



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

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

**“NEGOCIACIÓN Y AXIOMAS DE
COMUNICACIÓN EN LA FAMILIA”**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:

MARLA NAIVÍ TOIBER RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: Mtra. Piedad Dora Aladro Lubel

COMITÉ TUTORIAL: Mtra. Silvia Vite San Pedro

Mtra. Ana María Ramírez Hernández

Mtra. Noemí Díaz Marroquín

Dra. Dolores Mercado Corona



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.

AGRACEDIMIENTOS

No puedo mas que agradecer
por toda esta gran lección de vida
siento que mi corazón
va a salir de la emoción
en un mar de lagrimas y risas

“Los cafres”

A Dios, a la vida y al amor

Por cada uno de los sabores, colores, olores, sensaciones y sonidos que he vivido y me han permitido aprender, valorar y disfrutar.

A mi familia: Andí, topo, pá y má.

Por todo el apoyo que me ha brindado, su entereza y confianza. Por las bromas de mis hermanos que le daban alegría a los momentos mas tensos durante la maestría. Gracias a mis papás por ser un ejemplo de perseverancia, entrega y amor.

A mis amig@s; compañeros de ruta: Mari, Dany, Alex, Caro, Yan, Clau, Diana

Por que se que estuvieron acompañándome en este proceso a pesar de la distancia, de la escasez de tiempo y de las actividades de cada quien. Su apoyo y amistad ha sido muy importante para mi durante estos años de vida.

A mis compañeros de vida de terapia familiar: Mau, More, Tona, Ana, Xolesito, Auro, Alice, Clau y Liz.

Por todos los momentos vividos, la presencia diaria, lo que aprendí de cada uno y que siempre llevaré. No pude haber estado en otro grupo mejor que no fuera el de nosotros. Qué gusto formar parte del cardumen sistémico!

Al comité tutorial, supervisores y profesores

Por su apoyo durante mi formación como terapeuta familiar. Les agradezco que hayan compartido su experiencia y fomentado la búsqueda de nuestro estilo terapéutico y del constante autoconocimiento.

A la UNAM

Por todo lo que ha sido y seguirá siendo; espacio para reinventarnos

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES Y CONTEXTO DE LA TERAPIA FAMILIAR.

1. *Análisis del campo psicosocial y su problemática en la que incide el trabajo en Terapia Familiar:*
 - 1.1 Características del campo psicosocial.....6
 - 1.2 Principales problemas que presentan las familias.....7
 - 1.3 La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna como alternativa para abordar la problemática señalada.9
2. *Caracterización de los escenarios donde se realiza el trabajo clínico:*
 - 2.1 Descripción de los escenarios.....10
 - 2.2 Análisis sistémico de los escenarios..... 13
 - 2.3 Explicación del trabajo y secuencia de participación en los distintos escenarios de trabajo clínico.....17

II. MARCO TEÓRICO

1. *Análisis teórico conceptual del marco teórico epistemológico:*
 - 1.1 Análisis teórico conceptual de los fundamentos de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.....19
 - 1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna:
 - 1.2.1 Modelo Estructural.....29
 - 1.2.2 Modelo Estratégico.....35
 - 1.2.3 Modelo de Terapias Breves orientadas a Problemas.....41
 - 1.2.4 Modelo de Terapias Breves orientadas a Soluciones.....47
 - 1.2.5 Modelo de Milán.....54
 - 1.2.6 Modelos derivados del Posmodernismo.....59

III. DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. *Habilidades clínicas terapéuticas.*

1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico, Caso 1 “Emilia y Esteban”	68
1.2 Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica.....	81
1.3 Análisis y discusión de tema.....	82
1.4 Integración de expedientes de trabajo clínico, Caso 2 “Familia Campos Miranda”	86
1.5 Análisis y discusión teórico – metodológico de la intervención clínica.....	99
1.6 Análisis y discusión de tema.....	101
1.7 Tema en común de ambos casos; la negociación y los axiomas de la comunicación humana.....	102
1.8 Análisis del sistema terapéutico total.....	103

2. *Habilidades de investigación.*

2.1 Reporte de la investigación realizada con metodología cuantitativa.....	105
2.2 Reporte de la investigación realizada con metodología cualitativa.....	109

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

3.1 Producto tecnológico “Manual para la aplicación del código de negociación”	112
3.2 Producto tecnológico “Diagnóstico familiar”	115
3.3 Programa de intervención comunitaria, taller ¿Negociar, terminar aguantar o evitar?.....	117

3.4 Reporte de asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.....	120
--	-----

4. *Habilidades de compromiso y ética profesional.*

4.1 Consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.....	121
--	-----

IV. CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.....	123
2. Incidencia en el campo psicosocial.....	124
3. Reflexión y análisis de la experiencia.....	125
4. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionista y en el campo de trabajo.....	126

V. REFERENCIAS.....128

VI. ANEXOS

1. Anexo 1 Hoja de registro para el código de negociación.....	132
2. Anexo 2 Guía de entrevista.....	134
3. Anexo 3 Carta descriptiva del taller.....	136



REPORTE FINAL

CAPÍTULO UNO

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

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

1.1 Características del campo psicosocial.

El estudio de la familia implica varios fenómenos culturales, sociales, demográficos y económicos. Se retomarán algunas concepciones del significado de la familia.

Para Ackerman, (1978 en Mendoza, 2006) la familia es una entidad biopsicosocial la cual reproduce distintas normas y comportamientos sociales. Se observan pautas de producción y reproducción, se crean e intercambian lazos de solidaridad y comprensión, sentimientos, conflictos y se establecen los primeros esquemas de autoridad y jerarquía, dominación de género, generaciones y relaciones de poder. Las funciones más importantes de la familia son asegurar la supervivencia y la socialización de sus miembros.

Por otra parte Andolfi (1991) concibe a la familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí e intercambio con el exterior.

Para Macías (2006) la familia es un grupo de adscripción natural y/o pertenencia primaria, de convivencia, con o sin lazos de consanguinidad en el que se comparte la escasez o abundancia de recursos de subsistencia y servicios. Generalmente viven bajo el mismo techo en donde hay dos o más generaciones en alguna etapa del ciclo vital, que facilita la subsistencia de sus miembros y el desarrollo de sus potencialidades.

De acuerdo a los cambios que van surgiendo en la sociedad, la familia se va adaptando a las exigencias de ésta preservando la integridad de la estructura familiar y fomentando el desarrollo psicosocial de sus miembros así como manteniendo un flujo bidireccional con la sociedad. Sin embargo lo psicosocial puede ser un elemento facilitador u obstaculizador de las potencialidades de las personas en diferentes áreas.

Para hacerle frente a toda esta situación la familia ha tenido que crear nuevos roles y ha adoptado estrategias que involucran tanto a los miembros de la familia como a las redes externas de apoyo, lo cual permite apreciar la flexibilidad de la familia por un lado, y por el otro, se percibe a la familia en una condición vulnerable con fuentes de tensión que lleva a la ruptura de los vínculos familiares y a su desintegración.

En el caso de México la sociedad atraviesa por la desigualdad económica y social, un continuo endeudamiento con otros países, falta de avance científico y tecnológico.



CAPITULO 1

Como consecuencia la sociedad se enfrenta a falta de fuentes de trabajo, pobreza extrema, ignorancia, marginación, recursos y acceso limitados a los servicios de salud y educación. Lo cual tiene un gran impacto en la familia en su estructura, organización y relaciones llevando a eventos como la desintegración familiar, la violencia familiar, consumo de drogas, suicidio, bajo rendimiento escolar, trastornos psicosomáticos y de alimentación. Teniendo cada vez mas niños en situación de calle, con abuso de sustancias, abuso sexual, víctimas de violencia, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados.

Todo esto demuestra la importancia de considerar el factor psicológico como un elemento de la vida familiar y de abordar dichas problemáticas desde un enfoque integral, sistémico que atienda los procesos humanos en función del contexto y las relaciones. No tratándolos como elementos aislados, sino en su totalidad.

La terapia sistémica se enfoca en los recursos de las personas, las relaciones familiares desde una visión circular y da la posibilidad de brindar atención a problemáticas que se presentan en individuos, parejas o familias.

1.2 Principales problemas que presentan las familias.

Como se muestra en el cuadro 1 algunas de las principales características de las familias que acuden a terapia a los Centros de la Facultad de Psicología de Ciudad Universitaria y de Iztacala son: se encuentran en la etapa del ciclo vital de tener hijos escolares y adolescentes, con hijos adultos y nido vacío. El tipo de familia que predomina es la nuclear después la uniparental, reconstituida y extensa.

Característica	Descripción	Número de casos
Tipo de familia	Nuclear Uniparental Reconstituida Extensa	44 20 11 10
Etapa del ciclo vital	Pareja sin hijos. Con hijos pequeños. Con hijos escolares y adolescentes. Con hijos jóvenes y adultos. Nido vacío	3 7 52 20 12
Número de miembros	Va de 2 a 7 miembros	En promedio 4
Problemática	Disciplina Depresión Bajo rendimiento Violencia intrafamiliar Problemas de pareja Falta de comunicación Divorcio/ Separación	23 19 16 14 13 7 6



	Relación desvinculada	5
	Infidelidad	4
	Distribución del poder	3
	Dependencia afiliativa	3
	Adicción/alcoholismo	3
	Enuresis	2
	Duelo	2
	Ansiedad	2
	Timidez/inseguridad	2
	Robo	1
	Abuso sexual	1

Cuadro 1. Características de las familias atendidas en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de CU y de Iztacala.

En cuanto a las problemáticas se encuentran los siguientes rubros:

- *Relacionados con cambios estructurales en los sistemas.* Desintegración, familias monoparentales, padres separados o divorciados.
- *En los cambios relacionales.* Problemas de género, violencia, conflictos intergeneracionales y de pareja.
- *Enfermedades y trastornos.* Padecimientos crónicos como el cáncer y sida, drogadicción y alcoholismo, depresión.
- *Problemas escolares.* Como el analfabetismo, reprobación, falta de disciplina y deserción escolar.
- *Sociales.* Como la delincuencia y violencia.

Los niños y mujeres son los que acuden con mayor frecuencia a terapia, los primeros presentan problemas de conducta que se ven reflejados en la escuela y el hogar.

Las mujeres manifiestan problemas de pareja (infidelidad, abuso de poder, falta de compromiso y de afectividad por parte del cónyuge), depresión y falta de asertividad.

Generalmente la madre es la que busca apoyo psicológico principalmente en su relación con su hijo, o bien por situaciones directamente señalados por ella como depresión y violencia intrafamiliar.

Un terapeuta familiar se va a enfrentar a problemáticas que estarán encubiertas en un paciente identificado, por lo que es un reto que la familia se haga partícipe de la problemática de manera que se deje de emplear al paciente como chivo emisario.



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

La familia es la unidad básica de la sociedad y desempeña una función muy importante en el desarrollo biopsicosocial de la persona. Es el lugar donde se brindan las reglas y valores con las que se va a conducir el individuo en su interacción social.

La Terapia Familiar Sistémica representa una alternativa psicoterapéutica porque mira al sistema familiar completo y no al individuo como portador de un problema único, ve a la familia como una totalidad, con estructura, reglas, funciones y subsistemas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Las ideas sistémicas comienzan con la construcción de dos grandes cuerpos teóricos; la Teoría General de Sistemas y la cibernética. La primera desarrollada en 1949 por el biólogo vienés Ludwing von Bertalanffy, y la segunda en 1946 por el físico inglés Norbert Wiener (Eguiluz, 2004).

Espinosa y González (1998 en Avilés, 2006) refieren que la visión sistémica es una poderosa herramienta ya que estudia al individuo y/o familia en su contexto interaccional, en el aquí y ahora, interesándose en modificar lo actual considerando que el pasado influyó en la creación de la organización y funcionamiento actual de la familia. Cualquiera que sea la problemática presentada debe ser entendida en su contexto relacionado con otros sistemas más amplios.

A lo largo de varios años se han desarrollado varios enfoques de la Terapia Familiar Sistémica, como son el modelo estructural, estratégico, de Milán, enfocado a soluciones y a problemas, así como los enfoques posmodernos como el narrativo, el colaborativo y el uso del equipo reflexivo.

Se interviene en la problemática de acuerdo a los significados construidos socialmente de la situación y se busca comprender la existencia de varias formas de ver la realidad y de interpretarla.

La Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna constituye una opción necesaria para tratar la problemática que se vive hoy en día y que implica a toda la familia, no sólo al individuo como ente aislado, sino tomando en cuenta el contexto en el que viven y sus relaciones con los otros. Tiene incidencia tanto en el nivel de prevención como de intervención.

Por otra parte, cada vez existen mayor número de asociaciones y organizaciones que brindan un servicio terapéutico especializado, sin embargo hacen falta programas gubernamentales que hagan accesible la terapia familiar a personas de escasos recursos.



2. CARACTERIZACIÓN DE LOS ESCENARIOS DONDE SE REALIZA EL TRABAJO CLÍNICO.

2.1 Descripción de los escenarios

- *Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”*

Se encuentra ubicado en la Calle Tecacalo Mz. 21 Lt. 24 perteneciente a la Colonia Adolfo Ruíz Cortines; una de las 140 colonias de la Delegación Coyoacán. Los horarios de atención de Lunes a Viernes de 9:00 a 14:00 y de 16:00 a 19:00 Hrs.

El Centro cuenta con sala de recepción, oficina del responsable de éste, sala de juntas, centro de cómputo, biblioteca, comedor, sala de usos múltiples equipada con televisión panorámica. También hay dos cámaras de Gesell (una de ellas con equipo de audio) y siete cubículos, uno de ellos con circuito cerrado.

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

El Centro Comunitario tiene dos ejes principales de trabajo:

- Prevenición.** Son servicios promovidos por el personal académico como cursos, talleres y cine-debate.
- Tratamiento.** Se brinda atención psicológica a las personas que solicitan la atención.

Los programas con los que cuenta el Centro se muestran en el siguiente cuadro:

Programa de adicciones	Programa de hábitos de salud	Programa de violencia familiar	Programa sobre problema escolares y familiares	Programa de servicio terapéutico
Para los usuarios y sus familias	Programa de modificación de hábitos alimentarios	Prevención del maltrato en la pareja	Programa Alcanzando el Éxito en Secundaria (PAES)	Individual, familiar y grupal
Adolescentes en alto riesgo	Psicología del Deporte	Grupo de reflexión de mujeres	Escuela para padres	Niños, adolescentes y adultos
		Atención a parejas que sufren violencia	Programa de lecto-escritura para la población infantil y adulta	
			Programa de Enseñanza Inicial de la Lectura y la Escritura (EILE)	

Cuadro 2. Programas del Centro Comunitario Mac Gregor.



CAPITULO 1

Las personas que asisten a cualquiera de estos programas solicitan directamente el servicio; ya sea que llamen por teléfono o asistan directamente al Centro Comunitario. El proceso de atención de los solicitantes se muestra en la figura 1.

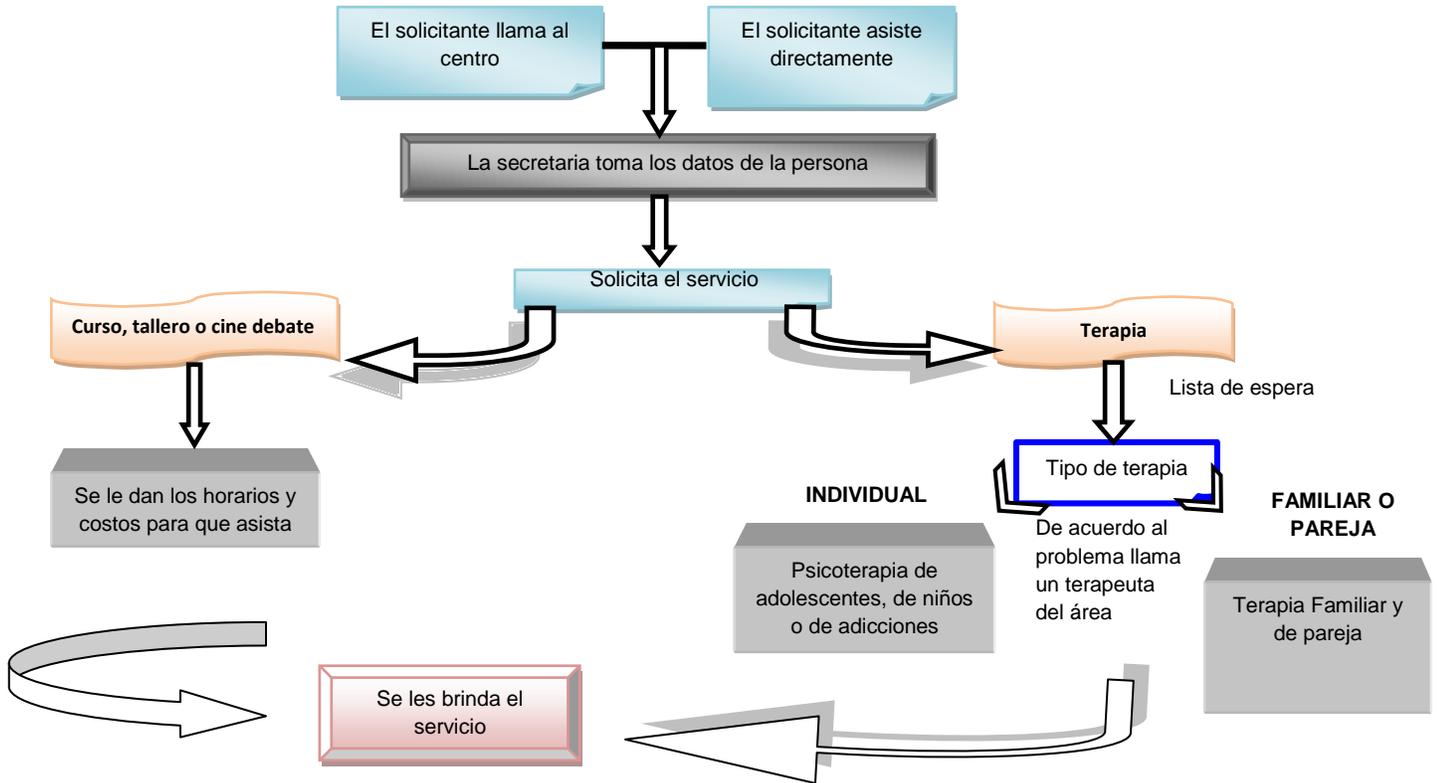


Figura 1. Diagrama del proceso de atención del centro comunitario.

El Centro ofrece talleres y cursos fijos, dependiendo de la demanda del evento y de la disponibilidad de horarios que se tenga, se ofrecen nuevas actividades.

- *Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila.*

Inaugurado el 8 de mayo de 1982 por la directora de la facultad en aquel entonces, la Dra. Graciela Rodríguez. Su objetivo principal es ser sede para el entrenamiento práctico de estudiantes de maestría y doctorado.

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

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



CAPITULO 1

Los objetivos del CSP son:

- Ofrecer a los estudiantes formación clínica aplicada y especializada a nivel de estudios superiores y de posgrado.
- Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica con supervisión directa.
- Ser una sede propicia para el desarrollo de proyectos y programas de investigación.
- Ofrecer servicios psicológicos a la comunidad universitaria y sector social (Sánchez, 2007).

La Misión 2008 es contribuir a la formación y actualización del estudiante de psicología a través de los programas y proyectos de investigación y atención, cuyo carácter es preventivo, de tratamiento y de rehabilitación (Sánchez, 2007).

Para el 2008 la visión del Centro es ser en México la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutive al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados a favor de la formación integral humanista, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel nacional (Sánchez, 2007).

El Centro de Servicios Psicológicos es sede de diversas residencias del Programa de Maestría (en área infantil, de adolescentes y familiar) y Doctorado. También recibe a estudiantes de prácticas curriculares del Sistema de Universidad Abierta y escolarizado, Servicio Social y voluntarios.

El CSP tiene 8 diferentes programas de formación en la práctica y 5 talleres, los cuales son de: habilidades sociales, desarrollo de emociones, manejo de crisis, desarrollo infantil y habilidades parentales (Ferrat, 2006).

- *Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*

El 24 de Octubre de 1966 fue construido el Hospital Psiquiátrico Infantil “Juan N. Navarro”, Se encuentra ubicado en Av. San Buenaventura N° 86, en la Colonia Belisario Domínguez, delegación Tlalpan.

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



CAPITULO 1

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

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

2.2 Análisis sistémico de los escenarios.

- *Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”*

En la zona que rodea al Centro Comunitario se encuentran otros espacios que también ofrecen servicios a la comunidad; el DIF, el Deportivo Huayamilpas, el Centro General Manuel González Ortega y la Parroquia de San Pedro Apóstol. Por lo que la mayor parte de las personas que acuden al Centro son vecinos del lugar.

Actualmente quien administra y coordina dicho Centro es la Mtra. Noemí Díaz Marroquin. El personal de base está conformado por una secretaria, personal de vigilancia y personal de intendencia.

Los dos ejes de trabajo principales del centro son la prevención y el tratamiento, los cuales están a cargo de la Coordinación de Programas y la Coordinación de Servicios Terapéuticos, los cuales son coordinados por la jefa del centro y el personal académico responsable de cada programa (Figura 2).

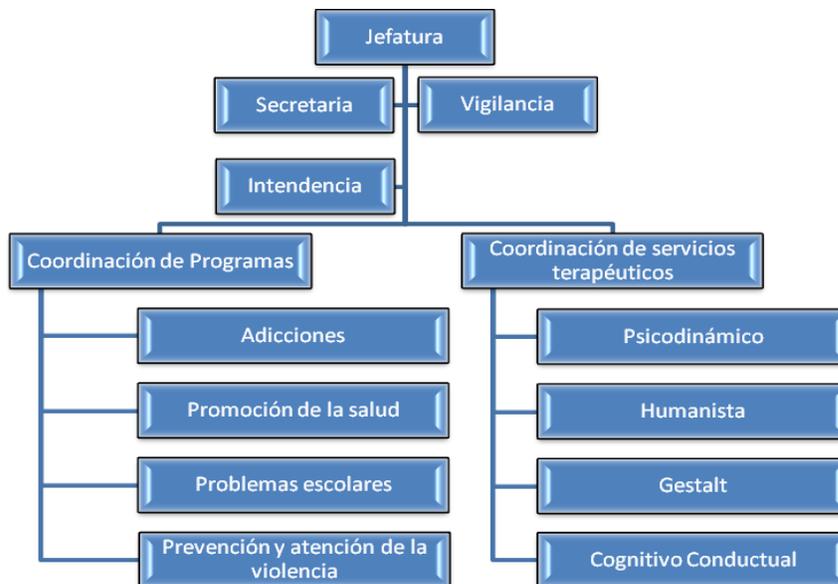


Figura 2. Organigrama del Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”



CAPITULO 1

- *Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila.*

El organigrama del Centro se muestra en el siguiente diagrama.

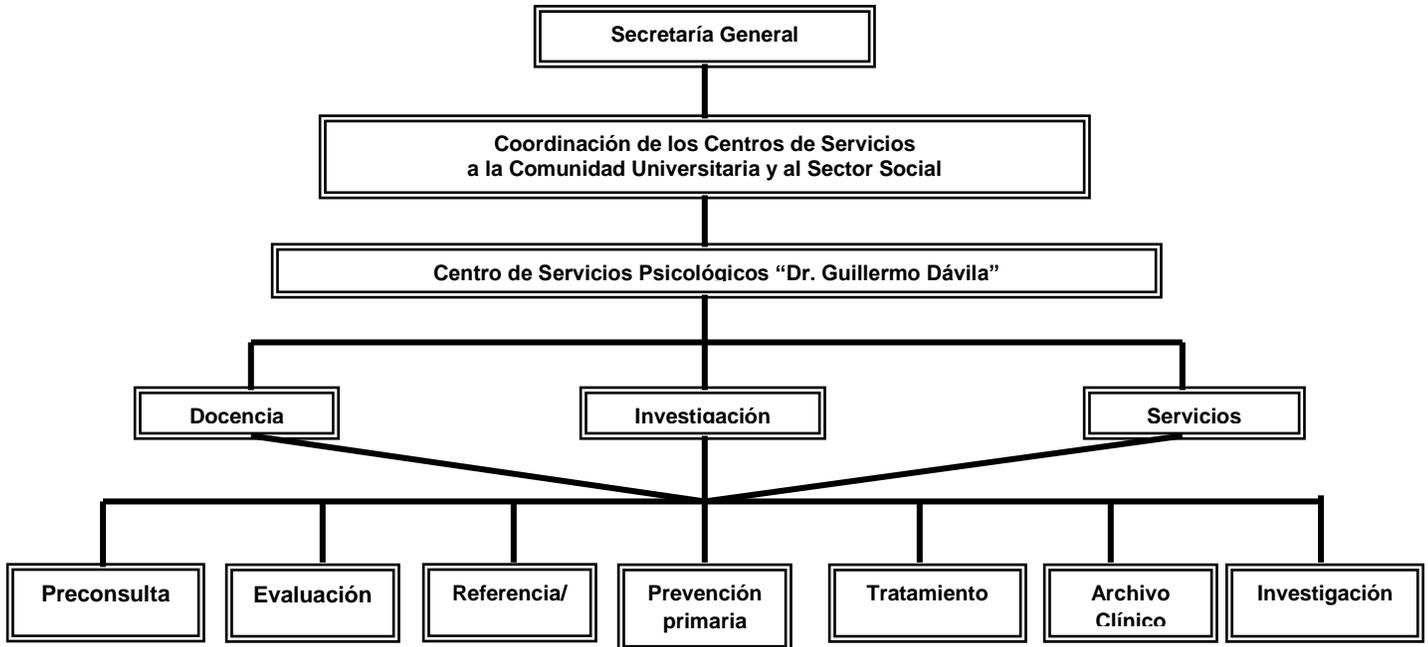


Figura 3. Organigrama del CSP (Sánchez, 2007).

