dijeron que lo que *tendrían que continuar* haciendo era apoyase más y hacérselo saber y sentir al otro; darse “chance” de equivocarse y respetarse.

A lo largo de la sesión estuvieron mencionando diversos cambios comprando el presente con el pasado; por ejemplo: Jade dice que antes pensaba que Armando debía de “purgar” el mal que le hacía a ella; ahora ya no piensa esto, dice que fueron las circunstancias y situaciones que ambos vivieron. Se dio cuenta que para ella nada era suficiente a diferencia de hoy. También dijo que necesitaba el reconocimiento y aceptación de los demás, sobre todo de su mamá y hermanos; ahora se esta conociendo, aceptando y haciéndose responsable de sí misma.

Haciendo intervención con **preguntas a futuro**, se cuestionó: *de continuar con estos cambios ¿cómo se ven en un futuro a mediano plazo, en 3 años, por ejemplo?*; Armando se veía feliz, maduro hablando más de los problemas, con más confianza en Jade sin poner en duda lo que ella le dijera que va hacer; y con libertad para él y su tiempo libre con amistades. Jade, por su parte se veía divirtiéndose más con ellos, disfrutando su relación de pareja y tranquilos. Para que reconocieran qué es lo que les estaba funcionando en el presente, se hicieron **preguntas presuposicionales**: *¿Qué deben seguir haciendo para que esto suceda?* Ella dijo que trabajar más en ella, continuar informándose y tener más conceptos. *¿Qué es lo que te puede ayudar a lograrlo?* Ella dijo que Armando la podía ayudar siendo honesto y acorde con lo que decía y hacía y ya no es que siempre se tiene que mostrar lindo. Y que ella le podía ayudar Armando a continuar con sus cambios al no imponerle que llegara temprano y comentarle lo que va hacer, para que él tenga confianza en ella y él tenga la libertad que necesita.

Mencionó que en la semana pasada hubo un problema, sin embargo ambos se comportaron de manera diferente y esto hizo la diferencia en que tuviera una buena solución (el cual se les pidió mencionaran en la siguiente sesión, por falta de tiempo).

Después de la pausa, se le dijo a Jade se le **reconocía** que ahora no había traído a la sesión el “pero” que siempre traía cuando hablaba de un cambio en Armando, y que inmediatamente lo acompañaba de esta palabra haciendo notar que no había sido tan bueno el cambio; ella respondió que también se había dado cuenta de esto. Se les dijo que por el interés del equipo trajeran por escrito que fue lo que hicieron y pensaron diferente y qué de lo que hicieron les había ayudado a resolver el problema que mencionaron antes de la pausa.

Haciendo un reconocimiento y elogio se les envió el mensaje final, se les dijo a ambos que veíamos un cambio en sus pensamientos y que los estaban llevando a cabo también en conductas, sabiendo lo difícil que era y que sin embargo lo estaban logrando. Para Armando, el mensaje fue el reconocimiento del mantenimiento en su firmeza y lucha constante por los cambios que había hecho. Se ofrece una **metáfora**, que les hace sentido: “los vemos a los dos *“en la misma lancha, remando para el mismo lado”*. Este mensaje fue el mejor aceptado de todos. Aunque en varias sesiones se les habían reconocido sus cambios, tal parece que a Jade, en este momento del proceso le era necesario ser reconocida en su propio proceso de cambio y en la dificultad que le representaba y Armando también tenía la necesidad de que el equipo le hiciera un reconocimiento a ella.

Sesión 16

Fecha: 24 de mayo de 2004

Asistentes: Jade y Armando

Hablando sobre el problema que habían mencionado en la sesión anterior, Jade dijo que había discutido de manera diferente la infección vaginal que se le presentó. Se le preguntó *¿qué diferencia encuentras en la manera en que discutieron en esta ocasión? trate de no responsabilizar totalmente a Armando, ¿cómo lo hiciste? pensando que si me había infectado nuevamente, no sólo él era responsable, también yo por decirle que ya no usara condón*. Sin embargo se siente como un olla expresss donde no sabe en que momento va a explotar pues no le queda claro hasta donde es su responsabilidad y hasta donde la de él, y es cuando le reclama y discuten nuevamente.

La discusión de la última semana fue por que ella pensaba que posiblemente él estuviera consumiendo cocaína, que andaba con alguien por que lo notaba ausente y no le

hacía caso cuando ella le habla, etc. Armando le dijo que no esta consumiendo drogas, que no andaba con nadie ni esta buscando con quien andar como antes lo hacía, y que si estaba distraído era por que estaba pensando en el trabajo y los problemas de esto.

Se les preguntó ¿encuentran alguna diferencia en cómo discutían antes y cómo lo hacían ahora? Jade no encontró ninguna diferencia en la manera en que llevaban las discusiones. Menciona que le dijo Armando que de qué servía tener este espacio si seguían igual. La aventó cuando discutían y solo se calmo y dejo de gritar cuando ella lloró. Armando dijo que él sí ve un cambio, no está como antes esperando con quien andar, y que no es una persona “ojete ni pendejo” como Jade le había dicho en la discusión. Y que para que haya un problema se necesitan dos y que él no juega. Se les mencionó que el equipo y la terapeuta coincidimos en esto último, pero agregamos que para que haya una solución también se necesitan dos.

Se explicitó que Armando había hecho cambios, sin embargo Jade decía que no eran suficientes para ella ó para lo que ella esperaba, pero que quería estar con Armando, pero con el Armando que tenía en mente. Por lo tanto, se intervino con la **pregunta del milagro**, pidiéndole que pensara para la siguiente sesión: *si tuviera una varita mágica, ¿qué es lo que le pediría? ¿y cómo se daría cuenta de que está ocurriendo lo que le pidió?. (Esta pregunta no fue explorada en la siguiente sesión, por toda la información trabajada, ya no dio tiempo).*

Al volver Jade, su mirada hacia los problemas, el mensaje fue encaminado nuevamente a **que reconociera y asumiera su responsabilidad**: *“el tiempo que se ha trabajado en terapia hemos visto cambios y por cuarta vez nuevamente estamos en el mismo punto, donde los cambios no son suficientes y tú Jade te encuentras insatisfecha. Entonces, Jade tendrás que pensar si quieres continuar o no, y asumir esta responsabilidad de tus insatisfacciones personales, por que por más cambios que haga Armando ninguno será suficiente. Los cambios tienen un límite y tal vez Armando haya llegado al suyo y esto no quiere decir que no te ame, pero ahora tendrías que decidir si sales de la relación o continúas con tu insatisfacción, aceptando los límites del cambio”.*

Por tal motivo, la siguiente sesión les pedimos que asistiera uno de ellos y en quince días el otro, para que después, en tres semanas, nos reuniéramos nuevamente los tres.

Con este último mensaje, se sintió un ambiente muy tenso, sin embargo ambos se mostraron muy atentos, escuchando sin hablar.

Sesión 17

Fecha: 31 de mayo de 2004

Asistentes: Jade

A esta sesión acudió Jade, el objetivo fue definir su situación personal en la relación, explorar qué es lo que pasaba con ella que no le permitía salir de la situación donde estaba, así como ir perfilando la definición de su decisión y su responsabilidad.

Retomando el **mensaje final** de la sesión anterior: *¿Qué fue lo que pensaste del mensaje final de la sesión anterior? me estoy dando cuenta de que tengo muchos problemas emocionales, y me es muy difícil no exigir.*

Evidenciando su postura en la relación se le dice: *“a lo largo de las 17 sesiones, hemos visto que te mueves, en tres posiciones: una es, estoy insatisfecha, no me siento bien no me siento a gusto, sin embargo sigo aquí insatisfecha sin tomar la decisión de irme; otra es quedarte en esta indecisión permanente de ir y venir constantemente cómo péndulo y otra al decir quiero irme lejos, pero no te vas. Explorando sobre el problema: ¿Qué piensas de esto? el problema esta en mi, por que sí como dices, ya también lo pensé, yo creo que las personas tienen su límite en cambiar y pienso si estoy cometiendo un error, y después me voy arrepentir y pienso en mi hija. Es que yo no aceptaba que estoy tan enojada, tan aferrada; tengo muchas cosas que me enseñaron y no me las he quitado. Muchas ideas como la de que “nunca es suficiente”, que todo tiene que ser perfecto, todo tiene que estar bien hecho y eso no me ha permitido ser feliz ni disfrutar de muchas cosas.*

Con preguntas presuposicionales y reflexivas, para llevarla a encontrar soluciones, se le va cuestionando: *¿qué cosas crees que a ti te ayudarían, para que estas ideas que se te vienen no estén afectando constantemente tu relación? como que yo ahora nada más quiero recibir, por lo que yo ya di. Y entiendo que no es de lo que hagan los demás o sea que mis rollos y mi tristeza y los llevo siempre y veo el ambiente así con insatisfacción. Y ¿qué es lo que podrías hacer diferente?, darle Armando su importancia, su lugar y también ver sus necesidades sin querer que pague lo que me hizo. Y ¿que tendría*

que pasar para que tú pudieras, hacerlo?, yo creo que necesito una terapia individual o sea, por que los libros no me contestan todas mis preguntas qué es lo que tengo, por qué siento esto, cómo hago para crearme, para quererme, para cuidarme, para no estar tratando a la gente como la trato y principalmente Armando y a Soraya. Ir desenredando, perdonando, quitarle el paquete Armando de todo lo que me pasa.

Finalmente, el mensaje del equipo, tuvo como objetivo movilizar a Jade quitándole del pasado que la paralizaba y traerla **al presente: al aquí y ahora, además de depositar en ella la responsabilidad de un cambio de enfoque terapéutico, y las posibles consecuencias de ello.** El mensaje fue que todos pasamos por alguna situación difícil, la diferencia es cómo la enfrentamos y qué hacemos a partir de eso; que ella ya había identificado el problema, ahora ya tenía claro cual era el problema, y que planteaba una terapia individual, sin embargo que el equipo pensaba que esto sería un retroceso a lo que habían estado haciendo, que era como dar un paso atrás para ver que sucedió y detener el trabajo de la relación, que el equipo veía en Armando cansancio y no sabían si él estaría dispuesto a darle ese tiempo.

A sugerencia del equipo, se formuló de manera más clara este mensaje: *“El equipo me pide que sea mas específica, por que a ellos no les ha quedado muy claro, la manera en la que te estaba planteando el mensaje que te enviaron. Lo que quiero expresarte, no es que el proceso terapéutico individual, sea un retroceso, a lo que nos referimos es que tu quieres trabajar de manera individual para conocer los por qué de tu infancia, y eso no te va a producir un cambio por sí mismo, lo que produce un cambio en la relación, es el cambio de actitud. Sin embargo, es algo que tu tienes que decidir: si te quieres regresar a saber los por qué de tu infancia (que te llevarán mucho tiempo), y que finalmente te llevarán a estar en este momento, en el que estas ahorita para hacer los cambios, pues el solo hecho de conocer no te va a dar los cambios en la relación. ¿Ni el reconocerme? (Jade). El reconocerte lo has estado haciendo, entonces tu tendrías que saber en que momento quieres hacer los cambios, y Armando seria quien tendría que decir si te acompaña en todo este proceso, pero lo que a nosotros nos parece es que él ya esta desgastado y tu decidirás si a partir de ahora quieres o no hacer los cambios (Terapeuta). O sea ya me di cuenta de las cosas ¿ahora es aplicar en lo que ya me di cuenta?(Jade). Eso*

es lo que nosotros proponemos, pero la responsabilidad en esta decisión es principalmente tuya (Terapeuta).

Con este mensaje se logró que Jade se encontrara con solo una salida: la responsabilidad de una decisión (la que fuera), por lo que se mostró hasta cierto punto incómoda pero crédula y respetuosa de lo que se le dijo.

Esta fue la última sesión en la que se trabajó en este caso, no llegó Armando a la siguiente sesión por problemas en su trabajo por los permisos solicitados durante todo el proceso de terapia, sólo se logró hacer contacto telefónico veinte días después

En esta llamada telefónica que les hice, Armando mencionó que él le quería demostrar a Jade el amor que sentía por ella, por todo el tiempo que no lo había hecho en el pasado y que si ella necesitaba acudir a un proceso individual, él la apoyaría; sin embargo se le preguntó: *Armando si Jade persiste con esta conducta, ¿estarías dispuesto a continuar de esta manera en tu relación?.* A lo que respondió que si ella persistía en su descalificación e insatisfacción, tal vez sería bueno que él tomara la decisión de la separación para estar bien los tres. Y se le preguntó: *¿De plantear una separación cómo sería tu relación con tu hija?.* Dijo que le causaba mucha incertidumbre, pero que muy cercana y siempre con mucho amor, que en la terapia se había dado cuenta que la relación con su hija era independiente a la relación con Jade y a lo que ellos acordaran de su relación de pareja y que Jade también lo consideraba así.

Como mensaje, se le sugirió hablar de este asunto si se llega a presentar, sin enojo, en términos de acuerdos con el propósito de cumplirlos, sin que sean solo amenazas que hacen perder la seguridad y credibilidad entre ellos; es decir que cumplan lo pactado; por ejemplo, si acordara él irse, que se fuera y si ella lo solicitaba, no se valdrían que después le dijera que siempre no. Con el fin de que cuidaran lo que se pedían y solicitaban y asumieran esta responsabilidad.

Al preguntarle por Jade, ella tomó la llamada y mencionó que se había sentido muy bien y que era momento de llevar en acciones de manera responsable su vida, sin culpabilizar a los demás y dejar de ser una niña de tres años desprotegida y asumirse como una mujer de 25 años que puede tomar decisiones. Que había vivido durante muchos años

con miedo y enojo que la invadían, pero que el cometario de la sesión, sobre que todos vivimos situaciones difíciles pero la diferencia es la manera en que enfrentamos, le había hecho mucho sentido y que ahora quería iniciar a trabajar y ser mas independiente de Armando; y aunque esto dijo que le daba mucho miedo, era momento de enfrentar sus miedos y asumir responsabilidades sin echarle al culpa a Armando de todo lo malo que le sucedía. Además de responsabilizarse más de su rol de madre.