El Centro cuenta con personal tanto administrativo como voluntario, docentes y estudiantes bajo determinado programa de supervisión, formación en la práctica (estudiantes de licenciatura) y algunos proyectos de investigación (figura 4).

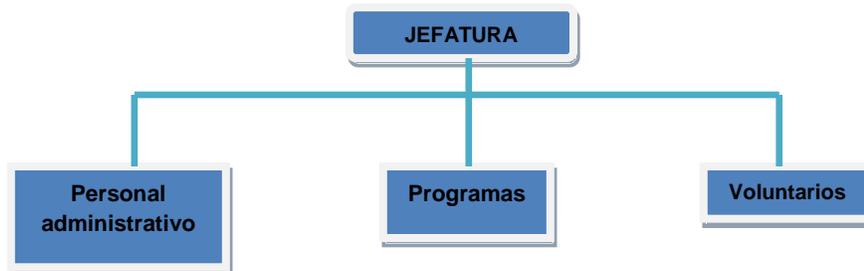


Figura 4. Organigrama del Centro de Servicios Psicológicos.

La jefatura se encarga del funcionamiento general del Centro, realizar las canalizaciones (internas o externas) y dar atención personalizada.

El personal administrativo atiende a los solicitantes por vez primera del servicio, cuando acuden a preconsulta y a las citas subsiguientes.



CAPITULO 1

Los practicantes y docentes apoyan en el proceso de preconsulta, están a cargo de que los pagos y las reglas del Centro sean cumplidas por los pacientes y crean el expediente clínico para cada caso.

En cuanto al proceso de atención a pacientes inicia en la recepción cuando llegan a pedir informes, se les indican los días y los horarios en que se pueden presentar a solicitar una preconsulta.

Para la preconsulta el paciente llena una solicitud, paga una cuota de recuperación y pasa a una Entrevista Focal Abreviada de 30 minutos. El entrevistador llena una ficha de preconsulta con los datos generales y las impresiones diagnósticas. Posteriormente el terapeuta registra en un formato la impresión diagnóstica y se envían los formatos a la recepción diaria de solicitudes, donde se capturan en una base de datos. Finalmente se hace la canalización correspondiente del caso, la cual puede ser interna (a algún terapeuta del Centro) o externa (a otra institución, INP, DIF, INMUJER). Ver figura 5.

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

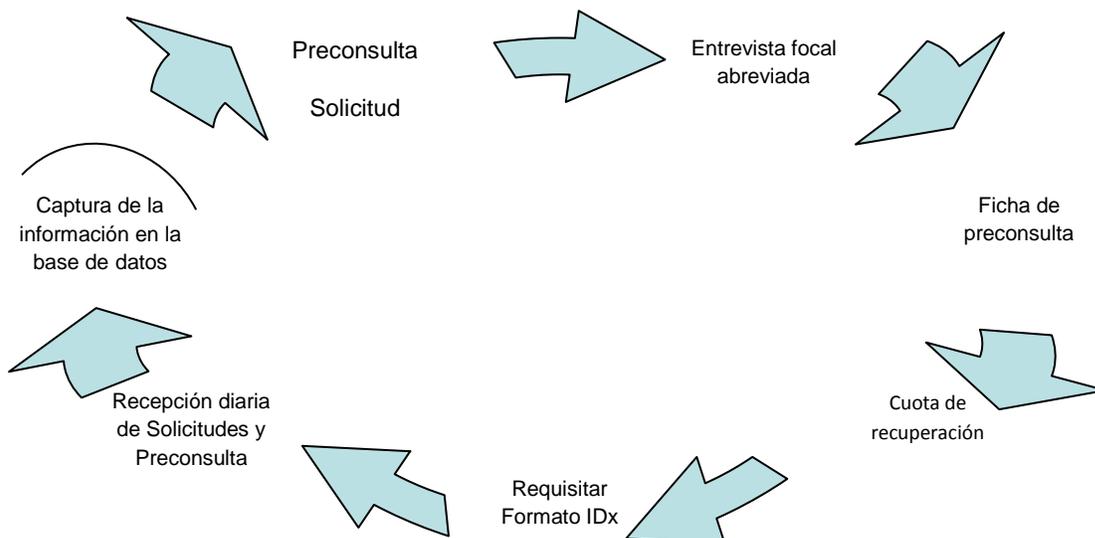


Figura 5. Proceso de atención a pacientes.

- *Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*

El hospital, brinda atención a tres niveles:

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



CAPITULO 1

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

El ingreso al hospital, se lleva a cabo mediante una evaluación realizada por un paidopsiquiatra el cual determina el nivel de urgencia y la modalidad de la atención, de la siguiente manera:

Consulta no urgente	Consulta urgente
<ul style="list-style-type: none"> ✦ Problemas de aprendizaje escolar. ✦ Problemas emocionales o del comportamiento que no pongan en riesgo la vida del paciente y de otros. ✦ Problemas emocionales o del comportamiento de larga evolución (años). 	<ul style="list-style-type: none"> ✦ Conducta agresiva incontrolable. ✦ Intento de suicidio reciente (días). ✦ Crisis de angustia. ✦ Intoxicación actual por drogas o medicamentos. ✦ Fallas graves de conducta que no pudieran ser controladas con la intervención de la familia.

Cuadro 3. Consulta no urgente y urgente.

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

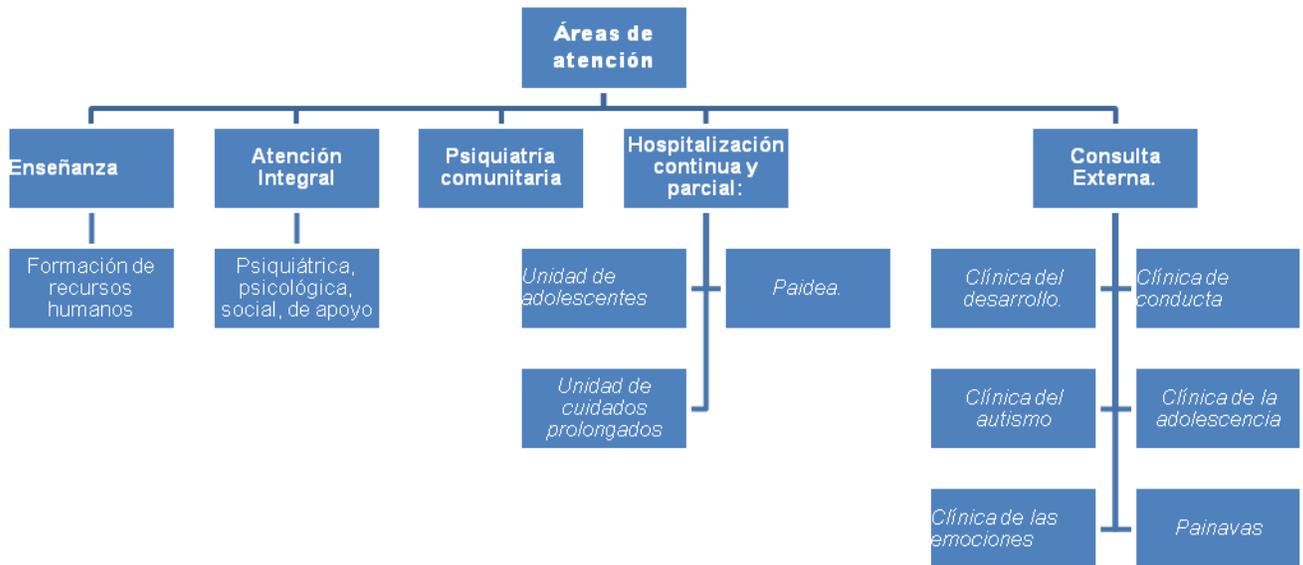


Figura 6. Áreas de atención.

Los equipos multidisciplinarios que trabajan en las áreas antes mencionadas, realizan las siguientes actividades:

- **Psicología.** Se realizan psicodiagnósticos, psicoterapia, orientación individual y grupal, apoyo a padres de familia con grupos psicoeducativos a nivel escolar y preescolar.



CAPITULO 1

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

- **Enfermería.** Busca satisfacer las necesidades que se originan en la atención a pacientes que acuden a los servicios.
- **Trabajo Social.** Se dedica a la investigación, diagnóstico y tratamiento psicosocial. Realiza el estudio socioeconómico a los usuarios para determinar el costo de los servicios del hospital.
- **Rehabilitación Psicosocial.** Proporciona a los usuarios la posibilidad de reintegrarse a la vida cotidiana, así como obtener y conservar un ambiente vida satisfactorio, a través de actividades como: psicomotricidad, educación especial, análisis conductual aplicado, socialización, orientación familiar, terapia familiar, acompañamiento terapéutico, terapia ambiental, terapia del lenguaje y psicopedagogía.

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

- *Centro Comunitario “Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”*

Se participó en coterapia desde segundo semestre y se le esta dando continuidad al proceso de la familia atendida. En el último semestre se atendió a un paciente de manera individual al que también se le esta dando continuidad.

La población que se atendió en terapia familiar pertenece a las colonias aledañas del Centro Comunitario, y sus características se muestran en la figura 7.

Número de Casos atendidos	Tipo de servicio solicitado	Motivo de consulta	Modelo de intervención	Semestre en que se atendió
2 familias	Terapia familiar	Problemas de conducta y de convivencia con los hijos.	Integración de modelos	2do. semestre
3 personas	Terapia individual	Problemas con la pareja y problemas de comunicación.	Integración de modelos	3er. semestre
2 parejas	Terapia de pareja	Problemas de pareja (en el área afectiva), de comunicación y de violencia.	Integración de modelos	4to. semestre

Figura 7. Cuadro de las características de la población atendida.

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



CAPITULO 1

características de los pacientes, esta forma de intervención les permitió llegar a sus objetivos terapéuticos de una manera gradual.

- *Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila.*

El trabajo realizado consistió en hacer preconsultas posteriormente fue el tratamiento bajo supervisión de los diferentes modelos que se vieron. Al inicio del posgrado fue mediante coterapia con la participación del equipo detrás del espejo. Posteriormente se atendió de manera individual a una familia y una paciente de manera individual.

Se llevaron a cabo talleres preventivos elaborados en la materia de Intervención Comunitaria.

- *Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro*

Se tuvo una participación en coterapia y la mayoría de los pacientes atendidos fueron pareja. Sin embargo en ocasiones se veía a toda la familia dependiendo del motivo de consulta.

El espacio empleado fue consultorio de dicha área. Los pacientes son canalizados a esta área por psiquiatras pertenecientes a las clínicas descritas anteriormente que detectan alguna dificultad en la familia.



CAPÍTULO DOS

MARCO TEÓRICO

1. ANÁLISIS TEÓRICO CONCEPTUAL DEL MARCO TEÓRICO EPISTEMOLÓGICO

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

El objeto de estudio de la Terapia Familiar Sistémica implica a todo el grupo familiar y no sólo al individuo visto como depósito del síntoma. Ochoa (1995) define el sistema familiar como un conjunto de personas, relacionadas entre sí, que forman una unidad frente al medio externo.

La psicoterapia familiar es una ciencia clínica que se basa en una nueva epistemología circular y tiene como pilar la teoría general de sistemas. Se estudian las interacciones y pautas viendo a la familia como una entidad sistémica que reside en campos mayores (Hoffman, 1987).

A continuación se describirán los fundamentos epistemológicos de la Terapia Familiar Sistémica y Postmoderna; teoría general de los sistemas, teoría de la cibernética, teoría de la comunicación, constructivismo y construccionismo social.

Teoría general de sistemas

La Teoría General de los Sistemas fue desarrollada por el biólogo Ludwing Von Bertalanffy y la presentó en el año 1937 en el seminario filosófico de Charles Morris. La propone en yuxtaposición al modelo reduccionista y mecanicista que aísla los elementos de un universo observado, en pequeños segmentos con el fin de descubrir, determinar y predecir nuevos hechos de los fenómenos estudiados.

Después de la Segunda Guerra Mundial aparecieron las primeras publicaciones de Von Bertalanffy alrededor del año 1968 y fueron consideradas una valiosa herramienta para explicar de los fenómenos que ocurren en la realidad, así como las predicciones del comportamiento futuro de esa realidad, por lo que tuvo gran aceptación entre la colectividad científica de los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En 1954 se formó la Sociedad para la Investigación General de Sistemas cuyo objetivo se enfocaba en impulsar el desarrollo de sistemas teóricos aplicables a más de uno de los comportamientos tradicionales del conocimiento (Bertalanffy 1986 en Mendoza, 2006). Sus funciones principales eran: a) investigar el isomorfismo de conceptos, leyes y modelos en varios campos, b) estimular el desarrollo de modelos



CAPITULO 2

teóricos adecuados en los campos que carecen de ellos, c) minimizar la repetición de esfuerzos teóricos en diferentes campos y d) promover la unidad de la ciencia mejorando la comunicación entre especialistas.

Los teóricos de la totalidad y organísmica señalan la necesidad de estudiar no sólo partes y procesos aislados sino la organización y el orden que los unifica, resultado de la interacción dinámica de las partes y que hacen diferente el comportamiento de éstas cuando se estudian aisladas o dentro de un todo (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La Teoría General de los Sistemas es la exploración científica del todo y de sus totalidades. Sus objetivos son conducir a una integración contextual de instrucción científica de las ciencias naturales y sociales, así como determinar una teoría exacta en los campos no físicos de la ciencia (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Encontrar correspondencias o isomorfismos entre distintos tipos de sistemas, aún cuando estos correspondieran a diferentes disciplinas, creando principios que regulen a los sistemas en general. Y propone la utilización de un lenguaje en común que sea compartido por distintas ciencias y promueva la comunicación entre los científicos (Eguiluz, 2001).

Algunos de los conceptos que se desprenden de la Teoría General de los Sistemas son:

- **Sistema.** Son conjuntos de elementos en interacción que forman entidades de interacción dinámica de partes (Bertalanffy 1986 en Mendoza, 2006), pueden ser abiertos o cerrados. En el primero hay intercambio de energía e información con el medio, envían y reciben mensajes. Por ejemplo, la célula, una planta o una familia. Un sistema cerrado no efectúa ningún tipo de intercambio de energía o de información con su medio ambiente. Por ejemplo, una computadora o una plancha de termostato, entre otros.
- **Entropía.** Es una medida aproximada de la desorganización y el desorden dentro de un sistema cerrado.
- **Neguentropía.** Es la falta de entropía en un sistema y se refiere al grado de orden u organización en un sistema cerrado.

Las propiedades de los sistemas son:

- **Regla de relación.** Todo sistema es una unidad organizada a través de sus reglas propias, donde los elementos de organización son necesariamente independientes.
- **Orden jerárquico.** Es la diferenciación progresiva de los sistemas simples a complejos. Cada sistema tiene una organización jerárquica que determina quien tiene más poder y responsabilidad en el sistema.



CAPITULO 2

- **Causalidad circular.** Los patrones que rigen al sistema son circulares y no lineales; hay un sistema de retroalimentación.
- **Teleología.** Implica la adaptación a las exigencias de los estadios de desarrollo, a fin de asegurar la continuidad y el crecimiento. Los cuales se dan gracias al equilibrio dinámico entre dos funciones complementarias: la morfostasis y morfogénesis. La primera es la tendencia a la homeostasis, al equilibrio frente al medio. La segunda es la tendencia del sistema a cambiar, crecer y desarrollar nuevas funciones para manejar aquello que cambia.
Los sistemas rompen su equilibrio no necesariamente por la destrucción o la entropía, sino que también estos cambios pueden darse por el principio de crecimiento o de morfogénesis.
- **Recursividad.** Cada sistema se relaciona verticalmente con sistemas mayores llamados suprasistemas y sistemas menores conocidos como subsistemas.
- **Equifinalidad o equipotencialidad.** Un sistema puede alcanzar un estado final determinado a partir de distintos estados iniciales.
- **Equicausalidad.** Las mismas condiciones iniciales pueden originar diferentes estados finales.

La familia vista desde la Teoría General de los Sistemas implica que es un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí, por reglas de comportamiento y por funciones dinámicas en constante interacción entre sí y con el exterior (Andolfi, 1991).

Los sistemas abiertos, como la familia, reciben información del exterior y a su vez envían información, se encuentran en constante interacción con el medio, por lo que continuamente se transforman. Esto le sucede a la familia, es decir, conforme crece y evoluciona se va transformando; la familia tendrá que romper la homeostasis para continuar desarrollándose en niveles más amplios. A la tendencia homeostática se le llama retroalimentación negativa y a la tendencia al cambio retroalimentación positiva.

La Teoría de los Sistemas aplicada a la terapia familiar permite una nueva concepción de los problemas, del comportamiento y de las relaciones. El comportamiento es determinado por múltiples causas y su significado dependerá de esta multiplicidad de factores sin necesidad de utilizar los conceptos de normalidad o patología (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Teoría Cibernética

La palabra viene del griego *kybernetes* que significa piloto, timonel. Es un término acuñado por el matemático Norbert Wiener en 1948, quien la definió como la ciencia de la comunicación y el control en el ser humano y la máquina. En ella cualquier idea o



CAPITULO 2

pensamiento es real (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Esta basada en el principio de retroalimentación o de líneas causales circulares, que proporciona mecanismos para la persecución de metas y el comportamiento autocontrolado (Bertalanffy, 1991). Por otra parte, Mc Culloch la describió como una epistemología experimental centrada en la comunicación dentro del observador y entre el observador y el medio. Bateson la reconoce como la nueva ciencia de la forma y patrones de organización (Sluzki, 1987).

De acuerdo a Wiener (Eguiluz, 2001) la Cibernética tuvo sus orígenes e influencias de los avances tecnológicos de la Segunda Guerra Mundial, por ejemplo, el cambio en la electrónica lo que permitió reformular la manera como se concebían los problemas biológicos y sociales, tratándolos por medio de las matemáticas y la ingeniería, los procesos mecánicos de los equipos fueron entonces los prototipos de los procesos biológicos y sociales.

Los objetivos de la Cibernética son desarrollar un lenguaje y vocabulario propio, establecer principios generales de regulación de sistemas de todo tipo, ofrecer un conjunto de conceptos que tienen correspondencia exacta en cada rama de la ciencia, por lo que su relación con ellas es exacta (Eguiluz, 2001).

Las modalidades de la cibernética son:

- **Cibernética de primer orden**, o de los sistemas observados. El término fue aportado por las matemáticas para determinar la pauta y la organización de la relación paciente-terapeuta, en donde ésta se da en un nivel vertical. El sistema observado se considera fuera del observador.

De acuerdo con Keeney (1985 en Sánchez y Gutiérrez, 2000) los postulados teóricos son:

- *Circularidad*. Repetición en la interacción de las partes de un sistema que actúan como un todo.
- *Estructura*. Totalidad de relaciones que existen dentro de un sistema abierto, puede cambiar o permanecer estática.
- *Sistemas abiertos*. Cuando existe un intercambio de estímulos con el ambiente.
- *Sistemas cerrados*. Sistemas no biológicos en los que no existe el intercambio con el ambiente.
- *Retroalimentación*. Es el método para controlar un sistema reintroduciéndole los resultados de su desempeño en el pasado. Si estos resultados son utilizados como datos numéricos para evaluar el sistema y su regulación, se tiene la retroalimentación simple de los técnicos de control. Pero si esta información de retorno, sobre el desempeño anterior del sistema puede modificar su método general y su pauta actual, se tiene un proceso que puede llamarse aprendizaje. (Keeney 1994 en Chávez, 2005).



Segunda etapa cibernética de primer orden. Se basa en el modo en que los sistemas cambian su organización por retroalimentación positiva (morfogénesis) en los procesos de desviación y amplificación. Da énfasis a los procesos de amplificación hacia la desviación, a retar la desviación y la estructura del sistema, al desequilibrio y la reestructuración del sistema, a movilizar los subsistemas y a dar otra jerarquía a la unión de éstos, a dar fuerza a un subsistema, proporcionando una visión hemodinámica en lugar de una homeostática (Maruyama 1993 en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Todos los sistemas tienen una meseta homeostática. Pero más allá de ésta en cada uno de los extremos se encuentra la retroalimentación positiva o destrucción. Se pueden tener rizados causales positivos o negativos y no sólo es importante la fuerza de éste sino el momento en que se da (Hoffman, 1987).

La relación entre cibernética y la terapia familiar esta en el surgimiento de modelos terapéuticos interaccionales. Los cuales surgieron en el Mental Research Institute y describen a la familia no sólo como un sistema de partes interrelacionadas, sino también como un sistema cibernético que se gobierna a si mismo por medio de la retroalimentación.

- **Cibernética de segundo orden** o de los sistemas observantes. Los desarrollos de la física cuántica, los aportes de Wittgenstein, del neurofisiólogo Warren McCulloch, del biomatemático y filósofo Heinz Von Foerster y los biólogos Humberto Maturana y Francisco Varela constituyen los pilares sobre los que se ha configurado el territorio de la cibernética de segundo orden.

Se considera al observador como parte de la realidad observada y no como organizador de ésta. Tiene una posición paralela, recurrente, ecológica y con tendencias posmodernistas. Se da a través de la autorreflexión, autonomía, recursividad y neutralidad (Von Foerster 1998 en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La relación entre esta cibernética y la terapia familiar se encuentra mediada por el desarrollo de una epistemología, de un marco conceptual y una postura de respeto de las cuestiones del conocer, la verdad y la realidad. El terapeuta no es alguien que describe al sistema tal cual es desde afuera, sino alguien que co-construye el sistema del que él también es participante (Pakman en Von Foerster 1991 en Mendoza, 2006).

Con el concepto de homeodinámica, intervenciones generadoras de crisis, movimientos desequilibrantes y actividades provocativas, se empuja a la familia mas allá del umbral y desencadena cambios cualitativos (Sluski, 1987).

Nueva teoría de la comunicación humana

El estudio de la comunicación se empezó a dirigir hacia una nueva epistemología circular basándose en los modelos cibernéticos y de sistemas. Los teóricos provienen de



CAPITULO 2

diferentes ámbitos, como es la antropología; Gregory Bateson, Ray Birdwhistell y Edward Hall, de sociología; Erving Goffman, y de la psiquiatría y psicoanálisis; Don Jackson y Paul Watzlawick (Equiluz, 2001) a continuación se explicará mas al respecto.

Se le denomina nueva teoría para distinguirla de la teoría de la comunicación propuesta por Claude Shannon y Warren Weaver en 1949 que explican de manera lineal y diádica la comunicación (emisor, mensaje, canal y receptor).

Los iniciadores de la nueva teoría de la comunicación fueron Gregory Bateson, (1993) y sus contemporáneos que se encontraban trabajando en Palo Alto, California. Él buscaba desarrollar una teoría general de la comunicación derivada de las ideas cibernéticas; incorporando los postulados de la teoría general de los sistemas, el concepto de retroalimentación y aprendizaje, tomando conceptos de Antropología, Sociología; Biología y Psiquiatría. Un aporte básico fue la pauta que conecta, de manera que se estableció la explicación entre la cibernética y las comunicaciones existentes entre los seres vivos (Mendoza, 2006).

Un fenómeno permanece inexplicable en tanto el margen de observación no es lo suficientemente amplio como para incluir el contexto en el que dicho fenómeno tiene lugar. El observador de la conducta humana pasa de un estudio deductivo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación. El vehículo de tales manifestaciones es la comunicación.

Morris en 1938 seguido por Carnap en 1942 proponen que el estudio de la comunicación humana se puede subdividir en tres áreas para el estudio de la semiótica (teoría general de los signos y los lenguajes): sintáctica, semántica y pragmática.