Finalmente mencionó que ella y Armando estaban muy agradecidos por el tiempo y la paciencia del equipo y de la terapeuta.

Se les dijo que ahora era el momento de llevar a cabo en acciones y fuera del espacio terapéutico las conductas que les habían estado resultando y que le preguntara a Armando y comentaran, el último mensaje que a él se le había transmitido, en esta llamada. Que en dos meses hablaríamos para hacer una cita de seguimiento para saber como estaban las cosas entre ellos. Sin embargo esta cita no se logro hacer formalmente.

Llamada telefónica de Armando, cinco meses después

El proceso de esta pareja, se llevo a cabo en 17 sesiones, sin lograr formalmente la sesión de seguimiento, sin embargo, el 9 de octubre de 2004 a la 1:00 a.m., hubo una llamada telefónica de Armando a mi teléfono particular.

Esta llamada duro aproximadamente 45 minutos, Armando lloraba pausado y tranquilo. Ese día habían hablado él y Jade y ella había decidido terminar la relación, el acuerdo fue que él se iría de la casa, Soraya se quedaría con Jade y ambos estarían al pendiente de su bienestar.

Armando había hablado por la tarde con un amigo de AA y él le dijo que la responsabilidad había sido de él, por sus actitudes del pasado. Pensó que la terapia entonces no le había servido, pues él quería estar bien con su familia lo cual duro 2 meses después de la última sesión, y posteriormente Jade le reclamaba que él seguía igual, con poca atención y tiempo para ellas. Él le decía que estaba trabajando; de la casa salía a las 6:00 a.m. y regresaba a las 11:00 p.m. y los fines de semana tenía otro trabajo, lo cual le impedía cubrir esta demanda de tiempo de Jade.

Repetidamente Jade le había mencionado que lo quería solamente por que era el papá de su hija, pero no como pareja; sin embargo él estaba muy sorprendido que un día antes le había dicho que lo amaba y al siguiente día le planteara la separación.

Al preguntarle por Jade, dijo que ya estaba trabajando y estaba litigando dos casos; uno en Cd. Nezahualcoyotl y otro en Texcoco y ese día no había ido a dormir a su casa por que estaría en uno de estos lugares; sin embargo él llamo y le dijeron que no estaba en ese lugar, situación que lo desconcertó mucho. Al preguntarle que es lo que pensaba de esto, dijo no saber, que estaba muy confundido y con mucho dolor por la decisión de Jade. Pero que finalmente era lo que nosotros como equipo de terapia, veíamos que iba a pasar.

Se le mencionó sobre la responsabilidad compartida en la pareja cuando se decide estar juntos y/o separados; él mencionó que se sentía el único responsable, aunque alcanzaba a darse cuenta que había hecho todo lo posible por que estuvieran bien, pero que no había resultado, pues el daño a Jade había sido mucho y que ella era una “víctima”.

Después de escucharlo dada su necesidad, se le hicieron varios comentarios. Respecto al tiempo fuera de casa, se le hizo ver nuevamente que al estar trabajando tanto, también estaba cubriendo una de las necesidades de Jade, pues uno de los problemas era el económico. Y que finalmente las demandas de que él llevara más dinero a la casa y estar más tiempo con ellas, se volvían incompatibles.

Se le recordó que la terapia había tenido dos objetivos: mejorar la relación de pareja o llegar a un buen término y que a diferencia de otras ocasiones se habían sentado a platicar sobre los términos de una separación intentando llegar acuerdos; contemplando el bienestar de Soraya y teniendo una relación sana como padres de ella. Y el que Jade asumiera la decisión, de continuar o de terminar, dada la insatisfacción que demostraba en la relación con él, de alguna manera lo podían liberar de la responsabilidad de que ella se sintiera abandonada por él.

Cuando Armando se escuchaba más tranquilo se finalizó la llamada y se le dio una cita para que acudiera al Centro de Atención en esa misma semana, pero no asistió y no se pudo hacer contacto después.

Análisis teórico metodológico de la intervención

A continuación se presenta el análisis del caso según el modelo de terapia breve y soluciones.

Postura del paciente

Buscaron ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíproca entre ellos y la terapia. Desde el inicio del proceso ambos se encontraban dispuestos a confiar en la terapia y con disposición hacer lo posible para mejorar su situación. Ambos mostraron una postura de respeto, confianza, apertura de colaboración y aceptación ante el equipo y ante la terapeuta. Asistieron puntualmente y cumplen con las tareas asignadas, excepto una asistencia y una tarea no realizada, ambas en los momentos en los que se retomó el tema de separación que Jade traía a la sesión de manera intermitente.

Hubo acuerdos en lo que consideraban como problemas en la relación.

Había desacuerdo en la permanencia de su relación, mientras para Armando era primordial continuar su relación con Jade y estaba trabajando en ello; Jade no tenía claridad en lo que quería de su relación, en ocasiones lo mejor era terminar en buenos términos y en otros momentos mostraba interés en una buena integración.

Evolución del motivo de consulta

El problema por el que acudieron fue por infidelidad de Armando, la necesidad de definir si continuar, o no en la relación y los eventos de agresión entre ellos.

Definiendo como problemas principales la desconfianza y la agresión. Sin embargo, fueron varios los problemas que se fueron trabajando durante las 17 sesiones: la desconfianza agravada por la infidelidad (pues había iniciado desde 10 años atrás), el enojo de Jade que no le permitía perdonarlo, los valores familiares (familia extensa de Jade) sobre la infidelidad, la violencia y eventos de agresión entre ambos, problemas económicos, la falta de espacios individuales y de convivencia familiar, el no reconocimiento y descalificación a los cambios de Armando por parte de Jade, la insatisfacción de Jade en la relación, su necesidad de control y perfección, la culpa generada en Jade por no cumplir

con las necesidades de Soraya, la culpa generada en Armando por la infidelidad y por la violencia hacia Jade en el pasado, los desacuerdos en el ejercicio de su rol parental.

Soluciones intentadas

Ambos habían acudido de manera individual a otros centros de atención y apoyos psicológicos, Jade para autoestima, violencia intrafamiliar y abuso sexual en la infancia. Armando para controlar su violencia.

Jade, asumía etiquetas diagnósticas por sí misma (víctima, co-dependiente, etc.), que sentía le iban ajustando según lo que leyera en libros, viera en programas de televisión, escuchara en el radio o en los cursos a los que asistía. Estaba muy pendiente de lo que él hacía: a quien veía por la calle, a quien se encontraba, en donde estaba, se cercioraba que lo que le dijera Armando, fuera verdad. No reconocía los cambios y esfuerzos de él o si lo llegaba hacer, los minimizaba o descalificaba.

Por su parte, Armando había asistido a CORIAC para tratar su violencia y poder ser mejor pareja, estaba muy dispuesto y flexible; había modificado actitudes que molestaban a Jade y lastimaban su relación, sin embargo se sentía poco reconocido en sus cambios.

Lo que ambos decían que habían hecho para sobrellevar los problemas en su relación, era viviendo a disgusto, persiguiéndose, discutiendo y agredándose. Cuando ella dudaba de algo que él le decía ella lo perseguía, él se escabullía ignorándola, ella se sentía burlada perdía la paciencia y le gritaba, los dos perdían el control, se gritaban y hasta podían terminar golpeándose.

Que se debía evitar

Evitar repetir el patrón que se ha dado en la dinámica de pareja y que parece ser que llevaba al mantenimiento de esta problemática:

Continuar evitando los episodios de violencia y agresión entre ambos.

Se debía evitar que Jade tuviera una lupa para ver lo que Armando “hacía mal”. Jade se encontraba muy ocupada en rastrear lo que consideraba malo de Armando, lo cual le impedía observar los cambios. Tal parecía que toda su energía estaba concentrada en

asegurarse y confirmarse a sí misma, que Armando continuaba siendo el problema, lo cual la mantenía descalificándolo constantemente.

Evitar que Jade continuara viviendo en el pasado. Jade vivía en muchos momentos del presente el pasado, que no le permitían ver lo nuevo que estaba viviendo en su relación, el perdón hacia Armando por la infidelidad no lo lograba elaborar, situación que le impedía ver hacia adelante y de manera diferente su relación.

Se debía evitar que Jade acudiera a una diversidad de atenciones, ya que esto podía estar confundiéndola, más que orientándola. Que dejara de estar poniéndose “etiquetas diagnósticas”, que la podrían estar llevando a actuar conforme lo esperado a ellas.

Enfoque estratégico

Desde el inicio del proceso se recopiló información sobre el problema de manera clara y explícita, conociendo cuáles eran los cambios que esperaban en términos de conductas; lo cual permitió formular estrategias con un tratamiento acotado en los objetivos y metas terapéuticas, distrayendo la atención lo menos posible, en eventos que no fueran primordiales para lograr el objetivo de una terapia breve: evitar más de lo mismo y trabajar en corto plazo.

Las intervenciones, pudieron ser formuladas con la intención clara de movilizarlos al cambio, para resolver los motivos de consulta.

Se puso atención en los cambios, se intervino constantemente con la ampliación, elogio y reconocimiento en los esfuerzos que ellos significaban, se trabajó en el presente en el aquí y ahora, sobre todo porque Jade se encontraba frecuentemente en este punto, que llevaba para atrás los pasos adelantados por ambos. Además, con estas intervenciones se modeló a la pareja el reconocimiento a los esfuerzos y los cambios logrados, que se observó era algo importante para ellos.

Se distribuyó el síntoma en tanto a la responsabilidad de la relación, quitar etiquetas que ambos tenían puestas en sí mismos y en el otro, que ambos reconocieran y asumieran: Armando sus errores y Jade los cambios y responsabilidad en la insatisfacción de la relación aceptando que los cambios de Armando no serían suficientes para ella.

Me parece que la intervención final logró dar un giro estratégico al proceso con un cambio de dirección necesario para que el caso no quedara estancado y lograr un cambio de segundo orden, interrumpiendo la pauta recurrente de interacción: Armando se esforzaba en cambiar y satisfacer demandas solicitadas por Jade, ella evaluaba sus cambios y generalmente le decía estar insatisfecha con sus cambios, que no confiaba en él, que era mejor terminar la relación, Armando se angustiaba por esto, se sentía culpable y se reiniciaba la pauta que mantenía al síntoma (desconfianza-agresión).

Se hizo referencia de la necesidad de trabajar asuntos de pareja entre dos, para poder lograr acuerdos, a diferencia de los intentos de solución en ayudas individuales que habían tenido anteriormente y que no los llevaron a un cambio en la relación.

Encomendar tareas y dar mensajes acordes al objetivo terapéutico, además de iniciar cada sesión con su revisión, fue una estrategia que ayudó mucho a dar dirección al proceso:

Los mensajes del equipo terapéutico funcionaron como soporte importante en las estrategias para el cambio y en algunas ocasiones sirvieron para movilizar a la pareja resguardando la integridad del sistema terapéutico. Fueron recibidos con mucha apertura y atención, todos ellos causaron impacto y sentido en la pareja, los llevaron a la reflexión y al proceso de transformación.

Las tareas terapéuticas resultaron exitosas, en su planeación se tomaron en cuenta las necesidades de la pareja, el momento en el que se encontraban y la evolución en el proceso. Ayudaron a dar dirección y movilización. Armando y Jade se mostraron colaboradores y entusiastas, cumplieron con las tareas. Estas tuvieron diferentes objetivos: lograr acuerdos y compromisos, abrir la comunicación entre ellos, buscar diferentes formas de ejercer autoridad con su hija, hacerlos responsables de los cambios, buscar estrategias de mantenimiento y finalmente el giro de 180° con el planteamiento de cambio de dirección.

Objetivo y evaluación de resultado

La pareja se encontraba en el punto de reconsiderar la manera en que habían llevado su relación y saber si podían hacer algo por estar juntos de una manera más armónica o si era mejor separarse, pero en buenos términos. Sin embargo, cada uno tenía una preferencia, Armando era quien estaba en el proceso de arrepentimiento solicitando una oportunidad

más y querer permanecer con ella y Jade estaba inclinándose más por la disolución de la pareja; ella se sentía muy desgastada en la relación y actualmente más preocupada por sus problemáticas personales.

La violencia sexual que ella vivió en la infancia y todas las consecuencias que estaba viviendo por este hecho, repercutían en gran medida en su relación con Armando. Jade estaba iniciando el trabajo de esta agresión, en otro espacio; y al parecer estaba en el momento en que estos recuerdos llegaban a su vida, pues mencionó que los había tenido ocultos, sin embargo se encontraban manifiestos en conductas que afectaban su vida personal y de pareja. El modelo de terapia breve con el que se trabajó en la pareja, no considera retomar situaciones que salen del contrato terapéutico; en este caso, del problema de infidelidad y desconfianza *en la pareja*, es por eso que no se trabajó este problema individual. Sin embargo de manera sistémica, estaba evidentemente afectando en gran medida su relación de pareja.

Jade presentaba síntomas de depresión, ansiedad, tenía problemas para dormir, mencionaba sentir baja autoestima, se sentía rechazada, sentía miedo a los hombres, rechazaba las relaciones interpersonales con ellos, frecuentemente mencionó que la mirada de Armando la intimidaba y se sentía amenazada y controlada, se le dificultaba tener confianza en las personas incluyendo Armando (incluso antes de la infidelidad), vivía constantemente en una ambivalencia en su relación de pareja: querer permanecer y no hacerlo. Presentaba problemas para la excitación sexual, infecciones vaginales recurrentes, aturdimiento mental: problemas de atención y concentración.