- *Sintáctica*. Abarca los problemas relativos a transmitir información y constituye el campo fundamental del teórico de la información. Se refiere a problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia; es lógica matemática.
- *Semántica*. El significado de los símbolos-mensaje constituye la preocupación central; es filosofía o filosofía de la ciencia.
- *Pragmática*. La comunicación afecta a la conducta y éste es un aspecto pragmático. Sus datos no sólo palabras, también sus concomitantes no verbales y el lenguaje corporal (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1991).

A partir de los trabajos de Bateson y del equipo del MRI, encabezado por Jackson, se forjó la nueva teoría de la comunicación donde toda conducta es concebida de manera relacional y esta conformada por los siguientes axiomas (Watzlawick y cols., 1991):

1. *Es imposible no comunicarse*. Toda conducta es comunicación, es imposible dejar de comunicarse. En una situación de interacción toda conducta tiene valor de mensaje, es decir, es comunicación. Por ejemplo, cuando una persona dice o deja de decir algo, está comunicando, así como si hace o deja de hacer



algo. Lo cual influye en los demás, quienes a su vez, no pueden dejar de responder a tales comunicaciones y, por tanto, también comunican.

2. *En toda comunicación hay un aspecto de contenido y un aspecto relacional.* El contenido es la información incluida en el mensaje. El segundo clasifica al primero y por lo tanto es metacomunicación. Se refiere a qué tipo de mensaje es y cómo debe entenderse.

Para Bateson estos dos se conocen como aspectos referenciales y conativos. El primero transmite información lo que equivale al contenido del mensaje, se refiere a cualquier cosa que sea comunicable al margen que la información sea verdadera o falsa, válida o no válida o indeterminable. El segundo aspecto se refiere a la relación entre los comunicantes.

3. *La naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes.* Los ítems de la secuencia de intercambio son, al mismo tiempo, estímulo, respuesta y refuerzo. La falta de acuerdo con respecto a la manera de puntuar la secuencia de hechos es la causa de incontables conflictos en las relaciones. Esto se debe a la incapacidad para metacomunicarse acerca de su respectiva manera de puntuar la interacción. Lo que se convierte en una serie alternada infinita.
4. *Existen dos tipos de comunicación: digital y analógica.*

a) Digital. Se transmite a través de símbolos lingüísticos o escritos y será el vehículo del contenido de la comunicación. Cuenta con una sintaxis lógica compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación.

b) Analógica. Es toda la comunicación no verbal. Posee semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición de la naturaleza de las relaciones. Incluye la postura, los gestos, la expresión facial, la inflexión de la voz, la secuencia, el ritmo y cadencia de las palabras. Como tiene aproximaciones a los valores reales, es fuente de inexactitud y cuenta con indicadores para establecer una distinción entre pasado, presente y futuro. Las personas no comunican nada acerca de hechos externos a su relación, sino que proponen mutuamente definiciones de esa relación y de sí mismos.

El hombre es el único organismo que utiliza los modos de comunicación analógicos y los digitales. Esto es de importancia en lo que se refiere a compartir información acerca de objetos y a la función de continuidad temporal inherente a la transmisión de conocimiento. Se encuentra en constante traducción del modo digital al analógico y viceversa.



CAPITULO 2

5. *Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios.* Surgen del término cismogénesis, que se define como un proceso de diferenciación en las normas de la conducta individual resultante de la interacción acumulativa entre los individuos. En la interacción simétrica los participantes tienden a igualar su conducta recíproca, en cambio en la complementaria, uno de los participantes complementa la del otro.

Hay tres reacciones que puede tener la gente durante la comunicación:

- **Rechazo.** Los participantes están en desacuerdo tanto en nivel de contenido como el de relación.
- **Aceptación.** Los participantes concuerdan con respecto al contenido de sus comunicaciones y a la definición de su relación.
- **Descalificación.** Puede comunicarse de modo que la propia comunicación o la del otro queden invalidadas. Puede ser por medio de autocontradicciones, cambios de tema, incongruencias, oraciones incompletas, interpretaciones literales de la metáfora e interpretación metafórica de las expresiones literales (Waltzlawick y cols., 1991).

Un ejemplo de comunicación patológica es el de las personas esquizofrénicas que se comportan como si trataran de negar que se comunican y luego encuentran necesario negar también que esa negación constituye en sí misma una comunicación. Al hablar de la teoría de la comunicación se concibe un síntoma como un mensaje no verbal: “no soy yo quien quiere o no quiere hacer esto, sino algo fuera de mi control”.

Los conflictos de la puntuación de hechos se dan porque existe la convicción establecida de que sólo hay una realidad, en los casos de comunicación patológica constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación. Para esto los participantes se deben colocar fuera del círculo y observar la interacción no sólo como causa efecto, sino como una circularidad de la interacción.

Una variante es la profecía autocumplidora que, desde el punto de vista de la interacción, se trata de una conducta que provoca en los demás la reacción frente a la cual esa conducta sería una reacción apropiada. La conducta interpersonal de ese individuo muestra una redundancia que ejerce un efecto complementario sobre los demás, forzándolos a asumir ciertas actitudes específicas. Lo que caracteriza la secuencia es que el individuo considera que él sólo está reaccionando ante esas actitudes y no que las provoca. La importancia de la psicoterapia es que se ocupa de la digitalización correcta y correctiva de lo analógico (Waltzlawick y cols., 1991).



Constructivismo

Es una teoría filosófica del conocimiento que remonta a los escritos de Nelson Goodman, David Hume, Immanuel Kant, Jean Piaget y de los constructos del psicólogo George Kelly.

El origen de la aplicación de las teorías constructivistas radica en el trabajo de Heinz Von Foerster sobre la segunda cibernética, así como el de Humberto Maturana y Francisco Varela sobre la percepción. El primero menciona que el sistema observador y el sistema observado son inseparables. Por su parte Maturana y Varela sostienen que lo que nosotros vemos no existe como tal, fuera de nuestro campo de experiencias, sino que es el resultado de la actividad interna que el mundo exterior desencadena en nosotros (Mendoza, 2006).

La epistemología constructivista se basa en la afirmación de que las personas operan de acuerdo con una representación, o un mapa que construyen de la realidad, pero un mapa no es el territorio, puede ser más o menos útil según su adecuación, pero no es más que una descripción del territorio en términos del observador (Feizas y Villegas 2000 en Mendoza, 2006).

La realidad no se nos revela directamente sino que debe ser construida. No se tiene acceso directo a la realidad con independencia de las construcciones o esquemas culturales, sociales, de género y psicológicos.

Existen diversas posiciones respecto de la manera en que construimos nuestras representaciones del mundo; tal es el caso del constructivismo radical y el construccionismo social.

El constructivismo radical es propuesto por Ernst von Glasersfeld, quien plantea que la realidad es una construcción de la mente. Se enfatiza la autonomía del propio ser como productor de sentidos ya que el conocimiento se refiere a la experiencia individual. Este pensamiento se asocia a los trabajos de los cibernetas Heinz von Foerster, Paul Watzlawick y Humberto Maturana (Anderson 1997 en Chávez, 2005). No niega la existencia de una realidad física ontológica (objetiva); lo que cuestiona es la capacidad humana de representarse fielmente esa realidad (conocimiento).

Los terapeutas constructivistas no niegan la existencia del problema, pero tampoco buscan la verdadera causa del problema, sino parten del supuesto de que existen varias maneras de representar y explicar una determinada forma de actuar sin que exista manera de demostrar cuál es más verdadera que otra. Lo que una persona o una familia constituye como problema, los intentos de solución y la meta del tratamiento, son siempre relativas; porque, lo que para una familia constituye un problema, para otra puede ser lo más normal, y lo que resuelve el problema para alguien, para otro no es la solución (Mendoza, 2006).



Construccionismo social.

El construccionismo social parte del supuesto de que las ideas y los conceptos surgen y se transforman en el intercambio social y son mediados por el lenguaje (Hoffman 1996 en Mendoza, 2006).

El construccionismo social cuestiona la noción del individuo autónomo y de la mente constructora individual ya que considera que el contexto interaccional y comunal es el que produce significación. Este tipo de pensamiento esta representado por Kenneth Gergen, quien se interesa en los procesos a través de los cuales las personas describen, explican o dan cuenta del mundo en el que viven, de forma tal que la verdad es producto de las relaciones humanas.

Gergen, (1996) señala que el lenguaje adquiere un papel fundamental debido a que las creencias como las prácticas se crean, vinculan y ocurren en el lenguaje, por lo que cuestiona la idea de que el conocimiento pueda ser reflejado o revelado. Algunos planteamientos del construccionismo son los siguientes:

- **Cuestionar lo incuestionable:** se propone una actitud ante todo desconfiada y escéptica al considerar las distintas concepciones del mundo incluyendo la propia.
- **Tener en cuenta la especificidad histórica y cultural del conocimiento:** es la consideración acerca de las condiciones políticas, económicas y culturales de la época en la que se produce y se acepta un tipo determinado de conocimiento.
- **El conocimiento se genera en procesos sociales:** tanto las supuestas verdades incuestionables como los artefactos culturales se generan mediante las interacciones cotidianas, ya que se considera que son resultado de un continuo proceso de construcción y mantenimiento colectivo.

Según Payne (2002), la teoría de la construcción social enfoca las relaciones entre personas, normas culturales y sociales que las moldean en vez de las imaginarias dinámicas intrapsíquicas. La perspectiva construccionista es posmoderna en tanto que niega la posibilidad de un saber algo sobre las personas por medio de las teorías. Los construccionistas se fijan en los procesos sociales y culturales con los que forjan su visión del mundo, que a su vez influyen en sus acciones.

El construccionismo ha cuestionado el concepto de un si mismo. Su propuesta es que la identidad de las personas es socialmente construida en cada momento, modificándose de acuerdo a las circunstancias y que su continuidad aparente es una ilusión basada en la habitual repetición de las escenas sociales en que las personas participan (Alcántara, 2005).

Anderson y Golishian (1996 en Mendoza, 2006), especifican la influencia que tiene el construccionismo social en la terapia familiar, algunos puntos son los siguientes:



CAPITULO 2

- Tiene una posición hermenéutica e interpretativa. Destaca que los significados son creados y experimentados por los individuos que conversan (Elkaim 1996 en Mendoza, 2006).
- La acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo.
- La persona vive y entiende su vida a través de realidades narradas construidas socialmente, que dan sentido a su experiencia y la organizan. Se trata de un mundo de lenguaje y discurso humano.
- La psicoterapia es vista como un contexto para la resolución de problemas, la evolución y el cambio.
- Desde esta postura no se habla de patología, no se busca la etiología de los síntomas, sino los procesos sociales e interpersonales y la dinámica que mantiene esos síntomas.

1.2 Análisis de los principios teórico metodológicos de los modelos de intervención de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna.

MODELO ESTRUCTURAL

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO.

Este modelo es representado por Salvador Minuchin, psiquiatra y psicoanalista infantil de origen argentino.

El trabajo de Minuchin comenzó en el Child Guidance Clinic de Filadelfia, Estados Unidos. En dicha clínica Minuchin y sus colegas diseñaron programas de entrenamiento para terapeutas y para personas no profesionales que trabajaban con comunidades marginadas (Desatnik en Eguiluz, 2004).

Trabajó en la correccional para niños de Wiltwyck (1960 - 1969), Nueva York donde investigó técnicas terapéuticas para modificar las existentes ya que una vez que se daban de alta los jóvenes, reincidían debido a los problemas familiares. Posteriormente al trabajar en los kibbutz con niños afectados por la guerra en Israel, comprende la importancia de trabajar en terapia conjunta con la familia. En el año 1972 publica Structural family therapy y Families and Family Therapy (Desatnik en Eguiluz, 2004).



CAPITULO 2

Junto con Edgar Auerswald crean un programa para delincuentes menores, iniciando el programa "La dinámica de las familias pobres". Se obtuvo que cuando se les dio apoyo y orientación, los síntomas desaparecieron.

Posteriormente Minuchin trabaja con Braulio Montalvo en la elaboración del programa "Más acción y menos habla", con técnicas de acción, de role-playing y tareas. Con el fin de determinar el diagnóstico y el tratamiento de los adolescentes reincidentes de la correccional de Wiltwyck.

Bernard Guerney, Bernice Rosman, Florence Schumer, Montalvo y Minuchin publican la obra "Families of the Slums" en 1967; informe de las familias de muchachos delincuentes que se dividían en enredada y apartada. Tiempo después Haley, Montalvo, Rosman y Minuchin realizan un programa para preparar terapeutas familiares de la comunidad de raza negra, estableciendo un sistema de supervisión On line, donde las sesiones eran supervisadas por especialista desde la cámara de Gessell. Sus aportaciones fueron sustantivas tanto en las técnicas terapéuticas como en la metodología (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

II. PRINCIPALES REPRESENTANTES Y SUS APORTACIONES

A continuación se presenta un cuadro con los principales representantes del modelo y sus aportaciones esenciales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Representante	Aportación
John Bell	"Padre de la terapia familiar moderna". Trabajó en forma conjunta con la familia del paciente y logró ver el panorama completo del problema. Sus trabajos se divulgaron en el libro Family Group Therapy.
Nathan Ackerman	Vió a la familia como unidad de tratamiento y diagnóstico. Los problemas emocionales se generan en la interacción familiar, en el medio que los rodea y la dinámica de la psique. Ofreció conferencias, pláticas y publicaciones sobre la relación de las enfermedades psiquiátricas infantiles con la dinámica familiar. En 1960 fundó el Family Institute en New York.
Theodore Lidz	Trabajó con familias de pacientes esquizofrénicos. Descubrió que los pacientes tienen una familia de origen muy inestable e incapacidad para desarrollar sus propias estructuras internas y definir roles. Exploró el rol de los padres en el proceso de la esquizofrenia y descubrió las relaciones destructivas entre padres e hijos.
Lyman Wynne	Confirmó sus teorías de la estructura familiar, contexto social y la destrucción de la familia. Investigó familias de pacientes mentales.
Murray Bowen	Confiere importancia a tener hospitalizada a la madre con el paciente psiquiátrico. Inició el primer programa para formar terapeutas familiares y de pareja.
Carl Whitaker	Desarrolló técnicas de lo absurdo. Encontró que involucrar a la familia de pacientes



	esquizofrénicos en el tratamiento daba resultados positivos. Convocó la primera reunión del movimiento de terapia familiar. Incorporo a los abuelos en la terapia familiar.
Mental Research Institute: 1. Gregory Bateson 2. Haley, Bateson, Jackson y Weakland. 3. Virginia Satir 4. Ivan Boszormenyi-Nagy	1. Uno de los fundadores del campo. Estudió la teoría de los sistemas y la cibernética, así como el campo de la comunicación y los conceptos paradójicos. 2. Realizan el informe psiquiátrico titulado "Hacia una teoría de la esquizofrenia", donde incluyeron el concepto de doble vínculo. 3. Desarrolló el concepto de metamensaje, referido a conceptos de interacción familiar. Popularizó el movimiento de terapia familiar. 4. Fundó el Grupo de Filadelfia y difundió la terapia familiar, realizó el texto Intensive Family Therapy en donde habla de la terapia contextual o integral.

III. PRINCIPIOS BÁSICOS

Los principios básicos del Modelo Estructural se enumeran de la siguiente manera:

- 1. Estructura.** Es una serie invisible de demandas funcionales que se organizan en la manera en que sus miembros interactúan. Describe las secuencias que pueden ser predecibles e involucra y establece reglas que rigen sus transacciones, las cuales establecen pautas acerca de que manera, cuando y con quien relacionarse; éstas pautas apuntalan el sistema (Minuchin, 1989).

La familia como grupo natural en el curso del tiempo elabora pautas de interacción que rigen el comportamiento de sus miembros, define su variación de conductas y facilita su interacción recíproca (Minuchin y Fishman, 1994).

La estructura familiar debe ser capaz de adaptarse cuando las circunstancias cambian ya sean externas o internas y por lo tanto debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita enfrentar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona el marco de referencia a sus miembros (Minuchin y Fishman, 1994).

- 2. Subsistemas.** Es la unión conjunta de los miembros para desarrollar ciertas funciones. Esta formado por uno, dos o mas miembros los cuales están determinados por generaciones. Cada miembro desarrolla diferentes roles en distintos subgrupos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Minuchin, (1989) señala los siguientes subsistemas que conforman una familia:

- *Subsistema individual.* Esta formado por un solo individuo, incluye el concepto de sí mismo, los determinantes personales e históricos del individuo.
- *Subsistema conyugal.* Esta formado por la pareja.



CAPITULO 2

- *Subsistema parental.* Conformado por los padres cuyas funciones son la crianza y educación de los hijos. Se va modificando a lo largo que los hijos crecen.
 - *Subsistema fraterno.* Conformado por los hermanos, es decir el primer grupo de iguales con los que el hijo convive.
3. **Límites.** Son barreras invisibles que identifican a individuos y subsistemas, que regulan la relación de uno con otro, y funcionan para delimitar y definir la autonomía de cada uno de ellos. Pueden ser rígidos o difusos. Los primeros son muy restrictivos y permiten poco contacto con los subsistemas por lo que éstos y los miembros están aislados e incommunicados. En el aspecto positivo permite la independencia, crecimiento y autonomía. Los límites difusos tienen alto grado de apoyo mutuo, pero a costa de independencia y autonomía (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
 4. **Jerarquías.** Se refieren a las posiciones que ocupan los distintos miembros de la familia con relación al ordenamiento jerárquico dentro del sistema, que marca subordinación de un miembro respecto a otro. Define la función del poder y sus estructuras en las familias (Simon, Stierlin y Wynne 1998 en Desatnik en Equiluz, 2004).
 5. **Alianza.** Designa una afinidad positiva entre dos unidades de un sistema. Es la unión de dos o más miembros y pueden ser transitorias, flexibles, rígidas o permanentes (Sánchez y Gutiérrez, 2000). Son las reglas de unión u oposición de un miembro de un sistema hacia otro miembro o sistema en cuanto a cumplir una función (Minuchin, 1989).
 6. **Coalición.** Cuando la alianza se convierte en el objeto de perjudicar a un tercero. Es oculta e involucra a personas de dos distintas generaciones aliadas contra un tercero. La posición puede expresarse por medio del conflicto y de la exclusión, entre otras formas (Desatnik en Equiluz, 2004).
 7. **Territorio.** Corresponde al espacio que ocupa cada miembro de la familia, en tiempo y lugar. Se pueden presentar dos polarizaciones patológicas; una, cuando alguien de la familia ocupa demasiado espacio y, la otra, cuando un miembro de la familia se encuentra en la periferia.
 8. **Familiograma.** Es una simplificación, que ayuda al terapeuta a organizar el material que obtiene; sirve como diagnóstico y para determinar y evaluar los objetivos y metas terapéuticos. Ayuda a esquematizar las jerarquías, alianzas, coaliciones, pautas repetitivas y los subsistemas (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
 9. **Triángulos.** El triángulo tiene como función equilibrar la relación de varios miembros que pueden tener relaciones conflictivas, es decir, una unidad de dos se



estabiliza y confiere sentido a su actividad con referencia a un tercero (Simon y cols., 1988 en Desantik en Eguiluz, 2004).

IV. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Desantik, (en Eguiluz, 2004) refiere que la terapia estructural recurre a técnicas que alteran el contexto inmediato de las personas, de tal modo que sus posiciones cambian. Un cambio en la posición de una persona en relación con sus circunstancias, con su contexto familiar, constituye una modificación de su experiencia subjetiva. Las principales técnicas terapéuticas del modelo se explican a continuación (Minuchin y Fishman, 1994):

- **Coparticipación.** En el primer acercamiento el terapeuta recibe a la familia con una posición de experto y conocedor, con la finalidad de que ésta perciba al terapeuta como el indicado para resolver la problemática. Los tres tipos de coparticipación dependen de la idiosincrasia y estructura familiar. Puede ser cercano, intermedio o distante.
- **Técnicas de Reencuadramiento.** Implica el cuestionamiento del síntoma. Las técnicas 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 la definen. Puede ser espontánea o provocada.
 - b) *Enfoque.* El terapeuta organiza los datos de las interacciones familiares en torno de un tema que les imparte un nuevo sentido. Se tiene una “visión de túnel” en la que profundiza en un campo limitado.
 - c) *Intensidad.* El terapeuta refuerza el influjo del mensaje terapéutico. Destaca la frecuencia con que se produce una interacción disfuncional, las diversas modalidades que ella cobra y cuánto penetra los diferentes holones. Lo puede realizar mediante:
 - Repetición del mensaje. Reiterar el mensaje las veces que sean necesarias para que se comprenda.
 - Mensaje isomórfico. Superficialmente parecen diferentes, pero en su estructura profunda son similares.
 - Tiempo o ritmo. Modificar la estructura con noción propia del tiempo y del movimiento.
 - Distancia. El terapeuta se acerca o aleja de la familia para enfatizar o relajar la intensidad.
 - Resistencia a la presión de la familia. Establecer liderazgo y no hacer lo que la familia quiera.



- **Técnicas de Reestructuración.** Implica el cuestionamiento de la estructura. Las técnicas son:
- a) *Fronteras.* Técnicas que regulan la permeabilidad de las fronteras que separan a los holones entre sí. Apuntan a la distancia psicológica entre los miembros de la familia o la duración de la interacción.
 - b) *Desequilibramiento.* La meta es cambiar el vínculo jerárquico entre los miembros de un subsistema. El terapeuta tendrá que utilizarse a sí mismo como miembro del sistema terapéutico para cuestionar y modificar la distribución del poder en el seno de la familia.
 - c) *Complementariedad.* Una de las metas es ayudar a los miembros a que vivencien su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. El terapeuta cuestiona la epistemología habitual de los miembros de la familia en tres aspectos: cuestionamiento del problema, del control lineal y del modo de recortar los sucesos.
 - d) *Paradojas.* Se utilizan como instrumento clínico para enfrentar la resistencia y evitar una lucha por el poder entre la familia y el terapeuta. Se dividen en:
 - Directas, basadas en la aceptación.
 - Basadas en el desafío.
 - Basadas en la aceptación y el desafío.
 - El grupo de consulta como coro griego.
 - e) *Realidades.* El terapeuta, que es un creador de universos, ofrecerá a la familia una realidad diferente. Sólo utiliza los hechos que la propia familia reconoce verdaderos, pero a va partir de ellos edificará un ordenamiento nuevo. Las etapas son:
 - *La elaboración de una concepción del mundo.*
 - *Validación de una concepción del mundo.*
 - *Cuestionamiento de la concepción del mundo.*
 - f) *Construcciones.* La realidad de la familia es una construcción terapéutica. El objetivo es convertir a la familia a una concepción diferente del mundo, que no haga necesario el síntoma y a una visión de la realidad más flexible. Las técnicas se agrupan en las siguientes categorías:
 - Utilización de símbolos universales. El terapeuta presenta sus intervenciones como si se apoyara en una institución o en un acuerdo que rebasaran el ámbito de la familia.
 - Utilización de verdades familiares. El terapeuta presta atención a las justificaciones que la familia aduce para sus interacciones y utiliza su misma concepción del mundo para extender su modalidad de funcionamiento.



CAPITULO 2

- Consejo profesional. El terapeuta presenta una explicación diferente de la realidad de la familia y la basa en su experiencia, conocimiento o sabiduría. (Minuchin, S. y Fishman, H. 1994).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

El modelo estructural es una terapia de acción que tiene como objetivo transformar la estructura y el funcionamiento familiar para que los miembros lleven a cabo las tareas con mayor eficacia, funcionalidad y cooperación.

El trabajo del terapeuta es directivo al desequilibrar las pautas disfuncionales y conducir a la familia hacia otras nuevas más adaptativas. Lo que requiere de ciertas características del terapeuta, ya que algunos lo podrían percibir como artificial.

Desatnik (en Eguiluz, 2004) considera el trabajo de Minuchin como una importante integración de la teoría, la práctica clínica, la investigación y la atención comunitaria. Además, ha logrado sistematizar y difundir sus ideas y hallazgos teóricos y metodológicos, de manera que los profesionales del campo clínico han podido comprender, aplicar y evaluar sus propuestas. Minuchin ha tenido un impacto significativo en el desarrollo de la terapia sistémica en México, ya que participó en los programas de formación y colaboró con el ILEF donde impartió seminarios y talleres de entrenamiento.

Finalmente, el modelo estructural da sentido a su nombre al brindar a los terapeutas la estructura de donde partir para analizar la situación que la familia presenta, con los aportes de teoría y técnica es un modelo bastante enriquecedor para la Terapia Sistémica.

MODELO ESTRATÉGICO

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La terapia estratégica es un enfoque de terapia familiar breve que se deriva de las teorías de Milton Erickson y es representado por Jay Haley y Cloé Madanes.