Todo esto, como muchas investigaciones lo sustentan, se puede observar como consecuencia del abuso que ella vivió en la infancia y que al no haberse trabajado aún, estaban formando parte de su personalidad como un proceso de homeostasis, para continuar “funcionando”.

Por su parte, Armando tenía una personalidad muy fuerte y “protectora”; pero caía en el extremo de control y violencia; sin embargo al inicio de la relación tal vez este era un punto en donde se complementaban, ella con gran necesidad de protección y él tener a quien salvar y proteger. Dejando de ser funcional al haber llegado a extremos, en donde ambos llegaron a relacionarse con expresiones de violencia sutil, verbal y física.

Mostrándose así su inconformidad, enojo, poder, control, coraje e impotencia. Hechos que atentaron contra la estabilidad, seguridad, confianza y autoestima, que en Jade, y seguramente en Armando también, ya estaban lastimados desde la infancia.

En este caso, la infidelidad había sido un momento de crisis en la pareja que los había llevado a reconsiderar y reevaluar su relación. La desconfianza, el rencor, la hostilidad, etc., habían estado presentes en ambos miembros desde antes de este hecho, sin embargo, éste fue el detonador que los estaba conduciendo a querer generar un cambio de segundo orden. Además de haber llevado a Jade, a recordar su violencia sexual y la necesidad de atender sus problemáticas personales.

Con la finalidad de poder evaluar los cambios que ambos generaron durante el proceso de terapia, se recuerdan cuáles fueron los objetivos que ellos querían obtener:

Jade necesitaba de Armando: a) respeto en acuerdos de ambos, b) tolerancia en sus tiempos y sueño en fin de semana sin que le hiciera ruido, c) no la celara y le tuviera confianza: no le llamara para saber qué hacía, en donde estaba, con quien y si había conocido a alguien, d) apoyo en las labores de casa y en el tiempo que debía dedicar a su escuela: que le dijera que le echara ganas, que no la llamara para ver la televisión y que respetara el tiempo que ocupaba en sus tareas, e) escuchara sus planes sin burlarse, f) hablara con ella: sobre la relación de pareja y no le cambiara de tema cuando ella hablaba de ellos y de como educar a Soraya y g) fuera cariñoso con las dos.

Armando necesitaba de Jade: a) confianza, que no le cuidara los ojos, crea en lo que le dice: no le devolviera las llamadas para verificar si estaba donde él le decía, vea sus cambios b) respeto, que no lo tratara con groserías ni gritos y le permitiera terminar sus ideas cuando hablaba, c) tolerancia y respeto a sus tiempos cuando veía la televisión y dormía.

Ambos, al final del proceso se encontraban de manera intermitente viviendo con una violencia sutil, sin embargo continuaban con el objetivo de eliminarla y querían encontrar mejores formas de expresar su enojo y frustración.

Jade logró hablarle a Armando con respeto, sin groserías, podía no cuidarle “los ojos” y esto hacía que Armando no se sintiera perseguido y sí digno de confianza y al

mismo tiempo con confianza hacia ella, lograba respetar los tiempos y espacios de Jade para que durmiera, estudiara y saliera a divertirse con sus amigas y colaboraba en las actividades de casa. Jade salía con sus amigas y cuando llegaba tarde, él no la esperaba enojado. Los episodios de violencia física y verbal se habían espaciado hasta no presentarse. Armando mostraba su cariño con caricias y acercamiento físico. Lograron encontrar espacios para convivir en familia. Ambos estaban más al pendiente y más involucrados con Soraya. Soraya, a su vez se había mostrado más cariñosa con sus papás y más alegre. Armando y Soraya ya tenían una relación más estrecha, estaba más involucrado en el cuidado de ella dándole más tiempo y atención, pero esto a su vez generaba en Jade sentirse desplazada y enojada.

Una posible explicación sería la propia historia de violencia sexual en la infancia de Jade, llevada a cabo por un familiar; y el temor que este hecho podía estar generando al ver la aproximación física y emocional que Armando estaba iniciando con Soraya y con ella misma, siendo esto una respuesta “esperada”, por la condición de abuso, impactando en consecuencia, en su relación pareja y relación parental.

Por otra parte, un factor que permaneció oscilante fue el reconocimiento en los cambios que Jade hacía de Armando, cuando ella no estaba tan enojada valoraba su esfuerzo, sin embargo generalmente, se mantuvo en constantes descalificaciones, restándoles importancia y reconocimiento. Tal vez, se pudo haber trabajado con Armando, en que evitara que el principal motivo de su cambio fuera el reconocimiento de Jade, que continuara el esfuerzo del cambio por sí mismo, pero que dejara de esforzarse en obtener este reconocimiento, pues al no encontrarlo podría recaer, si este era su único y principal objetivo.

Ambos hicieron modificaciones y se dieron cuenta de la importancia que tenía para ellos el reconocimiento a sus esfuerzos. Sin embargo el no reconocimiento a los cambios fue la constante que no permitió continuar en este sentido, por la insatisfacción de Jade y los problemas personales que ella identificaba como no resueltos (violencia sexual en la infancia, la violencia de Armando en el pasado y la insatisfacción personal).

Al dar el giro sobre la insatisfacción que ella tenía en la relación y la decisión de separación que ella debería asumir y no delegarla a Armando, se inició el trabajo hacia la

responsabilidad de Jade en la toma de decisiones sin continuar pidiendo cambios, en los que Armando trabajaba y que para ella no resultarían suficientes.

Me parece que Jade estaba en un momento diferente al de Armando respecto al compromiso de pareja. Estar en el mismo momento, sería compartir las necesidades, contar con la capacidad emocional y psíquica, y estar en la disposición real, ambos, de trabajar y querer caminar hacia la misma dirección. Mientras Armando se encontraba en un proceso personal de arrepentimiento, querer enmendar los daños y contar con las herramientas suficientes para expresar y manifestar en conductas su interés y necesidad de compromiso. Jade estaba atrapada en la culpa, el rencor y su pasado, con desconfianza *agudizada* por la infidelidad y la violencia de pareja antes vivida, que le impedían avanzar con él dado su momento de vida personal.

El enojo y el perdón por la infidelidad, no se elaboraron. En Jade, su historia previa, el desarrollo académico en el que estaba en ese momento, su desarrollo personal y sus valores familiares estaban pesando tanto, que no podía perdonarlo ni perdonarse a si misma por haber regresado con él después de una infidelidad, por haber atentado contra su integridad y su confianza; convirtiéndose en más obstáculos que no le permitían sentirse satisfecha en su vida personal y de pareja.

El que ambos se encontraran en tiempos diferentes generaba diferentes expectativas, necesidades, demandas y emociones que impedían el re-encuentro conyugal. Esto podría generar a largo plazo, un agotamiento en Armando por sentir que era él quien más estaba dispuesto hacer cambios y con la “energía” necesaria para salvaguardar su relación. Jade por su parte, se encontraba con la energía puesta en la desconfianza mostrada con excesiva demanda y persecución, viviendo en la ambivalencia de querer estar y mejor no estar. Lo cual llevaba constantemente a oscilar en un avance y retroceso en el proceso hacia la unión de la pareja.

De haber coincidido ambos en un mismo tiempo, el sistema se podía haber reestabilizado reforzando el “poco a poco” y el compromiso de ambos, ampliando la importancia que hay en “dar, en una relación, para continuar recibiendo” y trabajar en la reciprocidad de la pareja, que los llevaría a sentir satisfechas sus demanda y las demostraciones de cambio.

Para reconstruir la confianza, cualquiera que sea la situación personal y cualquiera que sea la etapa del proceso que esté transitando la pareja, no basta con que uno de ellos trabaje para reconstruirla, es saludable y necesario que la persona afectada esté dispuesta a combatir los sentimientos de desconfianza. Por supuesto, la reestructuración depende no sólo de la disposición de la persona sino también de la fortaleza emocional y las redes de apoyo, las cuales se encontraban aún, muy afectadas en Jade.

Conclusión final

Consideraciones del trabajo profesional en terapia

Lo que las familias buscan al acudir a terapia, es lograr el cambio y es lo que el sistema terapéutico trabajará, durante el proceso. El momento de cambio es cuando el paciente (sistema o subsistema familiar), tiene la necesidad de adaptarse a las nuevas condiciones que le solicita el medio o la circunstancia por la que esté viviendo, cuando al enfrentar un momento de crisis se observan a sí mismos con la carencia de recursos para enfrentarlo, y cuando deciden enfrentar y resolver este requerimiento evolutivo, lo manifiestan pidiendo ayuda.

En terapia, el cambio es entendido como retroalimentación positiva que esta relacionado con el avance progresivo y la adaptación, es decir, ante un acontecimiento que demanda modificación, el sistema evoluciona adaptándose y modificando su estructura hacia el cambio (retroalimentación positiva), siendo esta evolución y modificación de alguna manera una muerte en el sistema, pues adquiere nuevas estrategias y las anteriores se vuelven obsoletas ante las nuevas condiciones (Hoffman, 1987).

En diversos apartados del presente trabajo, se ha enfatizado que para promover el cambio, no solo importa la técnica o el enfoque terapéutico, es necesario hacer uso de los diversos factores que intervienen en este proceso, como la llamada *alianza terapéutica (paciente- terapeuta)*, que funciona como un predictor significativo del éxito. Sin restar importancia a la aplicación de *modelos o técnicas terapéuticas* que se vuelven funcionales, dependiendo de las características del *paciente* y del *terapeuta*.

Es muy importante considerar que la participación del paciente influye en el proceso de cambio. Los pacientes no son procesadores de información, se les debe tratar y respetar como individuos que están generando ideas, modifican viejos conceptos y los utilizan, crean nuevos, piensan en alternativas, etc.

Las expectativas positivas que los pacientes tengan respecto a la terapia, estarán relacionadas con su motivación y con un resultado positivo; teniendo gran influencia algunas de las características del terapeuta.

Tollman y Boharth (2000) encuentran en la literatura, que los clientes mencionan como los factores más útiles en la terapia: las características del terapeuta como facilitador de tranquilidad, comprensión y su ánimo en su trabajo terapéutico. En este sentido, se ha estudiado que la actitud del terapeuta es uno de los componentes más útiles para entablar una buena y sana relación entre el terapeuta y el cliente; siendo una herramienta más como factor de cambio. Los pacientes evalúan la experiencia interpersonal con el terapeuta, como más benéfica que la técnica empleada.

La alianza terapéutica provee un espacio respetuoso, confortable y de confianza para el paciente, contextualiza la problemática, examina lados fuertes, genera nuevas alternativas, guía al pensamiento, al análisis, a recobrar la fuerza para enfrentar la vida y valorar nuevas conductas.

En la práctica clínica es muy importante que el terapeuta cuente y favorezca algunas características profesionales y personales tales como: una actitud comprensiva, de escucha y aprobación, personalidad cálida y de confianza, su posición neutral ante el problema, animar gradual y respetuosamente al paciente para hablar de su malestar, escuchar de manera comprensiva y ayudar a la comprensión del “sí mismo” del paciente. Integrado a esto, es necesario contar con terapia personal, preparación académica profesional y actualización permanente, para ser competente en esta área de actividad profesional.

Con estas características, se podrá optimizar el cambio, dependiendo también de las características propias de los consultantes (motivaciones, expectativas, necesidades, etc.). Es decir en el sistema terapéutico, como en todos los sistemas, coexiste una interacción recíproca que puede favorecer o no, el cambio familiar.

“ Me he dado cuenta de que debo continuar creciendo como persona y como terapeuta, y que mi crecimiento implica un proceso de interacción, que es en última instancia beneficioso tanto para mis pacientes... como para mí mismo”

(Bergman, J. 1987)

BIBLIOGRAFÍA

- Alducin, E. (1989). *Los valores de los mexicanos. México: entre la tradición y la modernidad*. México: Fomento Cultural Banamex A.C.
- Andersen, T. (1994). *El Equipo Reflexivo. Diálogos y Diálogos sobre Dialogos*. Mexico: Gedisa
- Anderson, H. y Goolishian, H. (1996). El experto es el cliente: la ignorancia como enfoque terapéutico. En McName, S. y Gergen, K. *La terapia como construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Avilés, F. (2004). *La entrevista familiar: un medio de aproximación al conocimiento del problema*. En: Dulanto E. *La familia un espacio de encuentro y crecimiento para todos*.
- Bautista, S (1998). Desconfianza. *Madrid Sureste*, Recuperado 9 de mayo 22006. http://www: Artículos de psicología_ Desconfianza.htm
- Bebbington, (1996). The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, 8: 295-332, 1996.
- Bergman, J. (1987). *Pescando Barracudas: Pragmática de la terapia sistémica breve*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Bertalanffy, L. (1981). *Teoría general de los sistemas*. Londres: Carril De Allen.
- Bonilla, M., Hernández, A., Andrade, P. (1996). Significado del matrimonio en el ciclo de vida marital. *Archivos hispanoamericanos de sexología. II, (2): 73-82*
- Botitinelli, M. (2000). *Herederos y protagonistas de relaciones violentas*. Buenos Aires: Lumen.
- Brofman, M. (2000). *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y muerte infantil*. México: UNAM.