El desarrollo de la terapia estratégica estuvo muy influido por la terapia de Milton Erickson la cual es una extensión de la técnica hipnótica. Haley recibió entrenamiento y supervisión de éste por lo que su estilo se basa en directivas al igual de Erickson. Actualmente se le conoce como terapia estratégica de Erickson o hipnosis moderna (González en Eguiluz, 2004).

La hipnosis es un estilo de comunicación e intercambio entre dos personas que facilita y promueve el contacto con los recursos naturales que cada individuo posee, para



CAPITULO 2

prevenir o enfrentar y resolver situaciones problemáticas en la vida cotidiana. Esta comunicación se logra a través del trance hipnótico; estado alterado de conciencia que permite a la persona ponerse en contacto consigo mismo sin perder la conciencia y la capacidad de alerta, participando activamente en su propio proceso terapéutico (González en Eguiluz, 2004).

A través del lenguaje, el terapeuta y el individuo o la familia alcanzan un estado de coinducción y en dicho estado coconstruyen una nueva realidad.

Se le denomina estratégico debido a que el terapeuta inicia lo que ocurre durante la terapia y diseña un enfoque particular para cada problema. No es un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia que tienen como común denominador el que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.

Otro elemento que influyó en la obra de Haley fue la concepción de la comunicación construida en relación a lo que propone Gregory Bateson y John Weakland. Trabajó con ambos en los inicios del grupo de Palo Alto (1952 – 1962) en lo referente al desarrollo de la teoría del doble vínculo. En el año 1963, Haley publica *Strategies of Psychotherapy*, en donde presenta un enfoque más social y plantea como unidad de análisis en terapia a la díada.

Una tercera influencia fue el acercamiento que tuvo Haley con las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo. Por ejemplo, en la noción de que el terapeuta debe ser un elemento activo y directivo, y la noción de que se debe intervenir en la jerarquía familiar con los adolescentes. Algunas de las ideas de Minuchin que se expresan en su obra *Families and Family Therapy* (1974) son afines a las que Haley presenta en *Terapia para resolver problemas*. En 1990 Haley menciona que la influencia de Montalvo en su trabajo fue mayor que la de Minuchin (Galicia en Eguiluz, 2004).

II. PRINCIPALES REPRESENTANTES Y SUS APORTACIONES

Los principales representantes de la terapia estratégica son Cloe Madanes, y Jay Haley de Washington D.C los cuales desarrollaron conceptos sobre la formación de terapeutas y dirigieron el Instituto de Familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Jay Haley manifiesta que la conducta sintomática es señal de que el orden jerárquico del sistema es confuso y que existe una lucha por el poder entre sus miembros, con la finalidad de aclarar las posiciones dentro de la jerarquía. Defiende que la organización del sistema se torna patológica cuando hay coaliciones permanentes entre miembros pertenecientes a distintos niveles jerárquicos (Haley 1987 en Ochoa, 1995).

Madanes coincide con Haley al centrarse en las incongruencias jerárquicas, donde dos estructuras incompatibles de poder se definen simultáneamente en la familia, enfatizando los niveles de organización frente a los niveles de comunicación. Los



CAPITULO 2

síntomas son actos comunicativos analógicos que ejercen una función dentro de un conjunto de relaciones interpersonales. Aunque los integrantes de una familia se dañen entre sí, su motivación intrínseca es ayudarse.

Las intervenciones iniciales están definidas en cuatro escenarios: la escena social, la escena del problema, la escena de la interacción y la escena de los objetivos (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Actualmente no se encuentran claramente seguidores de Haley y Madanes que hayan continuado con las ideas de poder, jerarquía y directividad, sin embargo, se puede encontrar una influencia en los trabajos de Fish, Weakland y Segal en lo que respecta a la entrevista inicial y a la planificación de caso (Galicia en Eguiluz, 2004).

III. PRINCIPIOS BÁSICOS

A continuación se abordarán los principios que la sostienen centrándonos en los dos autores mencionados:

- **Unidad terapéutica.** La queja del paciente se define en diferentes unidades sociales que se encuentran cristalizados, por lo que no solo se debe incluir a la familia, sino a todos los profesionales que están en contacto con el problema y considerar el contexto social en el que ocurre. La obligación del terapeuta es definir la unidad social que él puede cambiar para resolver el problema del cliente (Galicia en Eguiluz, 2004).
- **Establecimiento de objetivos claros y precisos.** Permite operacionalizar los objetivos y centrar la terapia en lo resoluble del problema. El principal objetivo es cambiar la conducta comunicativa del individuo; cambiar su metáfora y emplear otras más apropiadas o bloquear las metáforas a fin de obligar al paciente a desarrollar otras (Haley, 1988).
- **Establecimiento de una jerarquía congruente** El terapeuta identifica las pautas de comportamiento reiterativas en las que se manifiesta una jerarquía con funcionamiento defectuoso y se interviene para que sea imposible su continuación. (Galicia en Eguiluz, 2004).
- **Estimular la imprevisibilidad.** El objetivo del terapeuta es introducir una mayor complejidad en la vida de la gente, en tanto y en cuanto quiebra los ciclos repetitivos de conducta y genera nuevas alternativas. (Ochoa, 1995).
- **Hincapié en lo analógico.** El síntoma es una forma de comunicación por lo que el foco de esta terapia esta puesto en la modificación de analogías y metáforas (Haley, 1989).



CAPITULO 2

- **Control.** Las intervenciones cobran la forma de directivas sobre algo que los miembros de la familia tienen que realizar, lo cual está destinado a modificar la manera en que las personas se relacionan entre sí y con el terapeuta (Haley, 1988).
- **Focalización en el presente.** Se insiste en las circunstancias presentes del paciente y en la función actual de sus síntomas, de esta manera se establece ya un contexto de cambio terapéutico mientras se obtiene la información precisa (Haley, 1989).
- **Flexibilidad.** El enfoque adoptado para tratar un síntoma varía según se trate de una familia con uno o dos progenitores, la clase social a la que pertenece y sus antecedentes étnicos y la edad de los niños involucrados (Ochoa, 1995).
- **Creatividad.** Al ser una terapia diseñada a la medida de la familia, se requiere de esta habilidad para crear las intervenciones adecuadas (Ochoa, 1995).

IV. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

El enfoque estratégico implica gran cantidad de técnicas ya que toma las que se requieren en el momento y pueden ser de otros modelos como el estructural, el narrativo, etc. A continuación se enumeran las principales técnicas terapéuticas:

1. **Entrevista.** Su finalidad es recopilar la mayor y más clara información del problema y su posible solución. De esta manera se establecen objetivos específicos y se formula el plan para realizar los cambios. Las fases son:
 - a) **La etapa social.** Todos los miembros de la familia deben participar en la entrevista, el terapeuta deberá dirigirse a cada integrante y preguntar su nombre. Observará la relación entre los miembros y la manera en que se conducen hacia el terapeuta.
 - b) **Planteamiento del problema.** El terapeuta pregunta por qué han venido o qué problema los aqueja. La pregunta presenta dos aspectos: el modo en que el terapeuta la formula y a quién la dirige.
 - c) **Etapa de interacción.** Consiste en recabar la opinión de todos los presentes y hacer que todos los miembros de la familia dialoguen entre sí sobre el problema.
 - d) **Definición de los cambios deseados.** Se obtiene una formulación clara de los cambios que quieren alcanzar mediante la terapia. El terapeuta estará estableciendo el contrato.
 - e) **Conclusión.** Se concluye con la concertación de una nueva cita. Se les puede dejar una tarea para el hogar y de esta forma la familia queda ligada al terapeuta entre las sesiones (Haley, 1988).
2. **Reencuadre.** Se redefine el problema y se asocian nuevos significados a los hechos que provocaron el significado anterior o la realidad de la familia. Implica



cambiar el marco o el punto de vista conceptual o emocional, o ambos, en relación con el que se experimentaba una situación, ubicándola en otro plano o perspectiva, modificando así su significado (Haley, 1989a).

3. **Directivas.** Sus funciones son intensificar la relación entre clientes y terapeuta y obtener información de la manera en que reacciona la gente al recibir una directiva.

Los tipos de directivas según Haley, (1988) son:

Directas.	Paradójicas.
<p>Son intervenciones conductuales cuyo objetivo es cambiar la conducta de algún componente de la familia. En especial la que está relacionada con el mantenimiento del síntoma.</p> <p>Se propone directamente la realización de otra conducta alternativa.</p> <p>Decir qué hacer con el propósito de que se cumpla.</p> <p>Los tipos son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ordenar que deje de hacer algo. - Pedir que haga algo diferente. 	<p>Son intervenciones conductuales en la que se prescribe la continuidad del síntoma durante un tiempo fijado. Las que emplea el terapeuta cuando quiere que se resista la familia y de ese modo cambien.</p> <p>Las etapas son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Establecer una relación que sea tendiente a provocar el cambio. 2. Definir el problema. 3. Fijar los objetivos. 4. Ofrecer un plan. 5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por "autoridad en la materia". 6. Impartir la directiva paradójica. 7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual. 8. Evitar que se le acredite al terapeuta como un logro de él el avance, dado que ello significaría aceptar que las recaídas están en relación con el terapeuta.

4. **Tareas.** Actividades que se dejan para la casa entre una sesión y otra. Las etapas de su diseño consisten en reflexionar sobre el problema presentado en función de la secuencia que tiene lugar en la familia y hallar una directiva que cambie a ambos. Pueden ser directas o paradójicas (Galicia en Eguiluz, 2004).
5. **Metáforas.** Son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje no relacionado directamente con el problema. Es la relación de analogía entre una cosa y otra (Haley, 1989).
6. **Ordalías.** Se emplea con pacientes que tienen buena alianza terapéutica y que, estando en las últimas sesiones, consiguen poco o ningún cambio. Se propone una tarea directa cuyo incumplimiento conduce a otra alternativa peor para la persona.



7. **Técnicas hipnóticas.** Pueden formar parte de intervenciones metafóricas y se utilizan para diseminar un mensaje relacionado con el problema a lo largo de un discurso aparentemente neutro (González en Eguiluz, 2004).
8. **Utilización.** Cualquier cosa que el paciente traiga a la consulta es una parte de él y de su problema. La utilización terapéutica es la disposición del terapeuta para responder de forma estratégica a cualquiera y a todos los aspectos del paciente o al entorno (González en Eguiluz, 2004).
9. **Ofrecimiento de una alternativa peor.** Se le ofrece algo que a la persona no le gusta para que ésta elija alguna otra cosa. Se puede utilizar una amenaza para inducir a la persona a cambiar para ahorrarse algo peor (Haley, 1989a).
10. **Frustración de una respuesta para alentarla.** Se le indica al sujeto una cierta manera de comportarse y cuando comience a cumplirla, el terapeuta cortará la respuesta y pasará a otra área (Haley, 1989a).
11. **Empleo del espacio y la posición.** La gente se orienta en términos de claves visuales y auditivas lo cual puede alterar su orientación (cambiar las sillas para que la disposición cambie) lo cual beneficia al proceso terapéutico (González en Eguiluz, 2004).
12. **Aliento de una recaída.** Se usa el desafío para resistir a las directivas en forma paradójica para que el paciente lleve a cabo la directiva (Haley, 1989a).
13. **Siembra de ideas.** Se establece la infraestructura y se subrayan ideas en las que no se ahonda con el fin de dejarlas sembradas en la persona (Haley, 1989a).
14. **Aliento de la resistencia.** Se acepta la resistencia y se ve como conducta cooperativa del paciente; es una expresión de la individualidad del paciente. La respuesta deberá incluir el aceptarla, alentarla y utilizarla para ayudar al cliente a rodear sus limitaciones aprendidas (Haley, 1989a).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

El enfoque estratégico va mas allá de ser una teoría debido a que es un conjunto variado de ellas, cuya finalidad es diseñar intervenciones que lleguen al objetivo planteado junto con la familia, es decir, solucionar la problemática de ésta.

La finalidad de la terapia es cambiar las secuencias de conductas inadecuadas que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar. Para llegar a esto el terapeuta utiliza ciertas



CAPITULO 2

técnicas entre las cuales se encuentran las redefiniciones, connotaciones positivas, metáforas, tareas directas simples, ordalías y tareas paradójicas, que imparte el terapeuta en su función de responsable de la situación.

La terapia estratégica considera el síntoma de la persona como una forma de comunicación analógica que expresa otro problema familiar, pero también es una solución – insatisfactoria para los que están implicados en él. Por ello, el terapeuta establece durante la entrevista una hipótesis sobre la posible función de la conducta sintomática dentro del contexto social o familiar.

Finalmente, la secuencia sintomática se altera por medio de la introducción de congruencia en la jerarquía del sistema para esto se crean ingeniosas y creativas estrategias que son generadas para cada caso concreto de modo que faciliten el cambio.

MODELO DE TERAPIA BREVE DEL MRI

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO.

La historia de la terapia breve comienza con el artículo de Milton Erickson llamado “Special techniques of brief hypnotherapy”, realizado en 1954, del cual se extrae que la clave de la terapia breve es utilizar lo que los clientes llevan consigo para ayudarlos a apagar sus propias necesidades de forma que puedan hacer sus vidas satisfactorias.

Posteriormente en el año 1968 se fundó, junto al Mental Research Institute de Palo Alto, el Brief Therapy Center. El cual se interesó cada vez mas en las soluciones y en cómo funcionan.

La teoría y práctica de la terapia breve se desarrolló de manera significativa en el decenio posterior a la publicación de los artículos “Brief therapy: focused problem resolution”. De Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin del año 1974 y “Brief Therapy: two’s company” de De Shazer del año 1975 (Watzlawick y Nardone, 2000).

En el marco de los inicios de la terapia breve se identifican dos enfoques principales: el encauzado a problemas y el orientado a soluciones, ambos tienen sus antecedentes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton H. Erickson y los análisis de Gregory Bateson. En éste apartado se abordará el enfoque enfocado a problemas (Espinosa en Eguiluz, 2004).

La epistemología constructivista (Simon, 1995; Steier, 1989; y Glasersfeld, 1996 en Espinosa en Eguiluz, 2004) establece que las familias y las personas forman su propia realidad, es decir, están en un proceso constante de comprenderse a sí mismas y a su



CAPITULO 2

experiencia. Por lo tanto no hay una realidad única y el terapeuta no deberá imponer lo que cree que es normal a sus clientes.

Milton Erickson rechazaba la resistencia de la familia y creía en el enfoque de la utilización (Erickson y Rossi, 1983; Gordon y Meyers-Anderson, 1981 en Espinosa en Equiluz, 2004) donde los síntomas, las creencias rígidas y la conducta compulsiva son componentes esenciales que deben tomarse en cuenta y ser utilizados como parte de la solución. Las personas con problemas tienen en su propia estructura psíquica y capacidad de solución.

Los estudios de Gregory Bateson establecen que existe una relación recursiva entre el significado y la acción; un cambio de visión respecto al problema puede conducir a un cambio en la conducta del paciente. Posteriormente formuló una teoría de la mente (Bateson, 1979 en Espinosa en Eguluz, 2004) en la cual sus análisis sobre el observador dieron un giro en la práctica clínica, ya que el terapeuta se desplaza de provocar comportamientos previstos por sus propias convicciones hacia intervenciones para crear las condiciones en las que se pueda inducir un comportamiento alternativo.

II. PRINCIPALES REPRESENTANTES Y SUS APORTACIONES

Los principales representantes son Don D. Jackson, Paul Watzlawick, John Weakland, Richard Fisch y Segal; integrantes del Brief Therapy Center del Mental Research Institute de Palo Alto. Su trabajo se caracteriza por intervenir sobre aquellas respuestas que los pacientes y sus familias desarrollan para solucionar la situación sintomática y que han resultado infructuosas (Ochoa, 1995).

Jackson fundó el MRI en 1959 y se interesaba en la interacción, los sistemas humanos, la cibernética y la comunicación en familias con un miembro esquizofrénico, donde se incorpora el aspecto emocional de la comunicación (Jackson 1986 en Espinosa en Eguluz, 2004).

Watzlawick y Nardone, (2000) sostienen que una psicoterapia eficaz consiste en un cambio exitoso del marco de referencia, es decir, del significado y valor que una persona atribuye a aquel aspecto particular de la realidad que, dependiente de la naturaleza de esta atribución, explica su dolor y sufrimiento.

Clasifican la realidad en dos órdenes las cuales son:

- **Realidad de primer orden.** Se refiere a las propiedades físicas de los objetos de nuestra percepción.
- **Realidad de segundo orden.** Fundada sobre la atribución de significado y valor a estos objetos.



CAPITULO 2

Weakland, Fisch y Segal proponen la planificación, algunos de los principios del modelo que se explican en seguida y las etapas de la primera entrevista.

III. PRINCIPIOS BÁSICOS

Los principios básicos que propone el modelo de Terapia breve del MRI son los siguientes (Espinosa en Eguiluz, 2004):

1. **El modelo es un sistema de creencias, opiniones o mitos.** No pretende presentar la realidad o la verdad, sino una idea de eficacia, es decir, su importancia se mide pragmáticamente por sus consecuencias.
2. **No busca causas históricas.** El mantenimiento de un problema se debe a conductas actuales y para eliminarlas o transformarlas se deben alterar los patrones de interacción familiar, es decir, pone el acento en los circuitos interactivos que mantienen el comportamiento problemático.
3. **No busca patologías.** Dado que las cosas que pasan son un fenómeno social, no individual.
4. **Se acepta todo lo que el paciente ofrece.** Por ejemplo, la resistencia se ve como miedo natural al cambio. Se aprovecha de manera positiva todo lo que el paciente tiene o hace.
5. **Una dificultad mal manejada es un intento de solución.** Se considera que los problemas se dan por un mal manejo de las dificultades cotidianas o por una mala adaptación a transiciones en el ciclo de vida.
6. **Se trabaja con un solo problema por tratamiento.** Se esperan aspectos colaterales en las habilidades de solución de problemas. Se buscan pequeños cambios, sobre la base que éstos forman parte de un ecosistema y por tanto, producirán otros cambios.
7. **No es normativa.** No se plantea un deber ser; cada persona lo establece. No hay estándares de normalidad o funcionalidad, por lo tanto la meta es el objetivo de cambio del paciente.
8. **El límite de tiempo de esta terapia es de 10 sesiones por problema.**
9. **Capacidad de maniobra del terapeuta** (Fisch, Weakland y Segal, 1994): Implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos o inconvenientes que se presenten en terapia. El terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, modificando su curso de la forma necesaria durante el curso del tratamiento. Algunos de los puntos que implica son:
 - ✓ *Oportunidad y ritmo.* El terapeuta decide retirarse de la postura que haya asumido con un paciente o abandonar la estrategia que haya comenzado a



poner en práctica, en vez de ceñirse a ellas. Todo esto en función de los comentarios que manifieste el paciente.

- ✓ *El tiempo necesario.* El terapeuta no se presiona para actuar, debe tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar.
- ✓ *El uso de un lenguaje condicional.* El terapeuta puede mantener intacta su capacidad de maniobra si responde de una manera condicionada. Las condiciones ponen de manifiesto que la sugerencia que desea brindar es adecuada, pero que su éxito dependerá de los esfuerzos del paciente más que de la bondad de la sugerencia en si misma.
- ✓ *El cliente debe concretar.* Ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas.
- ✓ *Actitud igualitaria.* Capacidad del terapeuta para que el cliente le comunique información estratégica y para que éste le haga caso llevando a la práctica las sugerencias o tareas encomendadas.
- ✓ *Sesiones individuales y conjuntas.* La mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas, y no con la familia completa. De esta forma el terapeuta posee la libertad de constituirse en abierta coalición con cada persona implicada, pudiendo obtener con más facilidad la colaboración de todos.

IV. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Las principales técnicas terapéuticas que se emplean en el modelo son las siguientes:

1. **Entrevista.** La primera entrevista que se lleva a cabo en la terapia breve consta de cuatro etapas (Fisch y cols., 1994) las cuales son:
 - a) *El estadio social.* Se recibe a la familia y se la ubica cómodamente. Se recoge información acerca de: el tono general de la familia, las relaciones entre padres e hijos, las relaciones entre los padres, la relación entre los miembros de la familia y el terapeuta.
 - b) *El estadio de focalización del problema.* Se les pregunta a cada miembro por el problema que tienen.
 - c) *El estadio interactivo.* Se pide a los familiares que hablen entre sí. El terapeuta se propone activar intercambios comunicativos directos entre los miembros de la familia sobre el problema; visualizar la estructura de la familia y las reglas que rigen las transacciones de sus miembros; o reparar el camino para la sucesiva definición de un objetivo terapéutico.
 - d) *Se concierta el objetivo de la terapia.* El contrato terapéutico es la definición del objetivo, el cual da la medida del compromiso de cada uno para el logro de los cambios apetecidos.



- 2. Planificación.** Fisch y cols., (1994) proponen las siguientes etapas:
- a) *Establecer el problema del cliente.* Es importante comenzar por una comprensión clara de la dolencia que ha traído al cliente a consulta.
 - b) *Establecer la solución intentada por el cliente.* Ya que el problema se conserva gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan sobre el problema, es necesario obtener una comprensión completa y exacta de qué representan tales esfuerzos, en especial los que se estén llevando a cabo en el momento presente.
 - c) *Decidir que se debe evitar.* Dejar bien claro qué hay que apartar del tratamiento. Lo cual suministra una orientación básica para la formulación del impulso estratégico más apropiado en cada caso.
 - d) *Formular un enfoque estratégico.* Las estrategias efectivas suelen ser aquellas que se oponen al impulso básico del paciente, apartándose en 180 grados de dicha dirección.
 - e) *Formular tácticas concretas.* Aunque la solución de un problema exija el abandono de la solución ensayada por el paciente, éste no puede limitarse a dejar de hacer algo, sin hacer otra cosa en cambio. Se pregunta acerca de las transacciones que se producen con carácter más repetitivo mientras está teniendo lugar el problema y se intenta solucionarlo.
 - f) *Encastrar la sugerencia en un contexto: “vender” la tarea.* Después de que el terapeuta ha formulado la tarea que le corresponde realizar al cliente, necesita planear el modo de inducir a éste a aceptarlas.
 - g) *Formular objetivos y evaluar el resultado.* El indicador más importante de éxito terapéutico consiste en una declaración del cliente según la cual él se encuentre completamente satisfecho con el resultado del tratamiento.
- 3. Prescripciones reestructurantes.** Según Andolfi, (1991) reestructurar es un proceso tendiente a modificar los esquemas relacionales habituales de la familia mediante el uso de elementos y energías ya presentes en el sistema, al menos a nivel potencial. A su vez Watzlawick y Nardone, (2000) mencionan que implica cambiar el fondo o la visión conceptual y/o emocional en relación con la cual se experimenta una situación poniéndola dentro de otro marco que se adapta, tan bien o mejor que aquel, a los hechos de la misma situación concreta, cambiando así completamente su significado.
- 4. Prescripciones paradójales.** Andolfi, (1991) define como paradójal una situación en que una afirmación es verdadera si es falsa, y sólo si lo es; esto deriva del hecho de que se emiten contemporáneamente dos mensajes que resultan incompatibles entre sí (doble vínculo). La paradoja utilizada en psicoterapia nace de características contextuales distintas; no obliga al paciente a responder según una modalidad patológica, sino que determina, la interrupción de un círculo vicioso. Esto se puede obtener por medio de prescripciones del síntoma, tendientes a prescribir el comportamiento enfermo o prescribiendo las reglas;



tendientes a implicar directamente a todo el sistema familiar mediante la prescripción de reglas peculiares disfuncionales de la familia que corresponden al componente más rígido de la homeostasis sistémica.

5. **Prescripciones metafóricas.** Son intervenciones cognitivas que se emplean para transmitir un mensaje, no relacionado directamente con el problema, sin que su percepción pueda bloquearse por la intervención de las funciones racionales y se confía en que ejerza su acción por vía analógica (Watzlawick, 1980 en Ochoa, 1995).
6. **Intervenciones.** Fisch y cols., (1994) plantean dos categorías de las intervenciones en psicoterapia; las principales y las generales. Las primeras se utilizan después de haber recogido los datos suficientes y haberlos integrado en un plan del caso ajustado a las necesidades específicas de la situación concreta. Se dividen en:
 - a. *Intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo.* El paciente define fluctuaciones normales del funcionamiento corporal o mental como problemas y toma medidas para corregirlas y para que no reaparezcan. La intervención invierte la anterior solución, pidiendo al sujeto que fracase en su intento de superar el problema.
 - b. *Intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo.* Implica exponer al cliente al acontecimiento, con un dominio incompleto y en una situación controlada, impidiéndole acabar la tarea con éxito.
 - c. *Intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición.* El objetivo de la intervención es que se adopte una postura de inferioridad denominada “sabotaje benévolo”; al eliminar la actitud dominadora, desaparecerá la conducta provocadora e inductora de rebeldía.
 - d. *Intento de conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.* Se trata de lograr una respuesta espontánea del otro que coincida con los deseos de la otra persona.
 - e. *Confirmar las sospechas del acusador a través de un intento de defensa propia.* El objetivo de la intervención es interrumpir la secuencia de acusaciones y justificaciones; se denomina interferencia o confusión de señales.

Por otra parte las *intervenciones generales* poseen un ámbito de aplicación mucho mayor y pueden usarse en una amplia gama de problemas. Son:

- a) *No apresurarse.* Así se previene la recaída al evitar que el sujeto vuelva a esforzarse demasiado y se da el mensaje de que es preferible el cambio paulatino.
- b) *Los peligros de una mejoría.* Es adecuada cuando el paciente no ha realizado la tarea prescrita en la sesión anterior y en síntomas como la ansiedad.



- c) *Un cambio de dirección.* Se hace cuando las intervenciones no han producido el cambio deseado y el terapeuta argumenta que se variará el rumbo de la terapia.
- d) *Cómo empeorar el problema.* Se emplea cuando en las últimas entrevistas continúa sin haber cambios. Se enumera de forma específica lo que la familia ha hecho para solucionar el problema, por lo que se subraya el papel activo del sujeto esperando que asuma una expectativa de lugar de control interno del mismo (Ochoa, 1995).

V. CONSIDERACIONES GENERALES

La terapia breve enfocada a problemas tiene como fin ofrecer alternativas a la familia, aceptando lo que se presenta como el problema pero cambiándole la esencia o ampliando su significado, según una modalidad transaccional. Para lograrlo el terapeuta deberá obtener una definición del problema y de las soluciones intentadas en términos de conductas concretas.

El papel del terapeuta es directivo, estratégico y presta mucha atención a los procesos y acciones que le permiten conservar la capacidad de maniobra en la terapia. Es decir, el terapeuta debe guiar la sesión, dirigir las preguntas y proponer nuevas tareas, de manera que el cliente pueda aprender nuevos significados y comportamientos alternativos. Es muy importante que el terapeuta tenga estrategias dirigidas a persuadir al paciente y a la familia para que lleven a cabo las prescripciones.

Entre las ventajas de este modelo se encuentran la sencillez, concreción y reducción al mínimo de presupuestos e interferencias, por ejemplo el no diagnosticar, tener como máximo 10 sesiones y enfocarse a un problema.

Por otra parte, la terapia breve se aparta de los modelos tradicionales de tratamiento, ya que al no etiquetar a los pacientes o familias tampoco da a sus clientes un diagnóstico de acuerdo a manuales médicos de patología.

TERAPIA CENTRADA EN LA SOLUCIÓN

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO.

El modelo de terapia con enfoque en soluciones tiene sus antecedentes en el pensamiento constructivista, el trabajo de Milton Erickson y los análisis de Gregory Bateson.



CAPITULO 2

En cuanto al constructivismo debido a que no hay una realidad única, las personas forman su propia realidad y están en un constante proceso de comprenderse a sí mismas y a su experiencia (Espinosa en Eguiluz, 2004). Por lo que el terapeuta únicamente se preocupa por solucionar lo que aqueja a los clientes sin creer que existe una sola y única forma válida de vivir la vida (O'Hanlon y Weiner – Davis 1989 en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Por otra parte, Milton Erickson fue el primero en considerar que los pacientes buscan soluciones y no un nombre para sus problemas. También consideraba que los pacientes tienen en su propia estructura la capacidad de solución por lo que la terapia podría ser breve ya que también la aparición de la enfermedad fue de repente. Utilizó las técnicas enfocadas a soluciones, por medio de la hipnosis, llamadas “pseudo-orientación en el tiempo” (Sánchez y Gutiérrez, 2000) en las que ponía en trance al paciente y luego lo ayudaba a crear una distorsión del sentido del tiempo con el fin de que se pusiera en contacto con sus recursos y los aplicara en la solución del problema (Espinosa en Eguiluz, 2004). Creía en el enfoque de la utilización donde los síntomas, las creencias rígidas, la conducta compulsiva son componentes esenciales que deben tomarse en cuenta y ser utilizados como parte de la solución (Erickson y Rossi, 1993; Gordon y Meyers – Anderson, 1981 en Espinosa, 2004).

Los estudios de Gregory Bateson conformaron varios de los supuestos de la terapia breve y el cambio. Entre ellos destaca el que un cambio de visión respecto al problema puede conducir a un cambio en la conducta del paciente (Espinosa en Eguiluz, 2004).

El modelo de terapia centrado en soluciones parte de la cibernética de segundo orden ya que el paciente es quien determina los objetivos a seguir en la terapia. También porque se está más interesado en la versión del acontecimiento que por el acontecimiento en sí (Watzlawick, 2000 en Espinosa, 2004).

El nacimiento de la terapia centrada en soluciones ha estado influida por la terapia del MRI de Palo Alto y más recientemente por Karl Tomm (Ochoa de Alda, 1995).

II. PRINCIPALES REPRESENTANTES Y SUS APORTACIONES

Este modelo fue representado por varios terapeutas, entre ellos los del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin, EU. El cual estaba encabezado por Steve de Shazer quien trabajó en el MRI. Entre sus colaboradores se encontraban: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Alex Molnar Wally Gingerich, John Walter, Insoo Kim Berg quien enfatizó sus esfuerzos en preparar terapeutas, Eve Lipchick, directora de Interviewing, Michele Wiener –Davis quien después se separó para formar su institución en Woodstock, Nueva York (Espinosa en Eguiluz, 2004).



CAPITULO 2

El grupo conformado por los terapeutas mencionados formularon una teoría binocular del cambio que considera tanto los isomorfismos entre la conducta de la familia y el equipo terapéutico como la distinción del estilo de cooperación y apoyaban el concepto de resistencia (Espinosa en Eguiluz, 2004).

Por otra parte William Hudson O'Hanlon, entrenado por Milton Erickson, quien junto con Weiner – Davis apoyaron estos aspectos básicos y contribuyeron a la cocreación de problemas solubles. Afirman que “los límites que las personas atribuyen a su comportamiento restringen la posibilidad de aplicar alternativas para solucionar sus problemas. Si los métodos no llegan a ofrecer soluciones satisfactorias, el significado de su comportamiento no es cuestionado, buscándose nuevas soluciones hasta resolverlos“(O'Hanlon 1994 en Sánchez y Gutiérrez, 2000).

O'Hanlon desarrolla un método conocido como terapia de posibilidades que rescata la necesidad de reconocer y validar los sentimientos y los puntos de vista del cliente, incluyendo:

- *Cambiar la manera de actuar en la situación que se percibe como problemática.* El objetivo es cambiar las acciones e interacciones que intervienen en el problema lo cual hará que se desplace conjuntamente al problema.
- *Cambiar la percepción del paciente respecto al problema.* Considerar a la psicopatología como habilidades que se pueden usar tanto para curar como para producir problema, es decir, se convierte en ventaja algo que parecería desventaja.
- *Evocar recursos, soluciones y capacidades que pueden aplicarse a la situación problemática.* En el mismo problema esta la solución (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

III. PRINCIPIOS BÁSICOS

- 1. Cada cliente es único.** Los clientes están determinados por su estructura por que la solución que funcionó para una persona puede no resultar adecuada para otra que este pasando por algo similar.
- 2. Los clientes poseen puntos fuertes y recursos intrínsecos para ayudarse a sí mismos.** El terapeuta buscará y enfatizará los recursos de aceptación, empatía y respeto por los clientes. Generar una dinámica donde las personas recuperen amor en sí mismas como en los demás.
- 3. Nada es totalmente negativo.** No puede haber cambio sin conservación. Se le pregunta al cliente acerca de su capacidad para arreglárselas y cómo se puede preservar y tomarlo como base.



CAPITULO 2

4. **La resistencia no existe.** Un cliente no puede ser resistente, el terapeuta tendrá que observar cómo proceder para provocar un cambio de modo que permita al cliente reaccionar de una manera adaptativa.
5. **El terapeuta no puede cambiar a los clientes, sólo ellos pueden cambiarse a sí mismos.** No se debe tratar de cambiar a los clientes mediante la lógica si no existe un acuerdo mutuo respecto de las emociones subyacentes.
6. **La terapia centrada en la solución avanza a paso lento.** La brevedad será el resultado de haber realizado la intervención mas apropiada para un cliente determinado y no de la aplicación apresurada de la técnica.
7. **No hay causa y efecto.** Debido a que en el mundo constructivista no existe una verdad objetiva.
8. **Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema.** La búsqueda de soluciones únicamente relacionadas con el problema puede limitar en gran medida el progreso.
9. **Las emociones son parte de todo problema y de toda solución.** Éstas forman parte del lenguaje y son esenciales en la toma de decisiones de los clientes. Se debe estar atento al clima emocional en que se desenvuelve la relación terapeuta-cliente, que haya seguridad y no angustia y se sientan relajados para que estén mas abiertos a sus propios recursos y a nueva información.
10. **El cambio es constante e inevitable; un pequeño cambio puede llevar a cambios mas grandes.** El terapeuta se debe comprometer con el cliente a hacer algo, por pequeño que sea marca una diferencia.
11. **No se puede cambiar el pasado, de modo que se debe concentrar en el futuro.** Así como el lenguaje es una acción en el presente también el cambio sólo puede ocurrir en éste (Lipchik, 2004).
12. **El terapeuta utiliza un lenguaje que va ligado a la neutralidad constructivista.** El lenguaje que usa es el del paciente o una retórica libre de tecnicismos lo que da mayor seguridad y confianza al paciente (Ochoa de Alda, 1995).

IV. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

1. El BFTC propone los siguientes **pasos en la primera sesión:**
 - a) Introducción a la organización y los procedimientos.
 - b) Exposición de la situación problemática.
 - c) Exploración de las excepciones a las reglas del trastorno.
 - d) Definición de los objetivos de la terapia.



- e) Definición de las posibles soluciones.
- f) Interrupción: intervalo de la consulta.
- g) Entrega del mensaje al equipo (Watzlawick y Nardone, 2000).

2. Connotación positiva. Son dos tipos:

- a) Cuando existen dificultades para identificar soluciones eficaces, se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema asignándole un nuevo significado, adscribiendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma (Shazer 1987 en Ochoa de Alda, 1995).
- b) Se da después de la pausa y resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado en forma de recursos para superar los problemas. Es un elogio (Ochoa de Alda, 1995).

3. Las intervenciones generales se dividen en:

- a) Intervenciones sobre la secuencia sintomática. Implica que el equipo terapéutico haya realizado algún tipo de evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan. Permiten al terapeuta:
 - Cambiar la frecuencia, momento de aparición, personas involucradas, duración y lugar donde se produce el síntoma.
 - Añadir un elemento nuevo.
 - Cambiar el orden de los elementos de la secuencia sintomática.
 - Descomponer la secuencia sintomática en elementos más pequeños.
 - Unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa (Ochoa de Alda, 1995).
- b) Intervención sobre el patrón del contexto. Requiere un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. El terapeuta pide descripciones de conductas e interacciones relacionadas con el síntoma y altera las que parecen acompañarlo habitualmente (Ochoa de Alda, 1995).
- c) Tareas de fórmula. Son señalamientos que corresponden a principios universales y no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma, se dividen en:
 - *Primera sesión.* Hace posible identificar y ampliar los aspectos satisfactorios de la vida del cliente. Se pide a la familia “desde ahora y hasta la próxima entrevista observe y anote qué es lo que sucede en su vida o en sus relaciones que usted quiere seguir manteniendo”.
 - *Tarea de la sorpresa.* Se pide a los clientes que hagan algo nuevo y sorprendente. Lo cual introduce una conducta nueva que rompe la persistencia en los patrones conductuales habituales, con el fin de que éstas se conviertan en soluciones nuevas y eficaces.



- *Tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces.* Si el cliente no provoca de forma deliberada la solución adecuada pueden darse las siguientes situaciones: que su expectativa de lugar de control del cambio sea interna o que sea externa. Para el primer caso se le puede decir “Fíjese en qué hace cuando supera el síntoma o la conducta asociada al problema” para el segundo caso “Prediga todas las mañanas si antes del mediodía tendrá lugar una solución eficaz” (Ochoa de Alda, 1995).

4. Bola de cristal. La técnica consta de varios pasos:

- a) Experimentar uno de los mas antiguos recuerdos que sea agradable y que haya olvidado hace ya mucho tiempo. Con esto se le enseña al paciente a desarrollar visiones como en una bola de cristal, prestar atención a su propia conducta y a la de otros, y alentar la idea de que las cosas olvidadas pueden recordarse y las recordadas, olvidadas.
- b) Recordar algún éxito de la vida, que en particular constituya una excepción a las reglas que rodean la queja. Ayuda a despertar la sensación de éxito.
- c) Orientación hacia el futuro. Recordar y retorne el cliente para hablar sobre la resolución fructuosa del problema.
- d) Recordar la manera en que fue solucionado el problema, sus reacciones a ese proceso y las reacciones de otras personas involucradas (De Shazer, 1991).

5. Pregunta del milagro. Se plantea así “supongamos que una noche, mientras estás dormido, se da un milagro y tus problemas están resueltos, ¿Cómo te darías cuenta?, ¿Cuál sería la diferencia?” (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

6. Pregunta de la excepción. Se sitúa al paciente en el pasado y presente, cuando éste no presentaba el problema y se hace una comparación de conductas y actitudes antes y después del problema (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

7. Llaves maestras. El Centro de Terapia Familiar Breve y el equipo de Milán opinan que no se necesita conocer muchos detalles de la queja para la generación efectiva de soluciones. Solamente se necesita una llave maestra. Algunas de ellas son las siguientes:

- a) Escribir, leer y quemar. Éste ritual:
 - Objetiva las preocupaciones o les da un carácter más concreto.
 - No caer en los pensamientos perturbadores es más fácil porque hay un tiempo previsto para ellos.
 - Puesto que los pensamientos “malos” ya no están prohibidos, resulta más fácil pensar sobre otras cosas.
 - Las perturbaciones se van literalmente con el humo.



- El cliente comprende que tiene cosas más interesantes que hacer.
- b) La tarea de la pelea estructurada. Es útil en el proceso de promover la solución cuando ambos miembros de la pareja se quejan de sus disputas. Comprende los siguientes pasos:
- Arrojar una moneda al aire para ver quién comienza.
 - El vencedor se dedica a echar pestes durante 10 minutos ininterrumpidos.
 - Es el turno del otro miembro de la pareja, que también se toma 10 minutos.
 - Deben pasar diez minutos de silencio antes de que se inicie otra vuelta arrojando de nuevo la moneda.
- c) Haga algo diferente. Una persona se queja sobre la conducta de otra y, habiéndolo intentado todo, queda fijada a la misma reacción reiterada, mientras la conducta perturbadora continúa. Un pequeño cambio espontáneo en respuesta a una indicación generalizada puede impulsar las soluciones.
- d) Preste atención a lo que hace cuando supera el impulso de...”. Está destinada a emplearse cuando una persona se queja de su propia conducta. Ya que siempre hay una excepción a la regla, y la queja suele verse como una regla, entonces el terapeuta ayuda a crear un contexto en el cual el cliente pueda descubrir por sí mismo que algunas excepciones son posibles y pueden aprovecharse fructíferamente (De Shazer 1991).

V. CONSIDERACIONES FINALES

La terapia familiar enfocada a soluciones es un enfoque innovador dentro del posmodernismo, radical en comparación con otros modelos ya que se centra en los recursos y no en el problema del paciente. Cuenta con fundamentos sólidos de los cuales se obtienen las técnicas que propone y lo más importante es la relación terapeuta-cliente ya que mediante ésta se acompaña al cliente en el proceso de buscar soluciones y destacar sus puntos fuertes y recursos. Es un modelo flexible, integral y tiene una postura de igualdad con el cliente por lo que sus ventajas pueden ser muchas.



MODELO DE MILÁN

I. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES DEL MODELO.

Mara Selvini Palazzoli fundó en 1967 el Instituto de la Familia en Milán. Al cual invitó a Luigi Boscolo, Giafranco Cecchin y Giuliana Prata; los cuales tuvieron la influencia de Bateson, Watzlawick, Jackson y Haley (Rodríguez 2004 en Eguiluz, 2004). La influencia de Bateson se vio reflejada en el hecho de que modificaron el concepto de sistema familiar, de predominantemente homeostático a predominantemente cambiante. También diferenciaron entre el nivel de significado y el de acción (Ochoa de Alda, 1995).

El grupo parte de una orientación psicoanalítica después se guiaron por el enfoque de Palo Alto y desarrollaron la intervención contraparádica (Ochoa de Alda, 1995).

En sus primeros trabajos como “The Treatment of the Children Through Brief Therapy of their Parents” (1974) aportaron los lineamientos del modelo como la importancia de lo que refiere el paciente, el uso del equipo terapéutico, la connotación positiva y los rituales (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Posteriormente, en su libro “Paradoja y Contrapádoja” (1978) sostuvieron que la familia es un sistema que se gobierna a sí mismo y se autocorrije a través de reglas que se constituyen en el tiempo por ensayo y error en donde se indica lo que es permitido y la relación de cada uno de los miembros con los demás. Toda conducta verbal o no verbal es una comunicación que afecta a otros y provoca en ellos una respuesta que a su vez es una conducta comunicación (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

Se establecieron dos periodos:

1. **De 1967 – 1975.** Se intervenía sobre los patrones de conducta que conserva la homeostasis familiar.
2. **De 1975 – 1979.** El terapeuta introduce verdades que transforman el sistema familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

A partir de 1980 el grupo se divide, quedando las mujeres en un grupo y los hombres en otro. Las primeras se centraron en la prescripción invariable. En tanto que Boscolo y Cecchin continuaron enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adaptaran a cada familia.

II. PRINCIPALES REPRESENTANTES Y SUS APORTACIONES

- ✓ **Mara Selvini Palazzoli.**
- ✓ **Giuliana Prata.**



- ✓ **Luigi Boscolo.**
- ✓ **Gianfranco Cecchin.**

III. PRINCIPIOS BÁSICOS

1. **Uso del equipo terapéutico durante la terapia.** El cual estaba conformado por dos terapeutas hombre y dos mujeres, de los cuales una pareja hombre-mujer atendía el caso (Rodríguez 2004 en Eguiluz, 2004).
2. **Etapas de las sesiones** de terapia familiar:
 - **Presesión.** El terapeuta prepara la información para trabajar en la sesión.
 - **Sesión.** Dos terapeutas, hombre y mujer, estaban a cargo de la familia y dos detrás del espejo. La duración es de una hora y puede ser interrumpida por el equipo de terapeutas para dar indicaciones y sugerencias.
 - **Discusión de la sesión.** Los terapeutas se retiran de la familia para discutir como equipo lo ocurrido en la sesión y para determinar sus conclusiones y prescripciones.
 - **Conclusión de la sesión; prescripción de la tarea para la familia.** Los terapeutas dan las actividades a seguir por la familia en casa.
 - **El acta de la sesión.** Discusión de la reacción de la familia respecto de los comentarios y de las prescripciones. El equipo de terapeutas la realiza una vez que la familia se ha retirado (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
3. **Hipótesis.** Es el elemento para organizar la información que le servirá al terapeuta a delinear su trabajo, es decir, para buscar más información, confirmar su planteamiento y establecer los patrones de intervención sistémica para con la familia. Pueden ser formuladas basándose en la información acerca de la familia, o en experiencias psicológicas del terapeuta con familias y problemas similares o aplicando los conocimientos sistémicos del terapeuta (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
4. **Circularidad.** Es la capacidad que tiene el terapeuta para conducir su intervención sobre la base de retroalimentación de la familia, como respuesta a la información que éste solicita, respecto de las relaciones de la familia así como de sus diferencias y cambios. Así se obtiene una visión sistémica de la familia y sus relaciones. Se plantea la misma pregunta a cada miembro de la familia (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

En cuanto a las preguntas circulares, existe una modalidad de ellas en las que se hacen preguntas a futuro. Estas tienen el objetivo de romper las reglas persistentes que gobiernan la comunicación en la familia. Ya que es una situación



CAPITULO 2

hipotética lo que se les cuestiona (deseos, fantasías, opiniones, etc.) el sistema es libre para crear un nuevo mapa con lo que se ve la capacidad de desarrollo de la familia. Lo cual constituye una metacomunicación acerca del contexto en el que actualmente están (Penn, 1985).

5. **Neutralidad.** Es el efecto pragmático que el terapeuta ejerce sobre la familia. Que esta lo perciba como neutral sin que tome preferencia o haga coalición con algún miembro de la familia, sin omitir juicios y aceptando a cada uno de ellos, minimizando o atomizando la problemática del paciente identificado (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
6. **Embrollo.** Es un tipo de juego psicótico en el que un padre hace ostentación de una relación privilegiada con uno de los/as hijos/as a quien da a entender de manera encubierta que lo prefiere por encima de su esposo. Pero eso no es auténtico, sino que dicha relación es una estrategia en contra del otro cónyuge que es el verdadero centro de interés del otro. El hijo siente que su relación con el padre que lo “prefiere” no es correcta y esto le hace desconfiar de él. Finalmente descubre que su padre lo ha estado utilizando en el enfrentamiento con su cónyuge (Ochoa de Alda, 1995).
7. **Instigación.** Este tipo de juego consiste en una provocación disimulada al que se responde con rabia disimulada, de forma que el instigador nunca consigue hacer explotar abiertamente a la otra persona, quien con su conducta elicitó nuevamente la provocación (Ochoa de Alda, 1995).

IV. **TÉCNICAS TERAPÉUTICAS**

- **Connotación positiva.** Es una intervención cognitiva e implica que el terapeuta no sólo trata de calificar el comportamiento sintomático, sino que se ve todo el comportamiento como positivo. Entre sus objetivos se encuentran preservar la cohesión del grupo familiar y que el terapeuta sea aceptado por la familia. También se utiliza como preámbulo de la paradoja (Sánchez y Gutiérrez, 2000).
- **Redefinición.** También son una intervención cognitiva, es decir, modifican la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia. Se combina como una connotación positiva dentro de la intervención cognitiva que precede a una prescripción (Ochoa de Alda, 1995).
- **Rituales.** Se utilizan para enfatizar una conducta patológica de la familia con la finalidad de motivar su cambio. La diferencia entre un ritual y una prescripción ritualizada está en que el primero es una prescripción



específica para cada familia y no se podrá repetir en ninguna otra, la prescripción contiene una estructura formal que se puede utilizar con cualquier familia en diferentes circunstancias (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

- Los métodos que propone el Modelo son:

Método paradójico	Método de la serie invariable de prescripciones	Método de la revelación del juego familiar
<p>Se basa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> -La connotación positiva del comportamiento de cada miembro de la familia. -La reformulación paradójica del juego familiar en curso y su prescripción. -Los rituales familiares. -La regla del intervalo mensual entre sesiones. 	<p>La forma de trabajar es:</p> <p>Los miembros de la familia extensa, la paciente y hermanos asisten a las primeras dos sesiones. Después el trabajo se hace con los padres que son responsabilizados como coterapeutas de su hija. Es decir, los padres desaparecen del hogar sin dar aviso ni contar nada a su regreso. Sólo dejan un mensaje que diga el horario de su regreso.</p> <p>Durante la sesión deben llevar una detallada descripción de las reacciones de cada miembro de la familia.</p>	<p>Se basa en:</p> <p>Un modelo diacrónico sobre la anorexia. En el que al llevar a cabo una revelación que conectara el sufrimiento de la paciente con su indebida implicación en los problemas no resueltos de los padres podía tener un efecto terapéutico.</p>

(Selvini M., Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1999).

Los elementos comunes de los tres métodos empleados son:

- La implicación desde la primera sesión de toda la familia nuclear.
- El intento del equipo de poner a disposición de toda la familia una interpretación/diagnóstico relacional que conecte el síntoma con las relaciones intrafamiliares.
- La brevedad del tratamiento y el intervalo de un mes entre las sesiones.

Entre las limitaciones de los métodos están:

- La ausencia de un espacio terapéutico individual para las pacientes.
- La escasa empatía hacia los padres y en particular hacia las madres.



CAPITULO 2

- Reacciones negativas de los familiares como son: la incomunicabilidad, la descompensación y la contestación (Selvini M., Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1999).