- Cade B. y Hudson-O'Hanlon (1995). *Guía breve de terapia breve*. Barcelona España: Paidós.
- Cantú E. (2001). Desconfianza en la pareja. *Canal 11: Diálogos en confianza*.
- Caraveo, J., Colmenares, E. y Saldívar, G. (1999). Morbilidad psiquiátrica en la Ciudad de Mexico: prevalencia y comorbilidad a lo largo de la vida . *Número especial de la revista Salud Mental*. 22: 62- 67.
- Cecchini, G (1988). Hypothesizing-circularity-neutrality revisited: An invitation to curiosity. *Family Process*, 27, 405-413.
- Desatnik, O., Franklin, A., Rubi, D. (2002). Visiones, re-visiones y super-visión del proceso de supervisión. *Psicoterapia y familia*, 15:1.
- Díaz-Guerrero, R., Szaday, L. (1993). *El mundo subjetivo de los mexicanos y norteamericanos*. México: Trillas.
- Epstein, N. y Bishop, S. (1981). *Problem-centered systems therapy of the family*. New York: Handbook of family therapy.
- Estrada, L. (1997). *El ciclo vital de la familia*. México: Grijalbo.
- Faber, A. y Mazlish, E. (1989). *Cómo hablar para que los niños escuchen y cómo escuchar para que los niños hablen*. México: Diana.
- Feldman, F. (2000). ¿Se puede manejar el enojo sin violencia? *Liber-Addictus*, 40: 22-24.
- Feldman, F. (2000). Eduquemos hacia la solución de problemas. *Liber-Addictus*, 36: 23-24.
- Feldman, F. (2000). Establacer límites: una tarea difícil, pero necesaria. *Liber-Addictus*, 37: 26-27.
- Feldman, F. (2000). Libre para decidir, pero responsable de las consecuencias. *Liber-Addictus*, 39: 26-27.

- Fisch, R., Weakland J. y Segal L. (1982). *La táctica del cambio: cómo abreviar la terapia*. Barcelona: Herder.
- Flores, J. y Alonso, G. (1995). Using focus groups in educational research. *Evaluation review*, 19 (1): 84-101.
- Galeano, E. (1993). *Curso Especializado en la Modalidad a Distancia sobre Investigación en las Ciencias Sociales. Modulo 5: La Investigación Cualitativa*. Medellín: ICFES, INER, Universidad de Antioquia..
- Galindo, C. (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.
- García, J. (2000). ¿Cómo educar y cuidar a nuestros hijos? *Liber-Addictus*, 44: 21-23.
- García, J. (2004). *Principios y valores éticos de los psicólogos y psicólogas*. Revista Electrónica de Psicología "[La Misión](#)" [Facultad de Psicología](#) de la [Universidad Autónoma de Querétaro](#). Recuperado el 20 de mayo de 2005. <http://www.uaq.mx>.
- Garza-Aguilar, Díaz-Michel, E. (1997). Elementos para el estudio de la violación sexual. *Salud Publica Mex* 39:539-545.
- Gergen, K. (1992). *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gibbs, A. (1997). *Focus Group. Social Research Update*. Nineteen. Sociology at Surrey.
- Gómez, C. y Zapata, R. (2000). Factores familiares de salud y enfermedad mental. En: *Psiquiatría, salud mental y trabajo social*. Pamplona: Eunate.
- Goncalves, O (1998). Hermenéutica, construccionismo y terapias cognitivo-conductuales: del objeto al proyecto. En: Neimeyer, R. y Mahoney, M. *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Guevara, L. (1991). En torno a la cuestión de los sentimientos del terapeuta sistémico. *Perspectivas sistémicas: la nueva comunicación. Artículos on line: 17.*
- Haddad P. (1994). Depression: counting the costs. *Psychiatric Bulletin. 18, 25 - 28.*
- Haley J. (1973). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson.* Buenos Aires: Amorrortu .
- Híjar-Medina, M; López-López, M.; Blanco-Muñoz, J. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Publica Mex 39:565-572.*
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas.* México: Fondo de Cultura Económica.
- Hoppe, J., Wells, A., Morrison, M., Gilmore, R. y Wilsdon A. (1995). Using focus groups to discuss sensitive topics with children. *Evaluation Review, 19 (1): 102-14.*
- Horvath y Symonds, (1991). El Otro y nosotros en la Clínica y mas allá de Ella. La nueva comunicación. Editorial del Número 76. Recuperado 30 de marzo de 2005. <http://www.redsistemica.com.ar/editorial76.htm>.
- Ibáñez J. (1992). *Más allá de la sociología, el grupo de discusión: técnica y crítica.* España: Siglo XXI.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). Estadísticas a propósito del día Internacional de la Familia. Datos Nacionales. Recuperado el 15 de abril de 2005. <http://www.dif.gob.mx/inegi/familia2004.pdf>
- Jairo, A., Rozo, C. (2004). *La terapia desde el punto de vista del construccionismo social: ¿tiene algún sentido la terapia?.* Recuperado el 31 enero 2005. http://www.psicologiacientifica.com/publicaciones/biblioteca/articulos/ar-jairo_rozo02.htm. Departamento de psicología experimental Universidad de Sevilla – España.

- Kitzinger J. (1994). The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. *Sociology of Health 16(1): 103-21.*
- Kitzinger J. (1995). Introducing focus groups, *British Medical Journal, 311: 299-302.*
- Kreuger, A. (1988). *Focus groups: a practical guide for applied research.* London: Sage.
- Lankshear, J. (1993). The use of focus groups in a study of attitudes to student nurse assessment, *Journal of Advanced Nursing, 18: 1986-89.*
- Lara, A. (2002). Una propuesta de intervención para mujeres en riesgo de depresión en el primer nivel de atención. *Tesis de doctorado en ciencias.* Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. México D.F.
- Lara, A., Acevedo, M., Lopez, K. y Fernández, M. (1993). La salud emocional y tensiones asociadas a los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. Emotional health and tensions associated with gender roles in working and non-working mothers. *Salud Mental, 16 (2): 13-22.*
- Lara, A., Acevedo, M., Luna, S., Weckmann, C., Villarreal, L. y Pego, C. (1997). *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión.* México: Pax.
- Lara, A., Fernández, M., Acevedo M. y López, K. (1996). Síntomas emocionales y roles familiares en mujeres mexicanas: estudio proyectivo e interpretación de género. *Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina. 42 (4), 329-340.*
- Leff, E. (2002). Estética y ética de la terapia familiar. *Psicoterapia y familia. 15:1. 71-76.*
- Leinter, L. (1995). La distancia terapéutica óptima: la experiencia de un terapeuta de la psicoterapia de los constructos personales. En: Neimeyer, R., Mahoney, M. *Constructivismo en psicoterapia.* Buenos Aires: Piadós.
- Leñero, L. (2002). El interés por la ética y la estética en la terapia familiar en México. *Psicoterapia y familia. 15:1. 77-84.*
- Linares, L. (2001). Acaba la historia en el Posmodernismo?. *Family Process Vol.4: 4.*