Las diferencias entre los tres métodos son:

Método paradójico	Método de la prescripción invariable	Método de la revelación del juego
Ha dado mejores resultados (73.8%).	Ha tenido los resultados menos satisfactorios (57.4%).	El éxito es de 58.3%.
<p>Sus características de fondo son:</p> <p>Una fuerte alianza no explícita con la paciente. Pues en base a la connotación positiva nadie es criticado; sino de manera implícita.</p> <p>La paciente tiene un rol central en las sesiones familiares.</p>	<p>Los elementos que inducen al cambio son:</p> <p>Romper la escalada de hiperprotectividad y desconfianza hacia la paciente.</p> <p>Separar las generaciones que favorece la solidaridad en la fratría.</p> <p>Unir muy fuertemente a los padres en una real solidaridad para ayudar a que su hija se cure.</p>	<p>El efecto terapéutico se confía a dos factores:</p> <p>A la reconstrucción del juego familiar y a una serie de indicaciones no paradójicas, en dirección del cambio.</p> <p>El terapeuta es neutral al poner en entredicho a todos los miembros de la familia.</p>
<p>La paradoja funciona por su carácter de desafío que se coloca en el contexto de valoración.</p> <p>El abandono del síntoma esta motivado por la negativa de la paciente a seguir sacrificándose.</p>	<p>El método se concentra en el estancamiento conyugal (embrollo e instigación). Detecta en el pseudoprivilegio acordado con la paciente una estrategia a la que uno de los padres recurre en un momento, en las vicisitudes de una relación conyugal.</p> <p>La mas grave limitación era interrumpir la relación de ayuda también directa a la paciente.</p>	<p>Las limitaciones están en que las pacientes reprocharon al equipo por haber culpabilizado estérilmente a sus padres y haber pecado con ellas mismas de excesiva dureza.</p>

(Selvini M., Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1999).



V. CONSIDERACIONES GENERALES

El modelo de Milán ha sido una importante contribución para la terapia familiar desde la sistematización con la que ha realizado la investigación, la integración de aspectos de corrientes como la psicoanalítica y la apertura al cambio que ha demostrado con todos los avances que ha tenido.

Con todo esto se ha conformado como un modelo en el que se integran las dimensiones individual y trigeracional. Se trabaja en tres polos; síntomas-persona-familia.

El modelo de Milán tiene una amplia gama de recursos de los que podemos hacer uso los terapeutas, por otra parte, se deben tener en cuenta las limitantes para que los resultados obtenidos de la terapia sean acordes con los recursos ésta.

POSTURA POSMODERNA

ENFOQUE COLABORATIVO

I. ANTECEDENTES Y PRINCIPALES REPRESENTANTES

Harry Goolishian fue uno de los teóricos que desarrollaron el modelo colaborativo bajo la influencia de los trabajos de la escuela de Post-Milán basados en el lenguaje y el diálogo.

En 1989 junto con Harlene Anderson, Paul Dell y George Pullian formaron el Galveston Family Institute. En 1989 Harlene y Goolishian publicaron “Human Systems as linguistic systems” en donde desarrollaron los puntos centrales de la visión conversacional de la terapia familiar.

Posteriormente, a la muerte de Goolishian es Anderson quien continua el desarrollo de sus investigaciones. Ella afirma que la conversación es uno de los aspectos mas importante y presentes en la vida de los seres humanos, pues es a través de la conversación que mantenemos con los otros y con nosotros mismos, que formamos, reformamos, creamos, recreamos, construimos y reconstruimos nuestras realidades y experiencias vitales.



II. PRINCIPIOS BÁSICOS

- **La postura de no saber** es propuesta por Anderson y Goolishian en la que el terapeuta no conoce información que le permita comprender más de lo que el cliente como propio experto sabe, el terapeuta no asume un liderazgo que dan las ideas preconcebidas. El cliente es el experto en su propia vida. Para esto se requiere que el terapeuta tenga una postura de curiosidad y necesidad de saber más en lugar de comunicar opiniones teóricas y expectativas preconcebidas sobre paciente – terapeuta. Lo experto está en la forma en que se conduce la conversación, no en la habilidad para transmitir un venerable cúmulo de información.

- **El lenguaje, el diálogo y la relación.** Según Anderson (1999) estos tres elementos son los aspectos centrales del enfoque colaborativo de los sistemas de lenguaje. Se desprenden de que:
 - Los sistemas humanos son sistemas de generación de lenguaje y sentido.
 - Son más formas de acción social que procesos mentales independientes cuando construyen realidad.
 - Una mente individual es un compuesto social, y por lo tanto el propio ser es un compuesto social, relacional.
 - La realidad y el sentido que nos atribuimos y que atribuimos a otros, a las experiencias y acontecimientos de nuestra vida son fenómenos interaccionales creados y vivenciados por individuos en una conversación y acción con otros y con nosotros.
 - El lenguaje es generador, da origen y sentido a nuestra vida y mundo, opera como una forma de participación social.
 - El conocimiento es relacional, está inserto en el lenguaje y nuestras prácticas cotidianas donde también se genera.

El lenguaje es el medio por el cual la acción social construye las redes de relaciones que constituyen un sistema, conceptualizando los sistemas humanos como sistemas de lenguaje (Goolishian y Anderson, 1988).

III. POSTURAS TERAPÉUTICAS

- **El objetivo terapéutico** es promover un diálogo que deje abierta la lectura de la experiencia del cliente más allá de cualquier constructo teórico que pueda influir en la regulación del significado.

- **La postura del terapeuta** no es para buscar patologías. El terapeuta adopta una postura de no saber en la que se limita a estimular la conversación de los clientes



CAPITULO 2

asumiendo una posición hermenéutica, dando como resultado que el proceso de interpretación y el esfuerzo de la comprensión terapéutica sea fundamentalmente colaborativo.

- **Preguntas de intervención.** Las preguntas son el núcleo de la conversación terapéutica, puede favorecer o entorpecer la historia que quiere contar el cliente. Las preguntas siempre se hacen desde la postura de no saber. Esta posición permite al terapeuta expresar interés y curiosidad por el cliente, y es probable que las preguntas vengan desde dentro y no desde fuera de la conversación local. Cada pregunta lleva a otra pregunta, éstas son preguntas conversacionales que permiten la entrada a la subjetividad del cliente.

Las preguntas “correctas” son las que surgen cuando el terapeuta se sumerge en el mundo del cliente.

- **La conversación dialógica** se caracteriza por la indagación compartida; el continuo intercambio y discusión de ideas, opiniones, preferencias, recuerdos, observaciones, etc. La indagación compartida se caracteriza por: el espacio dialógico, la exploración y el desarrollo mutuos, la comprensión dentro de la conversación, el diálogo interno, la expansión y expresión de lo no dicho, el trasfondo de la conversación, el pertenecer a la conversación y la intencionalidad compartida.
- El **espacio dialógico** representa un espacio metafórico entre y dentro de los participantes en la conversación. El pensamiento de cada uno de ellos hace lugar a la consideración de ideas, creencias y opiniones múltiples. Requiere que el terapeuta sea capaz de crear y mantener el espacio donde el otro tenga la libertad de vagar por todo el campo de posibilidades.

Se requiere que:

- El terapeuta participe en y mantenga un espacio dialógico interno consigo mismo.
- El terapeuta inicia y mantiene un diálogo externo con el cliente.
- El cliente participa en un diálogo interno consigo mismo.
- Los clientes participan en diálogos externos entre sí.
- El cliente participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.
- El terapeuta participa en diálogos internos y externos fuera del consultorio.



IV. CONSIDERACIONES GENERALES

El enfoque colaborativo va mas allá de ser un modelo, es una postura filosófica que tiene como principio fundamental que el terapeuta comprenda y entienda la experiencia de los clientes, lo cual es creado por medio de preguntas y una postura de curiosidad por la vivencia del cliente.

Es un sistema de lenguaje y un acontecimiento lingüístico que reúne a la gente en una relación y conversación colaborativa, es decir, en una búsqueda conjunta de posibilidades.

Destaca que el cliente y terapeuta mantienen el mismo valor en cuanto a la experiencia vivida y dado que esta puede tener múltiples significados, es un riesgo interpretar las experiencias de las personas sobre la base de un criterio teórico rígido.

TERAPIA NARRATIVA

I. ANTECEDENTES Y PRINCIPALES REPRESENTANTES

Michael White, creador y principal exponente del enfoque narrativo, tuvo la influencia de las ideas de dos personajes que proceden de las humanidades; Gregory Bateson y Michael Foucault.

Del primero retomó las ideas sobre la importancia que tiene la epistemología en el proceso de cómo sabemos lo que sabemos, la importancia de las diferencias básicas que hacen una diferencia y de las pautas ecológicas que se interconectan en tales sistemas.

De Foucault retomó el análisis de cómo los sistemas de conocimiento pueden llegar a ser bastante opresivos al transformar a las personas en sujetos deshumanizados mediante clasificaciones científicas a las que se llega a través de la mirada.

Otro representante es David Epston quien trabajó en Nueva Zelanda y así como White abrió nuevos senderos en la terapia familiar. Juntos exploraron una variedad de formas en que se puede usar terapéuticamente la palabra escrita. Por ejemplo en cartas, invitaciones, cartas de referencia, certificados, predicciones y declaraciones usados como medios terapéuticos.



El contenido es seleccionado cuidadosamente para generar distinciones que puedan resultar heurísticas, para conectar recursos y para promover aquellos relatos con potencial curativo.

II. PRINCIPIOS BÁSICOS

- **Relato o narración.** Es lo que suministra el marco primario a la interpretación, a la actividad de dar sentido o significación. Es por obra de los relatos como las personas juzgan sus propias vidas y las de los demás al encontrar sentido en su experiencia.

Las historias están compuestas de panoramas duales:

- Panorama de acción. Constituido por los hechos eslabonados en secuencias particulares a través de la dimensión temporal y de conformidad con tramas específicas.
 - Panorama de conciencia. Conformado por las interpretaciones de los personajes que figuran en la narración y también por las interpretaciones del lector cuando éste penetra en la conciencia de esos personajes.
- **Desconstrucción.** Son procedimientos que subvierten realidades y prácticas que se dan por descontadas, los métodos de desconstrucción vuelven exótico lo doméstico lo cual facilita la “reapropiación” del yo. La desconstrucción se basa en el constructivismo crítico o una perspectiva constitucionalista del mundo. La vida de las personas esta modelada por la significación que ellas asignan a su experiencia, por la situación que ocupan en estructuras sociales y por las prácticas culturales y de lenguaje del yo y de su relación. La desconstrucción puede ser: del relato, de las prácticas modernas de poder y de las prácticas discursivas.
 - **Las prácticas de poder.** Para Foucault (1979 en White, 2004) las prácticas de poder representan una forma de control social que modela la vida de las personas de conformidad con los conceptos dominantes de nuestra cultura, penetrando en las actitudes y cuerpos, incluso en el sometimiento de las propias vidas y cuerpos. Esta situación se ve como un medio para alcanzar un comportamiento moralmente aceptable encaminado a obtener la admiración y realización social.
 - **Las prácticas del saber.** Tienen que ver con la existencia de discursos de verdad por parte de diversas disciplinas profesionales, en los cuales se expresan conceptos que se consideran globales, unitarios y se muestra la naturaleza del mundo como incuestionable, segura, fija y permanente.



III. TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

La principal técnica para desconstruir las historias dominantes y los discursos culturales desde el poder y el saber es la externalización del problema y de las vivencias relacionadas con los discursos de poder y del saber.

- **Externalización del problema.** Propone una separación lingüística que distingue el problema de la identidad personal del paciente. Esto abre un espacio conceptual que permite a los pacientes tomar iniciativas mas efectivas a fin de rehuir a la influencia que el problema ejerce en sus vidas.

La externalización del problema permite a las personas separarse de los relatos dominantes que han estado dando forma a sus vidas y relaciones. Se advierte que tienen diferentes posibilidades de actuar contra el problema.

Para llevarla acabo se requiere definir el problema que se va a externalizar, realizar preguntas que describan la influencia del problema en la vida de las personas y de éstas en la perduración del problema, identificar acontecimientos extraordinarios a partir de los cuales pueda surgir una historia alternativa.

Al decidir luchar contra el problema el paciente recupera la capacidad de identificar la existencia de acontecimientos extraordinarios; aspectos ignorados que no podrían haberse predicho a partir de la lectura del relato dominante.

Es un proceso continuo de co-elaboración de una nueva realidad que se va realizando en la posterior disección terapéutica del problema, separándolo de la percepción que el paciente tiene de sí mismo como persona.

- **Internalización de la posición como agente.** Una vez que se ha externalizado el problema en su conjunto y sus componentes específicos, los pacientes pueden advertir las posibilidades que tienen de actuar contra el problema ya externalizado. El terapeuta los incita a escapar de la opresión que implica aquella rotulación y a encauzar sus vidas en la dirección que prefieran. Esto se hace por medio de preguntas que instalan la idea de que el paciente puede decidir ya que es un agente activo del curso de su propia vida. En las conversaciones terapéuticas se acentúa y destaca que existen opciones. Una forma de contribuir a la persistencia de los cambios constructivos es ampliar la conversación e incluir a la red social del paciente para que se transforme en el público que asiste a dichos cambios.
- **Logros aislados e historias alternativas.** A medida que las personas se separan de las historias dominantes que forman parte constitutiva de su vida,



se les hace posible orientarse mas hacia aspectos de su experiencia que contradicen esos conocimientos; logros aislados e historias alternativas.

Para que un hecho llegue a ser un logro aislado debe ser calificado como tal por las personas que tienen que ver con los hechos. Por lo que es importante incitar a las personas para que evalúen esos sucesos.

El terapeuta puede facilitar la generación de historias alternativas al orientarse hacia esos logros aislados en la actitud que uno pudiera tener al orientarse hacia misterios. Cuando se hace esto la persona se entrega también a la tarea de contar historias y darles significación.

Para esto se pueden hacer preguntas relativas al panorama de acción, al de conciencia y referentes a experiencias de experiencias.

IV. CONSIDERACIONES GENERALES

La posición del terapeuta narrativo es colaborativa con las personas para que negocien o renegocien las historias de sus vidas. Muestra interés en que los pacientes determinen cuáles son sus maneras preferidas de vivir y de interactuar consigo mismas y con los demás. Así mismo acompaña a las personas en el cuestionamiento de determinadas estructuras que hacen posible esta denominación.

EQUIPO REFLEXIVO

El equipo reflexivo generalmente se encuentra detrás de un espejo unidireccional y está compuesto por tres personas. Éste nunca da instrucciones sobre lo que el equipo de entrevista va a decir o cómo sus miembros deben hablar. Cada miembro del equipo reflexivo escucha en silencio la conversación. Los miembros no se hablan sino que cada uno de ellos se habla a sí mismo haciéndose preguntas, con el objetivo de que se les ocurran mas ideas y sean diferentes. Las preguntas pueden ser:

- ✓ ¿De qué manera la situación o el tema que presenta el sistema pueden ser descritos además de la descripción presentada?
- ✓ ¿De qué otra manera puede explicarse la situación o el tema además de la explicación presentada?

Después de un tiempo, el equipo presenta sus ideas si el sistema de entrevistas se las pide. Los miembros del equipo hablan entre sí acerca de sus ideas y preguntas sobre el tema presentado, mientras que los miembros del sistema de entrevistas los escuchan.



CAPITULO 2

Los miembros del equipo se hablan en forma de preguntas. Ellos se miran a la cara mientras hablan y no miran a los miembros del sistema fijo.

Si hay un espejo, los dos grupos cambian salas cuando habla el equipo reflexivo. Y si existe un doble juego de micrófonos y altavoces, los dos grupos se quedan en sus respectivas salas y se baja la luz de la sala de entrevistas mientras que se ilumina la habitación donde se encuentra sentado el equipo, a la vez que se cambia la transferencia de sonido.

Cuando las reflexiones se hacen dentro de la habitación donde se encuentra el sistema fijo, el entrevistador anuncia el cambio diciendo que ahora el equipo hablará. “Si ustedes quieren se pueden relajar o escuchar la conversación, o pueden pensar en otra cosa. Esto les permite escuchar y ver lo que ustedes mismos han dicho desde una posición mas distante”.

El equipo usa palabras como: “no estoy seguro... puede ser... podría decirse, se puede ver tanto esto como esto otro, se puede pensar tanto esto como esto otro, además de lo que ellos vieron, vi esto...”

No se hacen reflexiones sobre algo que pertenece a un contexto distinto del de la conversación del sistema de entrevista y no se dan connotaciones negativas. Generalmente el equipo habla entre 5 y 10 minutos, a veces mas.

Después de que el equipo termina sus reflexiones, los miembros del sistema de entrevista hablan entre sí sobre las ideas que tuvieron mientras escuchaban las reflexiones.

Una vez que todos los que quieren hacer comentarios han dado sus ideas y las han discutido, el entrevistador puede presentar a discusión las ideas que se le ocurrieron mientras escuchaba al equipo.

Generalmente se cambia una o dos veces a menos que el diálogo en el sistema de entrevistas sea muy rico, que las reflexiones del equipo parezcan redundantes y ni se las presente. El sistema de entrevistas siempre tiene la última palabra en una reunión.

Finalmente el equipo tiene que mantenerse libre, positivo, discreto, respetuoso, imaginativo y creativo.



CAPÍTULO TRES

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

1. HABILIDADES CLÍNICAS TERAPÉUTICAS.

1.1 Integración de expedientes de trabajo clínico por familia en la que se atendió como terapeuta.

CASO 1: Emilia y Esteban*

a) Motivo de consulta

Emilia y Esteban acuden a terapia debido a que los últimos meses han tenido desacuerdos en la toma de decisiones respecto a sus hijos y las actividades entre ellos.

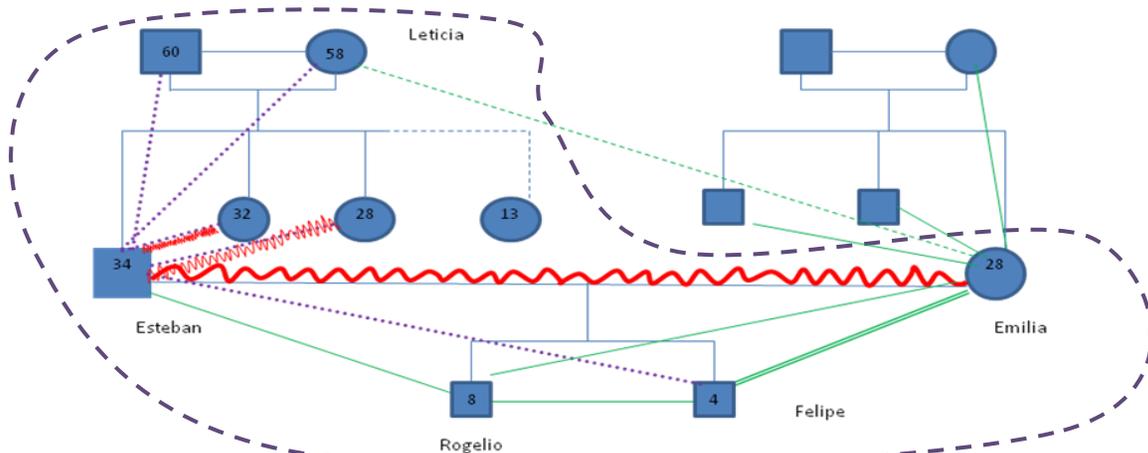
Mencionan que han tenido peleas con agresiones verbales y en algunas ocasiones con golpes por parte de Esteban a Emilia. Esto los motiva a asistir a psicoterapia debido a que buscan un beneficio tanto para ellos como para sus hijos.

Por otro lado, Emilia se queja de los constantes celos de Esteban, situación que la ha llevado a un punto de desesperación y hartazgo, pensando en la separación.

b) Definición del problema

La pareja está en una situación de actos violentos. Se compone de una fase de tensión, después una fase donde discuten y finalmente ocurre la luna de miel o reconciliación. Este proceso se retroalimenta de tal manera que Emilia no le cree a Esteban que pueda cambiar.

c) Familiograma



*Los nombres de los pacientes han sido cambiados para conservar la confidencialidad.



d) Antecedentes

La pareja tiene 11 años de matrimonio. Al principio, vivían en casa de los padres de Emilia, pero tuvieron problemas con ellos y decidieron irse a vivir a casa de los padres de Esteban, en donde han estado por 10 años.

Al inicio del matrimonio Esteban bebía a diario, sin embargo cumplía con sus responsabilidades de proveedor. Después de un tiempo dejó de beber con esa frecuencia y cantidad.

Otro factor es que desde los quince años Esteban comenzó a trabajar debido a que su padre se encontraba en la cárcel (injustificadamente), por lo que no pudo continuar con sus estudios ya que se hizo cargo de los gastos de su familia; dicha situación es referida por él como un evento muy triste y que, quizá tiene que ver con su carácter explosivo y agresivo que generan los problemas que actualmente tiene con Emilia.

Emilia manifiesta que los celos de Esteban iniciaron con el nacimiento de su primer hijo y se incrementaron cuando nació el segundo.

e) Diagnóstico familiar

- ✓ Ciclo vital. Familia con hijos pequeños en edad escolar. Tiene características de familia extensa ya que en casa de los padres de Esteban viven sus hermanas y él con su familia nuclear.
- ✓ Análisis de subsistemas.
 - Subsistema conyugal. El subsistema es problemático ya que tienen peleas con agresiones, lo cual crea un clima de insatisfacción. Tienen una relación estrecha, sin embargo con intimidad limitada porque su hijo menor duerme entre ellos.
 - Subsistema fraternal. En lo que se refiere a la familia nuclear, ambos hermanos tienen una convivencia estrecha, ya que ambos asisten a la misma actividad deportiva y no manifiestan tener problemas entre ellos. En lo referente a la familia extensa, la relación entre ellos es competitiva por el cariño de los padres y conflictiva, en donde se incluye a Emilia como una hermana más, aunque ella no se considera parte de ellos.
 - Subsistema parental. Como padres cumplen sus funciones instrumentales y afectivas, sin embargo Esteban continúa con la forma de educar aprendida de su familia de origen (hacia la violencia).
- ✓ Límites. Es una familia amalgamada debido a que los tres hijos viven en casa de los padres. Los límites entre los subsistemas son difusos ya que Esteban sigue siendo un hijo parentalizado. Los límites de Esteban y Emilia son claros.
- ✓ Poder y jerarquía. Se puede observar una constante lucha por el poder de parte de Esteban y Emilia. Ella ocupa un lugar debajo de su esposo, por lo



que se puede hablar de una relación complementaria. En donde las constantes escaladas son una forma de buscar ganar poder, éstas pueden terminar en actos violentos.

- ✓ Centralidad. Existe gran centralidad en la familia extensa hacia la figura de Leticia ya que es ella quien toma muchas de las decisiones de la casa. En segundo lugar se encuentra Esteban quien por mucho tiempo ocupó el rol de su padre y sigue manteniendo su parentalidad.
- ✓ Flexibilidad. La familia extensa de Esteban se muestra poco flexible ante los cambios y bastante apegada a los roles estereotipados, en los que la mujer se queda en casa y se ocupa de todo lo relacionado con ésta y con el cuidado de sus hijos y esposo. Éste se encarga de la parte económica y tiene el rol de figura de autoridad ante los hijos.
Emilia por otro lado, se muestra más flexible y con mayor apertura a los cambios.
- ✓ Contexto socioeconómico. El nivel socioeconómico de la pareja es bajo lo que contribuye a que no tengan una casa aparte de la familia extensa, la colonia en la que viven es considerada popular y de nivel socioeconómico bajo.
- ✓ Redes de apoyo. La red de apoyo es la familia extensa por parte de Esteban, sin embargo, no existe una relación de confianza entre él y sus hermanas. La relación es instrumental. Otra red importante de Esteban son sus amigos, sin embargo casi no los frecuenta.
Por otra parte Emilia cuenta con su familia extensa en donde ella es protegida por ser la hija menor. También tiene amigas pero se encuentra alejada de ellas debido a que Esteban no le agradan.
- ✓ Fuentes de estrés. Las fuentes de estrés para la pareja son tanto internas como externas. Respecto a las primeras, Esteban no deja que Emilia salga de casa por las tardes y platique con sus amigas o con su familia, ya que él se molesta de sus salidas y el tiempo que pasa en la calle (ya sea en el gimnasio o en la escuela de los niños).
Por otra parte a Esteban le estresa la relación con su familia extensa; le gustaría que su madre y hermanas valoraran lo que él hizo por ellas cuando su padre estuvo encarcelado. Dicha situación le crea una insatisfacción y constantes enojos con ellas, lo cual lo lleva a llegar enojado con su pareja e hijos.
Otro estresor es el trabajo de Esteban, ya que menciona que su horario es muy variable; tiene hora de entrada pero no de salida. También tiene constantes desacuerdos con su jefe inmediato que lo considera con un carácter igual al de él de explosivo.
- ✓ Sistema de creencias. Tradicionalistas con roles estereotipados, en donde la mujer debe mantenerse en casa y sometida ante el esposo, las mujeres que salen a la calle son sinónimo de infieles, “locas”, y como mujeres que no tienen nada que hacer.



El hombre tiene la obligación de mantener a su familia, de mostrarse duro hacia los demás para que le tengan respeto. La emoción que expresa es el enojo. Es válido golpear para demostrar que se es valioso y para ganarse respeto. Esto sucede dentro de casa, en el trabajo y en las diversiones como el fútbol.

f) Hipótesis sistémicas

Las constantes escaladas que tiene la pareja son una forma de buscar estar en el mismo nivel, sobre todo por parte de Emilia quien se encuentra en desventaja ante Esteban por sus explosiones de violencia, misma que es desencadenada muchas veces por los conflictos que él tiene con su mamá y hermanas y/o por los problemas laborales, teniendo que ser Emilia quien sufre las consecuencias. Se da una pauta de violencia en la que hay tensión, después una escena de celos o discusión y finalmente la luna de miel. En todo esto la violencia también se ramifica por parte de Emilia hacia sus hijos. Es decir, que va del mas fuerte al mas débil.

g) Meta terapéutica

- Cambiar la pauta del ciclo de violencia.
- Fortalecer la relación de pareja.
- Reestablecer los límites entre padres e hijos.

h) Estrategias de intervención

Sesión 1. La sesión comenzó con la etapa social, se encuadró la forma en que se trabaja y se presentó cada uno de los co-terapeutas y los pacientes. Al conocer el motivo de consulta surgieron varios temas, como el “carácter muy fuerte” (sic.) de Esteban, manifestado por gritos y golpes en las paredes cuando se enoja. También es muy celoso con Emilia; no la deja hacer nada, ni que la vayan a ver familiares o amigas a casa. En últimas peleas él la ha llegado a golpear y ella ya no esta dispuesta a soportarlo.

Se explora mas acerca del sentir de Esteban cuando dejó de estudiar para hacerse cargo de la familia cuando su padre fue encarcelado. Emilia lo protege en esos momentos de dolor y toma la palabra cuando él llora, como una forma de ayudarlo a que se reponga y pueda seguir platicando.

- Técnicas utilizadas. Reencuadre, connotación positiva, validación de la tristeza y reconocimiento de que busquen ayuda terapéutica. Como tarea se les pidió que busquen un espacio para estar los dos. Y pensar en qué pueden hacer ambos para esos momentos en los que se va a desatar el enojo.

Sesión 2. Ambos se mostraron contentos por sus cambios notados cuando realizaron la tarea. Se han sentido mas tranquilos, sin embargo se habló de los peligros de la mejoría, y se indagó si esta situación ha ocurrido antes (ciclo de violencia), por lo que ambos mencionan que si, ya que Emilia se defiende ante los ataques de Esteban. Ella no confía en que los cambios sean duraderos.



CAPITULO 3

- Técnicas utilizadas. Connotación positiva, los peligros de la mejoría, validación de la tristeza y anticipación de una recaída. Se les dejó de tarea pensar en cual sería la base que necesitan para mantenerse como están y responder las siguientes preguntas: ¿Qué cosas han sucedido o han hecho para regresar al conflicto? ¿Qué ha pasado y que faltado?

Sesión 3. Llaman por teléfono para cancelar la cita.

Sesión 4. Emilia comentó “en verdad Esteban ha cambiado mucho pero los conflictos que se han originado en estas semanas es por la educación de los hijos, ya que discutimos por tener puntos de vista diferentes” (sic). A partir de estos comentarios se descubrió que en la educación de los niños es común que Emilia y Esteban descalifiquen las acciones del otro frente a los niños.

Se les menciona la importancia de estar de acuerdo en la forma de educar y el apoyarse en lugar de descalificarse utilizando una metáfora de los equipos en deportes como el fútbol y básquetbol.

- Técnicas utilizadas. Connotación positiva, reencuadre, metáfora con petición de hacer equipo. Se les dejó de tarea que establecieran una estrategia conjunta para poder resolver los problemas planteados en la sesión con respecto al trato con sus hijos.

Sesión 5. Se revisó la tarea en cuanto a la estrategia que crearon para resolver los problemas respecto a la educación de sus hijos. Se comentaron algunas “pruebas” que pasaron y en las que Esteban fue claro al decirle a Emilia que no estaba enojado con ella. A su vez comentó que ella también se desespera, y sabe que él va a explotar porque se lo está tragando y tiene mucho que no explota. Esto se les ejemplificó como una olla express que cuando tiene tapado el pivote, finalmente va a explotar.

Se exploró un aspecto acerca de los celos, ya que Esteban se pone celoso de que los hermanos de Emilia la abracen y besen.

- Técnicas utilizadas. Connotación positiva, reencuadre, cuestionamiento, metáfora de olla express, validación. Se les dejó de tarea pensar en lo que antes pasó para que volvieran a caer y qué es lo que podría pasar ahora.

Sesión 6. La pareja comentó que sus discusiones aumentaron en comparación con las anteriores veces (antes de la terapia). Esto se dio después de que Emilia mencionó el miedo que Esteban le provoca. Emilia dio ejemplos de lo que le molesta y cansa de la relación, ya que a decir de ella, “Esteban hace las cosas y después se las echa en cara” (sic).

Ella se da cuenta que se contiene las cosas y el miedo de hacer otras, por otro lado se cuestionó a Esteban si ha visto que esto ocurre y él cambió de tema diciendo que ya ha cambiado, que incluso en su trabajo se han dado cuenta, pues ya no discute con sus compañeros. Se buscó transpolar sus cambios a la casa y se les mencionó una metáfora del “volcán que explota y arrasa con todos”.



- Técnicas utilizadas. Connotación positiva de los cambios en el trabajo, resumen de las sesiones en las que se ha hablado de la historia de Esteban. Cuestionamiento acerca de si Esteban se da cuenta del temor y de lo que siente Emilia, metáfora del “volcán que explota y arrasa con todos”. Se les dejó de tarea la pelea estructurada.

Sesión 7. A partir de la tarea que se les dejó Emilia mencionó que se comunican mejor. Esteban reconoció que ha escuchado más a su esposa y a sus hijos. Sin embargo, Emilia refirió varios momentos que la llevan a no estar muy convencida de que los cambios en el carácter de Esteban sean duraderos. Se confrontó al mencionar que Emilia ha dejado de hacer cosas con tal de que Esteban no se enoje.

Emilia comentó un suceso de posible infidelidad por parte de Esteban, este evento es definido por él como una mentira de su primo que le tiene envidia.

- Técnicas utilizadas., confrontación, connotación positiva y un reencuadre al estrés y la agresividad que ella muestra cuando llega a explotar. Se les dejó de tarea:
 - Guardar simbólicamente el dolor en un saco o maleta.
 - Que Esteban haga algo, aunque sea pequeño, para poder demostrar la confianza que tiene en ella.
 - Continuar con la tarea de escucharse sin interrumpir, pero ahora aumentarla a 15 minutos por turno.

Sesión 8. Avisaron telefónicamente que no asistirían a sesión.

Sesión 9. Emilia mencionó que en días pasados tuvieron una diferencia y “ya no hablaron de eso”, si no que dejaron que el tiempo pasara, “tragándose el enojo” (sic.) y “ya después se les pasa” (sic.). De esto se desprendieron dos situaciones en las que sentían molestia cada uno. Se intensificó la situación mencionándoles que se les notaba tensos, que el tono de voz de Esteban intimida y podría provocar miedo. Emilia comentó que le da miedo cuando se enoja mucho su esposo porque ha golpeado cosas y las avienta, y que a ella esto la hace sentir mal.

Se les confrontó diciéndoles que ambos están jugando a no explotar y que esta situación los va desgastando, a lo que cada uno dice que ya ha dado mucho por lo que le toca al otro hacer algo por mejorar.

Se les pidió que en sesión platicaran de lo que sienten cuando son descalificados por el otro, a fin de que mencionaran lo que quisieran que el otro haga ante estas situaciones.

- Técnicas utilizadas.
Se utiliza la confrontación al notarlos molestos y tensos. Se intensificó al mencionar que Esteban genera miedo y esto impide que se acerquen a él. Se enfocó la situación entre ellos. Se les dejó de tarea que platicaran de lo que esperan del otro. Y que siguieran practicando el ejercicio que se realizó en sesión.



Sesión 10. Se comunicaron vía telefónica para comentar que no asistirán a sesión.

Sesión 11. Durante los dos meses que no se les atendió debido a que operaron a la mamá de Esteban y que tenían desconectado su teléfono mencionaron que estuvieron bien, sin embargo el fin de semana tuvieron dos discusiones violentas motivada por celos de parte de Esteban. Esto orilló a Emilia a decirle que estaba dispuesta a divorciarse. Se les cuestionó de donde aprendieron esa forma de relacionarse y como era su relación en un inicio, ambos mencionaron que tenían conductas de celos, pero que en este momento han incrementado, hasta el punto de desconfiar del otro.

Se les mencionó que entre ellos hay miedo a no cubrir las expectativas del otro, lo cual los ha llevado al sufrimiento y cuidarse de tal manera que se sienten presionados (metáfora de cómo cuidar a un pajarito sin asfixiarlo), además de responsabilizar al otro de sus conductas en particular Esteban responsabiliza a Emilia de su agresión, aunque reconoce que sus conductas están mal.

Se les preguntó que pasaría si confiaran en el otro y si cada uno se responsabilizara de sus actos. Se les confrontó a cada uno las ideas que tienen de confianza, a fin de deconstruir el significado de confianza y de responsabilidad, ya que su concepto los ha llevado a sentirse presionados con el deber ser. Por otro lado se utilizaron preguntas a futuro en donde se buscaba ver los recursos que tienen para realizar conducta de confianza.

- Técnicas utilizadas. Confrontación, preguntas a futuro, metáfora del cuidado de un pajarito sin que este se asfixie de tanto amor, connotación positiva del sufrimiento que les ocasiona los celos y la desconfianza.
Se les deja de tarea que escriban cual es la idea que tienen de matrimonio y lo que esperaban del otro al casarse, se les pidió que cuando ocurrieran peleas, estas fueran en el baño (se les cambio el contexto, a fin de que estas reduzcan).

Sesión 12. La pareja no llevó a cabo el cambio de escenario y aunque tuvieron una discusión ambos le dieron diferente significado. Se le cuestionó a Esteban si se ha dado cuenta de que con esto provoca miedo en Emilia e hijos y si esto le ha generado problemas en sus relaciones.

Se le externalizó esta reacción como un demonio, que se le mete y ya no es Esteban el que contesta, sino ese demonio. Y él no diferencia entre sí mismo y ese demonio.

Se le cuestionó a Esteban si conoce a alguien que utilice otra forma de reaccionar distinta a la que él tiene. Alguien tranquilo, pacífico y con autoridad, firme y que no agrede a los demás. Refirió que tenía un amigo que ya falleció con el que platicaba mucho.



CAPITULO 3

Viendo esta situación de ese demonio que se le mete y que él elige dejar entrar, se le preguntó si quiere que se le ayude en eso, a lo que respondió que si. Se enfatizó que seguramente le resultaría difícil pero es importante que tome en cuenta la ayuda que le brindará Emilia, y que consiste en que cuando sienta que las cosas se pueden salir de control ella le dice que quiere hablar con Esteban no con el demonio y en este momento le mostrará una tarjeta amarilla. Si nota que la situación sigue agravándose entonces ella le mostrará una tarjeta roja y se irá. Ambos buscarán alguna actividad que los relaje.

- Técnicas utilizadas. Reencuadre, externalización, intensidad, preguntas de influencia, confrontación, validación. Se les dejó ver la película “Irene, yo y mi otro yo”.

Sesión 13. La sesión se concentró en los resultados de la tarea. Se comentó acerca de las tarjetas que hicieron pero no hubo necesidad de utilizarlas ya que Esteban había hecho conciencia del demonio y antes de que Emilia le hiciera alguna indicación él ya se había dado cuenta.

Se le preguntó a Emilia si ahora se sentía segura de estar con Esteban, a lo que ella respondió que si, pero aun faltaba algo para que el demonio se fuera. Comenzó a decir algunas cosas sobre sus planes como seguir estudiando o trabajar. Esto se manejó como una prueba definitiva y Emilia confirmó esta idea y mencionó que ésta sería la meta última, pero para eso faltaba mucho trabajo como pareja, además dio a entender que estos planes son a largo plazo

Se habló sobre lo que sucede en el momento que se presenta el demonio, Emilia comentó que ella hace algunas cosas para que se presente, de manera que dejó de hacerlas y se dio cuenta que eso ayudó a Esteban a controlarse.

- Técnicas utilizadas. Reencuadre, externalización, intensidad, confrontación, validación. Se les dejó de tarea que siguieran usando las tarjetas (en caso necesario).

Sesión 14. La pareja comentó varias situaciones en las que Esteban estaba enojado, pero Emilia pudo decirle su punto de vista sin que esto los llevara a una discusión. Ella se sintió tranquila de poder hacerlo, ya que ambos comenzaron a platicar más por las noches de aquello que les molesta.

Esteban pudo externar que hay momentos que se siente relegado por sus hijos y que lo hacen a un lado, por lo que se buscó que Emilia lo incorporara a esa labor, cediendo su territorio.

Se les comentó la importancia de establecer reglas con sus hijos y que ambos se apoyen ante sus hijos.



CAPITULO 3

- Técnicas utilizadas.

Reconocimiento de cambios, Reencuadre, confrontación, intensidad. De tarea se les dejó que siguieran con sus conversaciones nocturnas y que anotaran las reglas que pueden implementar con sus hijos.

Sesión 15. La sesión se enfocó hacia lo que cada uno cree que es mejor en la forma de educar a sus hijos. La mayor parte de los ejemplos que la pareja comentó fueron relacionados con su hijo menor. Se les reencuadró que aunque pudiera haber algún daño neurológico en él y que se ha estado tratando mediante el medicamento que esta tomando, otra parte importante son las relaciones que tiene con sus papás y demás personas a su alrededor. Por ejemplo que no hayan muchos estresores a su alrededor, que las reglas que se le ponen sean claras y no se le trate como a un niño no normal.

Se les comentó que como padres tienen un solo territorio por lo que es importante que no lo dividan, ya que al hacerlo cada quien va a defender el propio.

Se les sugirió escribir las reglas y cómo se van a conducir hacia sus hijos.

Se les previno la recaída al mencionarles que actualmente están en una mejor relación de pareja, pero se quedaron acostumbrados a utilizar las armas que empleaban cuando estaban en guerra. Es decir, diciendo cosas “sin querer” en las que se descalifica al otro frente a los hijos.

- Técnicas utilizadas.

Reencuadre, externalización, intensidad, confrontación, prevenir recaída.

Sesión 16. La pareja comentó que han tenido algunas “discusiones x” y relataron un accidente que tuvo su hijo menor (se cortó el dedo) y las reacciones de ambos.

Se le cuestionó a Emilia si los cambios que ha visto son para bien o para mal. Respondió que para bien, sin embargo siente que Esteban ha cambiado en comparación de cuando eran novios, ahora esta “mas amargado”. Ella por su parte siente que no ha cambiado. Se reencuadraron como cambios que ocurren durante el matrimonio y se destacaron los estresores económicos y laborales, ya que mientras Esteban quiere estar en casa, Emilia desea salir de casa.

Se les cuestionó qué les hace falta y comentan que les ha faltado hablar, no han buscado el tiempo y Esteban llega cansado del trabajo. Se les comentó que haría falta hablar claro y se les cuestionó qué pasaría si compartieran las decisiones.

Una parte importante de la sesión es que se les señaló la diferencia entre violencia y agresión. Se les recomendó evitar la visión blanco y negro al respecto.

- Técnicas utilizadas.

Reencuadre, externalización, intensidad, connotación positiva, validación. Se les dejó de tarea que se den tiempo cada uno de manera individual para que logren



disminuir el estrés que sienten, aunque sean 15 minutos. De manera que se pueda prevenir que el estrés se revierta en Esteban.

i) Técnicas empleadas

Las intervenciones estuvieron divididas respecto al modelo al cual pertenecen, se comenzó por reestructurar los límites y jerarquías (Modelo Estructural). Se buscaron excepciones, (modelo de soluciones) y finalmente se realizó la externalización (enfoque narrativo).

A continuación se irán explicando las intervenciones en base al modelo que pertenecen.

- **MODELO ESTRUCTURAL**

Reencuadramiento: Mediante el enfoque se trabajaron aspectos de la infancia y adolescencia de Esteban. Se fueron organizando los datos de las interacciones familiares en torno al tema de la vivencia que tuvo Esteban de su infancia con lo que se le dio un nuevo sentido. Dejó de justificar su actual actitud violenta por lo que vivió de niño.

Fue necesaria una “visión de túnel” en la que se profundizó en dicho tema (Minuchin y Fishman, 1994). Se trabajó en el sentimiento de impotencia y tristeza de Esteban por haber sido adultizado, y el hecho de que su madre y hermanas no valoran lo que hizo por ellas.

Reestructuración: Se cuestionó la estructura de la pareja mediante tareas en las que se daban tiempo para platicar, identificando y deteniendo la pauta del ciclo de violencia (tranquilidad – conflicto – tranquilidad).

Por medio de la complementariedad (Minuchin y Fischman, 1994) se buscó que trabajaran como equipo, es decir, que la pareja vivenciara su pertenencia a una entidad que rebasa el sí mismo individual. Ya que la problemática no era producto de un problema personal, sino de la interacción entre ambos.

Uso de metáforas. Se emplearon varias metáforas que tocaban diferentes temas, por ejemplo, al hablar de la olla express y del volcán que arrasa con todo se ejemplificó la presión a la que pueden estar sometidos y que si no se hace algo al respecto puede explotar y acabar con todo.

Otra metáfora empleada fue la del equipo de futbol en la que les instó a que participen como un equipo con un objetivo. Así mismo se habló de un solo territorio como padres, en el que se les invitó a dejar las armas y compartir el territorio.

Respecto a la forma de demostrar el cariño hacia Emilia se habló de cuidar un pajarito sin asfixiarlo de tanto amor.



CAPITULO 3

Intensificación y escenificación. Se escenificó el miedo de Emilia y se intensificó que el tono de voz de Esteban intimida y provoca miedo. Así mismo, se facilitó que Emilia comentara acerca del miedo que siente. Es decir, por medio de la escenificación se destacó la frecuencia con que se produce la interacción disfuncional, las diversas modalidades que ella cobra y cuánto penetra los diferentes holones (Minuchin y Fishman, 1994).

- **MODELO DE SOLUCIONES**

Quejas: Producto de la mala suerte: se buscó reconstruir las quejas y convertirlas en problemas solubles. La gran mayoría de las quejas eran causadas por terceras personas (familia extensa e hijos) y se enfatizaron las dificultades que tenían solución.

La pregunta de la excepción: Se buscaron soluciones en el presente y en el pasado, en vez de en el futuro. Se enfatizaron los acuerdos logrados, la creación de confianza y la ausencia de discusiones.

Llaves maestras: Pelea estructurada; se buscó que durante tres días de la semana, buscaran hablar y ser escuchados por el otro, a través de turnos, a fin de evitar poner en riesgo a Emilia.

Haga algo diferente: Se les dio la consigna de hacer algo diferente y no más de lo mismo. Se les impulsó a buscar una forma diferente de relacionarse, en donde pudieran hacer algo para el otro (De Shazer, 1991).

- **NARRATIVA**

Externalización: A pesar de que se externalizó el problema representado como un demonio que se apoderaba de Esteban, se tomó en cuenta la recomendación que hace White (1994), en cuanto a que si se identifican este tipo de problemas el terapeuta tiene que fomentar más bien la externalización de las actitudes y creencias que parecen imponer la violencia, así como las estrategias que mantienen subyugadas a las personas.

Identificación de la historia dominante: La historia dominante incluía dos puntos.

1. Que Esteban era una persona enojona y que esta situación no podría cambiar.

2. Que las personas que son enojonas y/o violentas se dan a respetar, y aquellas que son tranquilas, son minimizadas y dejadas, situación que no era concebible para el papel de Esteban dentro de la familia.

Creación de una historia alternativa: Se encontró, por medio de la “remembranza”, que existían personajes en la vida de Esteban que se hacían respetar sin ser minimizados o dejados, por lo que si lograba contener al demonio que lo poseía, él podría hacerse respetar de una manera firme pero sin violencia, e incluso de una manera amorosa para con sus hijos y con su esposa.

**Otras intervenciones:**

Exploración de la familia de origen de Esteban. Desde el modelo de Milán se recabó información acerca de las tres generaciones de la familia de Esteban. Encontrándonos con la precoz adultización que tuvo y en la que al ser un hijo fiable se pasó la vida tratando de merecer de sus padres el amor que sus hermanas tenían gratuitamente. Él se encontraba en una posición de quien nunca debe pedir nada para sí.

Estas partes carenciadas no han liberado a Esteban, por lo que al elegir pareja, lo hizo de alguien que tuviera cualidades afectivas como una especie de madre diligente y disponible respecto a sus propias necesidades. Una mujer que tolere la dependencia de que su marido mantiene con la propia familia de origen.

Se trabajó en la actitud machista que prevalecía en la que Esteban evitaba el diálogo con Emilia teniendo como táctica el uso de gritos que cerraban la posibilidad de diálogo (Selvini M., Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1999).

Se buscó que Esteban manifestara sus sentimientos y no solo la emoción de ira. Él aprendió a esconder cualquier señal que se pudiera interpretar como debilidad y fragilidad. Su vida se guiaba por ser competitivo e individualista, muy trabajador; habituado a hacer y no a hablar.

j) Logros

La pareja logró establecer límites hacia sus hijos tanto de espacio físico como conductuales. Los hijos duermen en su recámara y la pareja en la propia. También establecieron los horarios de dormir, de ver televisión, etc. lo cual ha ayudado a que las reglas hacia sus hijos sean mas claras.

De esta manera la pareja se da tiempo como padres en el que comparten momentos de recreación con sus hijos. Ambos tienen una participación mas equitativa en cuanto a la educación de sus hijos; están compartiendo el territorio de padres y no luchando por él.

La pareja ha establecido límites entre ellos mismos y con las familias de origen de cada uno. En el primer caso, tanto Esteban como Emilia respetan las actividades y gustos del otro. Aunque no compartan estos gustos, ambos respetan el tiempo del otro.

En cuanto a las familias de origen, Esteban ha aprendido a distanciarse de los problemas de sus padres y hermanas. Aun interviene pero de manera diferente.

Emilia busca convivir con sus padres y hermanos sin temor de que Esteban se moleste por ello.



CAPITULO 3

Esteban se hizo responsable de la violencia, de los momentos en que es violento y es consciente de que él es el único responsable. Ha encontrado formas de afrontar el enojo que siente sin que tenga conductas violentas hacia Emilia, sus hijos o con sus compañeros de trabajo.

Emilia se hizo responsable de las provocaciones y el poder que ejerció en el control de la relación con sus hijos. Se dio cuenta de lo que hacía para que Esteban continuara con los actos violentos, por lo que ha dejado de hacerlo. También aceptó que ella manejaba todo lo relacionado con sus hijos, dándole poco espacio para que Esteban conviviera con ellos. Ahora han decidido compartir el territorio.

Se creó una historia alternativa de cambio en la que Esteban genera confianza y tiene poder sobre el demonio. Con los cambios realizados él crea confianza hacia Emilia y también ella le cree. Por otra parte, él ha logrado desterrar al demonio, con lo que demuestra que puede librarse de él.

A su vez Emilia confía en Esteban ante los cambios que ve en él. Ya han pasado varias pruebas las cuales han servido para que Emilia se de cuenta que Esteban puede enfrenar al demonio, por lo que ya confía en él.

La historia alternativa se reafirmó mediante la consolidación como padres. Ahora ambos tienen una posición más equitativa en la pareja, donde ya no hay miedo por la reacción de Esteban y en donde hay confianza para expresar los acuerdos y desacuerdos. Emilia ya no tiene a los niños como aliados, sino que ahora Esteban está compartiendo más tiempo con ellos y ya no solo es la figura de autoridad. Por lo que sus hijos también han buscado acercarse más a él.

Se reconstruyeron los roles de ambos como padres. Esto ha hecho que se sientan más satisfechos del papel que están desempeñando en su familia y de las nuevas relaciones que están construyendo.

La pareja comenzó a ceder poder tanto interno como externo. Es decir, están compartiendo el territorio como padres, están aceptando que la pareja busque pasar tiempo con los amigos, la familia extensa y llevar a cabo los proyectos personales.

k) Conclusiones

En este caso se integraron varios modelos terapéuticos por lo que fue importante tener flexibilidad en el proceso terapéutico. Ya que se dio un giro de modelo cuando fue necesario.