- López-de la Peña, X. (1996). El consentimiento informado en la legislación en salud de México. *Gaceta Médica*, 132 (5): 551-557.
- Macías (2005). Palabras del doctor Raymundo Macías Avilés. Recuperado 16 de julio de 2005. <http://www.ifac.com.mx/pag4.html>.
- Macías, R (1994). Separación y divorcio: consecuencias emocionales. En: Pérez, C. J. y Rubio, E. Antología de la sexualidad II. México: Porrúa.
- Macías, R. (1994). Las vinculaciones afectivas. En: Pérez, C. J. y Rubio, E. Antología de la sexualidad II. México: Porrúa.
- Mac Intosh, J. (1981). Focus groups in distance nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 18: 1981-1985.
- Mahoney, M (1991). *Human change proceses*. Nueva York: Basic Books.
- Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (1995). Versión electrónica (DSM IV). Masson S.A.
- Mercado, P. (2005). Familias diversas. Notimex. Recuperado 16 de julio de 2005. <http://noticias.vanguardia.com.mx/showdetail.cfm/359976/Familias-diversas>.
- Merton, K. y Kendall, L. (1946). The Focused Interview. *American Journal of Sociology*, 51: 541-557.
- Merton, K., Kendall, L. (1946) The focused Interview. *American Journal of Sociology*, 51: 541-557.
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Minuchin, S. (1998). ¿Dónde queda la familia en la terapia familiar narrativa?. Recuperado 30 de julio de 2005. <http://espanol.geocities.com/aguilera99/volumen32.htm>
Traducción: Fernando Carrasco.
- Minuchin, S. y Fischman, H. (1984). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.

- Morgan, L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. Londres: Sage.
- Morgan, L. y Kreuger, A. (1993). *When to use focus groups and why*. London: Sage.
- Morgan, L. y Spanish, T. (1984). Focus groups: a new tool for qualitative research. *Qualitative Sociology*, 7: 253-270.
- Murray, C. y López, A. (1996). The global burden of disease. A comprehensive, assessment of mortality and disability from disease injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Harvard University Press*. World Health Organization and the World Bank.
- Natera, G. y Holmilina, M. (1990). El papel de los roles sexuales en la familia y el consumo de alcohol. Una comparación entre México y Finlandia. *Salud Mental*, 13: 20-26.
- Natera G.; Mora J. (1993): Atribuciones al género femenino frente a las adicciones en la vida cotidiana. En: Las Adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario. SSA-CONADIC, pp. 56-65.
- Navarro J. (2005). Manuscrito de la Conferencia: Problemas y esperanzas de la Terapia Familiar. Recuperado 16 de julio de 2005. http://www3.usal.es/~master_psipia/ppersonales/art_jng/3e.pdf
- Needle, R., Lavee, Y., Su, S., Brown, P. y Doherty, W. (1988). Familial, interpersonal and intrapersonal correlates of drug use: a longitudinal comparison of adolescents in treatment, drug-using adolescents non in treatment, and non-drug-using adolescents. *Int. j. addictions*, 23 (12): 1211-1240.
- Neimeyer, R. y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- O'Hanlon, W. y Weiner-Davies (1990). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. México: Paidós.
- Olson, D. (1991): Three-dimensional (3-D) Circumplex Model and revised scoring of FACES III. *Family process*, 30 (1): 74-79.

- Olson, D., Bell, H. y Porter J. (1991). Escala de evaluación de adaptabilidad y cohesión familiar. Adaptación y validación de la escala Torres, J., Navarro, C., Aguilar, J. (sin publicar).
- Onnis, L. (1987). *Terapia familiar de los trastornos psicosomáticos*. México: Paidós.
- Piccinelli, M. y Gomez, F. (1997). Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. World Health Organization, Geneva.
- Pineda, R. (1993). *El Método Etnográfico. Modulo 5: La Investigación Cualitativa*. Medellín: Universidad de Antioquia Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Universidad de los Andes.
- Powell R.A., Single H.M. y Lloyd K.R. (1996). Focus groups in mental health research: enhancing the validity of user and provider questionnaires. *International Journal of Social Psychology*, 42 (3): 193-206.
- Race, E., Hotch, F. y Parker T. (1994). Rehabilitation program evaluation: use of focus groups to empower clients. *Evaluation Review*, 18 (6): 730-40.
- Radloff, L. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rodríguez, E (1994). Infidelidad. En: Pérez, C. J. y Rubio, E. Antología de la sexualidad II. México: Porrúa.
- Russell, C. (1979). Circumplex Model of family systems: III Empirical evaluation with families. *Family process*, 18 (1): 29-47.
- Salles, V. (1991). *Las familias, las culturas, las identidades*. Notas de trabajo para motivar una discusión. Trabajo presentado en el seminario del colegio de la Frontera Norte-Tijuana.
- Salmerón, H (2006). Infidelidad, causa o consecuencia de la crisis de pareja. Recuperado 9 de mayo de 2006. [http\\ www: Infidelidad.htm](http://www: Infidelidad.htm)

- Sánchez-Sosa, J., Hernández, L. y Romero, L. (1997). Predictores psicosociales del racaso conyugal: Un estudio exploratorio. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. III (2): 125-135.
- Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R Herrera-Basto E. (1998). El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Publica Mex* 40:58-65.
- Saucedea, J., Reyes, H., Martínez, J., Maldonado, M. y Sánchez, N., (s/f). Problemas de conducta en pre-escolares II. La influencia del estrés en la familia. *Departamento de Salud Mental. Hospital de psiquiatría, Centro Médico Nacional "Siglo XXI". IMSS.*
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchini, G. y Prata, G. (1980). Hypothesizing-circularity-neutrality; Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process*, 19 (1), pp.3-12.
- Stewart, W. y Shamdasani, N. (1992). *Focus groups: theory and practice*. London: Sage.
- Tallman, K. y Bohart, C. (2000). The Client as a common factor: Clients as self-healers. In *The Heart and soul of change*. En: Hubble, M. Duncan, B. y Miller, S. Estados Unidos: Hardcover.
- Tomm, K. (1984a) One perspective on the Milan systemic approach. Part 1. Overview of development, theory and practice. *Journal of Marital Therapy*, 10, (2): 113-125.
- Tomm, K. (1984b) One perspective on the Milan systemic approach. Part 2. Description of session format, interviewing style and interventions. *Journal of Marital Therapy*, 10 (3): 253-271.
- UNICEF (1990). *Mas allá de la sobrevivencia. El ambiente familiar, económico y social que rodea al niño. Ambiente familiar y la interacción madre-hijo*. México: UNICEF.
- Valenzuela, J; Hernández-Guzmán, L y Sánchez-Sosa (1995). Quejas psicósomáticas y comportamiento de adolescentes en función de abuso sexual en la niñez. *Arch Hispanoam Sexol*; 1:201-224.

Watzlawick, P., Bavelas B. y Jackson D. (1967). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

White, E. y Thomson, N. (1995). Anonymized focus groups as a research tool for health professionals. *Qualitative Health Research*, 5(2): 256-61.

White, M. y Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. México: Paidós

Yama, M., Tovey, S. y Fogas, B. (1993). Childhood family environment and sexual abuse as predictors on anxiety and depression in adult women. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1): 136-141.

Yamamoto, S y Hernández J, (1991). La importancia de los factores éticos en la terapia familiar: El contexto mexicano. *Psicoterapia y familia*, 4 (2): 6-18.