En este sentido también hubo movilidad del equipo terapéutico, ya que al inicio participábamos como coterapeutas hombre – mujer, mujer – mujer. Sin embargo, fue



CAPITULO 3

importante que el sistema estuviera nivelado, por lo que se optó por que la coterapia siempre fuera hombre – mujer.

Se tuvo una posición horizontal con los pacientes. Lo que ayudó a que el proceso fuera avanzando ya que se tuvo una posición de no saber en donde la curiosidad permitió resaltar los recursos de los pacientes y se creó un ambiente para el cambio.

1.2 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.

Para comenzar el proceso psicoterapéutico era necesaria una transformación de la estructura familiar para que los cambios fueran posibles. Se estaban manifestando pautas disfuncionales ya que los límites eran difusos y la jerarquía estaba desequilibrada (Minuchin, 1989).

Por otra parte, la etapa del ciclo vital de la familia y la manera en que se estaban enfrentando a los estresores (tanto internos como externos) resultaban ineficaces. Por ejemplo, la pareja no se estaba poniendo de acuerdo en la forma de educar a sus hijos, los castigos que les pondrían, etc. Por medio del diálogo se logró que ambos acordaran hacer equipo y de esta manera plantearle a sus hijos límites claros.

Siguiendo el proceso terapéutico y con la reestructuración que se llevó a cabo, se comenzaron a buscar excepciones (De Shazer, 1991) en el pasado y presente. Se reestableció la confianza de pareja y se dieron cuenta que eran capaces de no discutir.

Mediante estas intervenciones y la pelea estructurada se dieron tiempo de platicar y expresar sus diferencias sin que implicara un conflicto. Al buscar que hicieran algo diferente crearon una historia alternativa (White, 1993) ya que ambos se percataron de que haciendo algo diferente cambiaban la pauta que tenían establecida.

Cuando Esteban y Emilia llegaron a terapia presentaban una descripción saturada por el problema, es decir, el relato dominante de la vida familiar (White, 1993). La externalización es un abordaje terapéutico que insta a las personas a cosificar y a personificar los problemas que las oprimen. Es decir, el problema se convierte en una entidad separada, externa a la persona o a la relación a la que se atribuye.

Mediante la externalización se abrió la posibilidad de que cada uno se describiera a sí mismo y su relación desde una nueva perspectiva. Desarrollaron una historia alternativa de la vida familiar donde descubrieron hechos de sus vidas y relaciones que antes no percibían. De manera que se enfocaron a los acontecimientos extraordinarios actuales los cuales se presentan en el momento presente y futuro, al llevarlos a verse sin el problema.



CAPITULO 3

Se investigó el efecto que tienen las actitudes y creencias que impone la violencia sobre sus vidas y relaciones. Al conocer la influencia de éstas en sus vidas se buscó mediante la remembranza una persona que Esteban conociera y que actuara de manera firme sin ser violento.

Así como lo menciona White (1993) se elaboró un plan de escape, que se activaría cada vez que Emilia se sintiera amenazada y creyera que corría riesgo de ser atacada. El plan consistía en decirle a Esteban “quiero hablar con Esteban, no con el demonio” a la vez que sacaría una tarjeta amarilla. Si Emilia veía que la situación iba aumentando sacaría una tarjeta roja y le diría a Esteban que se iba a ir y después hablarían. De esta manera ella se pondría a salvo y si sus hijos estaban presentes también los pondría a salvo.

Esteban y Emilia harían las tarjetas, así él tomó una parte activa y comprometida. Se hizo responsable por la violencia pasada. Se externalizó la actitud hacia la violencia, poniendo claro que Esteban era responsable de no permitirle la entrada al demonio.

Se contrarrestó cualquier tipo de acción vengativa que Esteban pudiera emprender como respuesta a la actitud de Emilia de elegir la vía de escape (White, 1994).

1.3 Análisis y discusión de un tema, caso de familia, o modelo terapéutico.

Violencia de género en la pareja

La Asamblea General de Naciones Unidas en 1993 adoptó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer donde afirma que la violencia de género deteriora o anula el desarrollo de las libertades y pone en peligro los derechos humanos fundamentales de las mujeres, la libertad individual y la integridad física de las mujeres (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

La violencia contra la mujer significa cualquier acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, que incluye las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada.

En una relación de maltrato pueden producirse todos los tipos de violencia o solo alguno de ellos. Los cuales son:

- Violencia física: produce daño corporal o lesión a través de golpes de diversa intensidad, con las manos, instrumentos o armas; empujones, patadas, puñetazos, palizas, mordeduras, quemaduras, cortes, intentos de estrangulamiento.



- Violencia sexual: desde la imposición de una relación sexual no deseada, de posturas, gestos, actos o formas de vestir, hasta abuso y violación con uso de fuerza física.
Insultos y acusaciones durante las relaciones sexuales, trato como si la mujer fuera un objeto. Venganza, chantaje y amenazas si no quiere tener relaciones sexuales.
- Malos tratos psicológicos y emocionales: insultos, humillaciones, burlas, coerción, descalificaciones y críticas constantes, desprecios, abandono y aislamiento emocional, incomunicación, gritos, chantajes, amenazas de tipo económico o emocional, control de lo que dice, hace, etc (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

Leonore Walker (1979 en Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004) describe las fases que se dan en el ciclo de violencia:

- 1. La fase de tensión.** Se caracteriza por una escalada gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. El hombre violento expresa hostilidad, pero no en forma explosiva. La mujer intenta calmar, complacer o no hacer aquello que pueda molestar a la pareja, en la creencia irreal de que ella puede controlar la agresión.
- 2. Fase de agresión.** Estalla la violencia psíquica, física y/o sexual. En esta fase la mujer puede decidir contar lo que le está pasando y denunciar.
- 3. Fase de conciliación o luna de miel.** El hombre violento se arrepiente y pide perdón, hace promesas de cambio. Éste es un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación, es un momento en el que ve el lado bueno de su pareja, fomentando la esperanza de que puede cambiar.

Existen algunos factores que impulsan a las mujeres a tomar la decisión de no tolerar por mas tiempo la violencia y pedir ayuda:

- Cuando ya no existe la fase de luna de miel, y la tensión y la agresión se suceden.
- Cuando la violencia comienza a dirigirse también hacia las hijas e hijos.
- Si el nivel de intensidad de la violencia aumenta y se percibe como grave.
- Cuando hay recursos sociosanitarios accesibles.
- Si existe apoyo de la familia o de otras cercanas (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

Según Perrone y Nannini (1997) la perspectiva sistémica estudia la participación de cada persona en el funcionamiento del sistema y se considera que cada uno tiene que hacerse y pensarse responsable de sus propios comportamientos. Definen el acto violento



CAPITULO 3

como todo atentado a la integridad física y psíquica del individuo, acompañado por un sentimiento de coerción y peligro.

Las premisas sistémicas de la violencia son:

- La violencia no es un fenómeno individual sino la manifestación de un fenómeno interaccional. Es el resultado de un proceso de comunicación particular entre dos o mas personas.
- Todos cuantos participan en una interacción se hallan implicados y son responsables.
- Todo individuo adulto es el garante de su propia seguridad. Si no asume esta responsabilidad, estimula los aspectos incontrolados y violentos de la otra persona, con lo que organiza y alimenta una interacción de carácter violento.
- Cualquier individuo puede llegar a ser violento, con diferentes modalidades o manifestaciones.

De esto se desprende la hipótesis de que el acto violento no representa una forma de desorden sino que obedece a un orden prioritario, resultante de las secuencias circulares, de interacciones y de mensajes repetitivos intercambiados entre varios protagonistas, cuya implicación es innegable.

La violencia rompe los límites del propio territorio y los del otro, invade la relación y los vuelve confusos.

La violencia adopta dos formas, las cuales son:

Violencia agresión. Se encuentra entre personas vinculadas por una relación de tipo simétrico; igualitaria. En donde se encuentran en constante rivalidad y escalada ya que se esfuerzan por mantener la igualdad entre sí. Generalmente termina con una agresión mutua. Después de ésta suele haber un paréntesis de complementariedad llamado pausa complementaria y como consecuencia viene el momento de la reconciliación, de la reparación.

La pausa complementaria comprende dos etapas:

1. La aparición del sentimiento de culpabilidad, que será el motor de la voluntad y el movimiento de reparación.

2. Los comportamientos reparatorios como mecanismo de olvido, banalización, desresponsabilización y desculpabilización, los cuales sirven para mantener el mito de la armonía, solidaridad y la buena familia.

Violencia castigo. Se encuentra entre personas implicadas en una relación de tipo complementario; desigualitaria, como el caso de Esteban y Emilia. Cada uno esta de



CAPITULO 3

acuerdo sobre la definición del papel y el lugar que tiene cada uno. La violencia se manifiesta en forma de castigos, sevicias, torturas, negligencias o falta de cuidados.

En la violencia castigo no hay pausa complementaria por lo que esta violencia permanece escondida. La identidad de la persona en posición baja esta afectada ya que se le esta negando el derecho a ser "otro". La autoestima de ambos actores (receptor y emisor) es muy baja, por lo que el receptor justifica los actos violentos del otro. El actor emisor es rígido, carente de toda empatía.

La pareja se mantiene en la relación debido a que tienen un acuerdo ligado tanto a la resignación como a la fascinación. Es decir, construyen un marco relacional que los entrapa, es un consenso implícito rígido.

Mediante este consenso la violencia se manifiesta de forma ritualizada, existe una anticipación y preparación de la secuencia violenta en donde los participantes toman parte. La violencia aparece como una necesidad de mantener el equilibrio entre cada uno de ellos y los otros. Este consenso muestra los lados sensibles que cada uno tiene de su historia individual.

El acuerdo incluye los aspectos espacial, temporal y temático, los cuales tienen una fuerte carga emocional. El primero se refiere al territorio donde se admite la violencia, el lugar donde se desarrolla la interacción violenta. El aspecto temporal es el momento en que se desencadenan la interacción y cronología de los hechos; está predeterminado. Finalmente, el aspecto temático incluye los acontecimientos, circunstancias o contenidos de comunicación que desencadenan el proceso.

Cuando se da una transgresión a las reglas implícitas del consenso, puede ocurrir la denuncia de estas situaciones ocultas, se puede producir una grave escalada de violencia seguida de una separación.

Un aspecto importante de la violencia son los disparadores de ésta. Generalmente el comportamiento de uno sirve para justificar el del otro, los movimientos, miradas, actitudes o palabras funcionan como detonantes.

Cada miembro de la pareja establece una puntuación de la secuencia. En el caso de la relación complementaria se introduce una secuencia de simetría, fugaz, que determina el desencadenamiento de la violencia. Lo que ocurre es que la persona en posición alta descodifica el comportamiento del que está en posición baja como amenazante, que busca estar a su nivel, por lo que para restablecer el equilibrio, actúa con violencia. No importa si el mensaje de la persona en posición baja es real o fueron inventados por quien esta en posición alta. Solo se necesita que éste se sienta amenazado independientemente de los motivos del receptor de violencia.

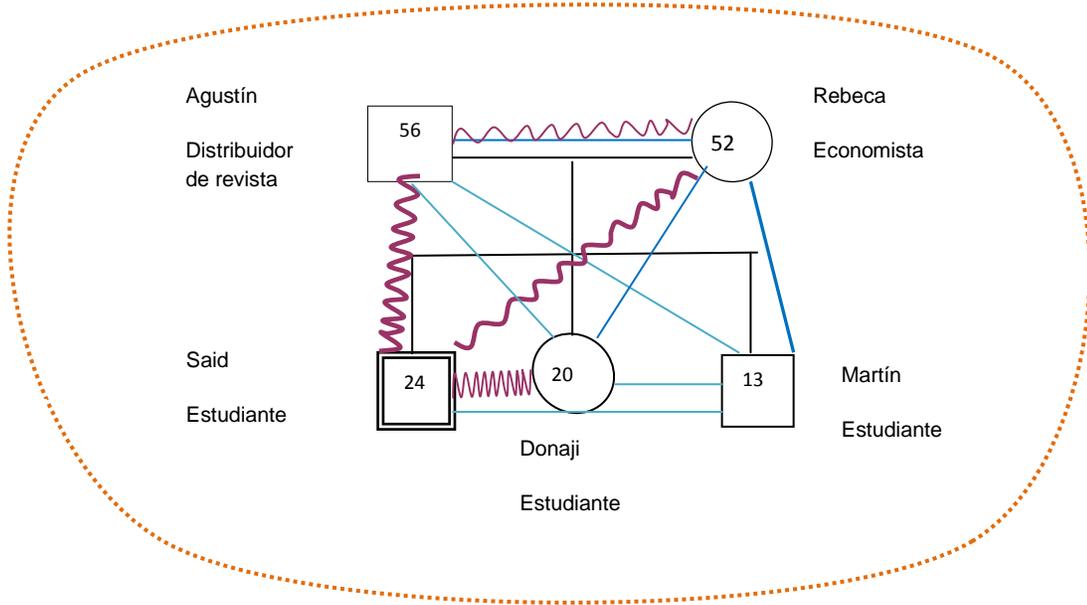


1.4 CASO DOS: Familia Campos Miranda

a) Motivo de consulta

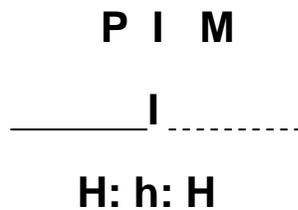
Rebeca se siente desbordada por los conflictos familiares donde su hijo mayor es la causa de ellos. Él asiste a tratamiento a Psiquiatría de la UNAM desde hace año y medio para recibir tratamiento de angustia y depresión (toma Diazepam). Pero ella refiere que no ha visto cambios y esta desorientada acerca de la posición que debe tomar en relación a su hijo; no sabe si ignorarlo o protegerlo. Con dicha situación se desencadenan conflictos que se han agudizado entre ella y su esposo.

b) Familiograma



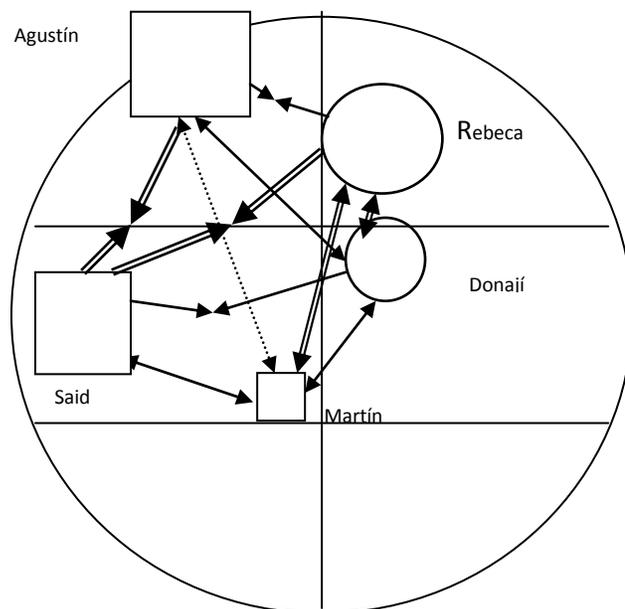
*Los nombres de los pacientes han sido cambiados para conservar la confidencialidad.

c) Mapa estructural.





d) Esquema dinámico sistémico estructural



e) **Definición de problema.** Said está funcionando como paciente designado con lo que mantiene la homeostasis en la familia. Las necesidades no satisfechas de los demás miembros son ignoradas y esto les crea un sentimiento de malestar.

f) **Evaluación de recursos del sistema terapéutico.** La familia presenta como recurso la solidaridad que se vio reflejada cuando asistieron todos los integrantes a sesión.

Como sistema, a pesar de la homeostasis presentaba, es flexible ya que busca llevar a cabo modificaciones con las que se sientan en un mejor clima familiar.

g) **Hipótesis dinámico-sistémico-integrativa.** La homeostasis familiar es mantenida por la etiquetación de Said como paciente identificado así mismo la recursividad es mantenida por la retroalimentación negativa que se da entre los miembros de la familia en la que no satisfacen sus necesidades de relación y pertenencia.

h) **Definición de objetivos terapéuticos.**

- Desetiquetar a Said como paciente identificado.
- Favorecer la creación de un clima familiar de confianza entre los miembros de la familia.
- Favorecer el diálogo entre los miembros de la familia y que acepten las diferencias entre ellos como características de individuación.



i) Estrategias de intervención

Sesión 1.

Personas que asisten: Rebeca.

Se entabla el rapport, el encuadre terapéutico y se explora el motivo de consulta.

La paciente refiere que desde hace 6 meses ha visto un cambio en la relación con su hijo Said, con el que ya no tiene comunicación y “ya llegó a su límite” (sic.). Ella busca orientación para saber cómo tratarlo porque siente que él está pasando por una etapa que ella pasó y trata de comprenderlo. Cree que él se siente muy solo porque con su papá y él no se entienden. Se le valida la preocupación por sus hijos.

Se le deja de tarea pensar lo que le gustaría hacer para mejorar la situación y lo que ella podría hacer.

Sesión 2.

Personas que asisten: Rebeca y Said.

Se realizó el encuadre y Rebeca comentó el motivo que la llevó a terapia, es decir, la preocupación por su relación con Said. Siente que ha tomado de justificante el estar enfermo para no cumplir con sus responsabilidades (limpieza de la recámara y cursar las materias en la escuela).

Tanto Said como su madre estuvieron de acuerdo que se ha perdido el respeto entre ellos. Él se mostró sensible cuando habló de los problemas con su padre. Lo cual es minimizado por Rebeca al decir que han sido pocas veces.

Said explicó cuando empezó a experimentar angustia y el tratamiento psiquiátrico que recibe en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Se validó la emoción y las diferentes formas de sentir de las personas. Se destacó la preocupación de Rebeca por que su familia esté bien.

Sesión 3.

Personas que asisten: Rebeca.

Rebeca busca comprender que Said va a su ritmo y exigirle más no es tan adecuado. Ella quiere cambiar la manera de pedir las cosas ya que sus hijos y esposo le han dicho que tiene un tono fuerte y es muy repetitiva.

La paciente comentó más a fondo acerca de la relación con su esposo, el cual está reacio a asistir a terapia. Hace 12 años tuvieron problemas de pareja, cree que esta situación le afectó a Said. En ese tiempo pensó en el divorcio, sin embargo desistió de esa idea por que estaba embarazada de Martín.



CAPITULO 3

Se enfatizó la importancia de que asista toda la familia a terapia con el objetivo de conocer las diferentes perspectivas de cada miembro.

Sesión 4.

Personas que asisten: Rebeca.

En esta sesión Rebeca comentó sus problemas de pareja; siente que no hay una comunicación profunda con su esposo lo cual le crea un sentimiento de frustración.

Sus hijos están creciendo y ya no hacen las actividades de cuando eran pequeños. Esto lo ve como uno de los elementos generadores de conflicto con su esposo.

Se recalcó la importancia de que asistan los demás miembros de la familia a sesión, sobre todo Said. Se le pidió a la paciente insistir en el requerimiento.

Sesión 5.

Personas que asisten: Rebeca y Donají.

Se le explicó la forma de trabajar a Donají la cual desde el inicio de la sesión se mostró muy participativa. Acudió a sesión con el objetivo de mejorar la comunicación en su familia, sobre todo entre su padre y su hermano mayor.

Se le connotó positivamente la propuesta de opciones que dio; organizarse para que cada miembro de la familia realice alguna función en casa para que así terminen mas rápido y no se sobrecargue algún miembro, sobre todo su madre.

Se intensificó la importancia de la asistencia de todos los miembros de la familia, sobre todo Agustín y Said por lo que se les solicitó invitarlos para la próxima sesión.

Sesión 6.

Personas que asisten: Rebeca, Donají, Agustín.

Agustín comentó su percepción de lo que ocurre en casa; lo refiere como una etapa normal de la juventud. Platicó acerca de su niñez, la relación con su padre, su vida en el campo y lo que hizo para lograr estudiar.

Se reencuadró que hay dos caminos por los que van; uno es el personal y el otro el familiar.

Se les pidió Agustín y Rebeca pensar cuáles son otras necesidades de sus hijos aparte de las profesionales. Y crear un camino común a partir de las experiencias de ambos cuando fueron adolescentes.



CAPITULO 3

Sesión 7.

Personas que asisten: Rebeca y Donají.

Desde el inicio de la sesión se notaba triste a Rebeca. Comentó no saber lo que le pasaba y comenzó a llorar. No sabía si sus hijos acudirían a sesión; les hizo la invitación pero al parecer no iban a asistir. Se le cuestionó si se sentía sola, y lo afirmó.

Comentó estar preocupada por Donají; les escribió una carta a ella y a Agustín donde les decía que sería bueno conocerla mas, no sólo en el aspecto académico. Les dijo haber probado la marihuana y en una ocasión haberse alcoholizado.

Rebeca comentó querer ser fuerte, lo cual se le cuestionó y se le reencuadró que no le puede dejar de importar porque a las personas queridas no se les puede perder ese interés. Sin embargo puede hacer algo para que no le duela tanto. Se enfatizó la importancia de solucionar un conflicto entre las personas involucradas y no sólo una persona responsable de resolverlo.

Minutos después llegó Donají y se le preguntó a Rebeca si quería platicar de lo comentado, a lo que accedió.

Se le connotó positivamente a Donají el acercase a sus papás.

Por otra parte se le comentó a Rebeca que deben haber límites; si no cumple el hijo estaría perdiendo oportunidades de tener algún beneficio o estímulo.

Se les enfatizó la importancia de lo que hacen entre las sesiones y no tanto lo que se hace en sesión.

Sesión 8.

Personas que acuden: Rebeca.

Rebeca refirió que Saíd insiste en que esta enfermo y por eso no se levanta temprano y se queda dormido. Se exploró la historia del diagnóstico de Saíd. Se explicaron cuestiones como la depresión y ansiedad, así como la diferencia entre endógenas y exógenas.

Se buscó tener contacto con la psiquiatra encargada del caso de Saíd.

Sesión 9

Personas que asisten: Donají y Rebeca.

Se recapituló cómo llegó Rebeca, su motivo de consulta, lo que ha intentado hacer para acercarse a sus hijos, por ejemplo, se ha mostrado mas flexible y abierta a aceptar que las personas son diferentes y tienen un ritmo propio.



CAPITULO 3

Donaji comentó que ha estado buscando momentos para pasar con su familia, y comentó un conflicto en casa porque ella había quedado con Said de ver una película, sin embargo no llegaron a un acuerdo de la hora en que verían la película.

Al cuestionarles qué podrían hacer para tener convivencia familiar comentaron ser mas prudentes y tratar de darse tiempo en las noches mientras todos cenan. Se les sugirió comentarlos a los demás y ver las propuestas de ellos de manera que entre todos tomaran la decisión.

Se connotó la búsqueda de momentos para compartir en familia. Se sugirió hacerle saber al otro lo que opina para no dar por hecho suposiciones y poner atención en la forma en que se dicen las cosas.

Se les dejó pensar qué pasaría si Said no estuviera en la familia, que ya no viviera con ellos, ¿los problemas seguirían igual o ya no habría conflictos?

Sesión 10.

Personas que asisten: Rebeca, Agustín y Said.

Said comentó que trata de no discutir con su familia y cuando se empieza a sentir mal piensa que no se debe de sentir así y decide tomarlo con calma. Se le connotaron los cambios hechos.

Se le mencionaron dos puntos: una es la importancia de cerrar el espacio terapéutico que ha tenido y hacerle saber a la psiquiatra el motivo del cierre. De esta manera no quedan cabos sueltos y se tiene la conclusión de un ciclo.

El segundo punto es la importancia de no cortar de golpe el consumo del medicamento debido a que el cuerpo se tiene que ir acostumbrando paulatinamente a la ausencia del medicamento.

Sesión 11.

Personas que asisten: Donají y Rebeca.

Se reencuadró lo que cada una espera de la terapia. Se les solicitó avisar qué miembros asistirán a la próxima sesión; éstos hablarán de sí mismos y no de los ausentes.

Se habló acerca de las reglas necesarias en casa y que deben ser decididas por Rebeca y Agustín. Se les dejó de tarea pensar y hacer una lista de las reglas en cuanto a las responsabilidades, derechos y beneficios de sus hijos.



CAPITULO 3

Sesión 12.

Personas que asisten: Rebeca, Agustín Saíd y Donají.

Agustín y Rebeca platicaron con antelación de las reglas en casa. Se las hicieron saber a Martín y Donají, a Said no porque él no estuvo en casa. Rebeca comentó que le gustaría aprovechar el espacio para platicarlo con él.

Se les señaló que el diálogo entre dos personas se da escuchándose uno al otro y pueden llegar al acuerdo de no estar de acuerdo. Se sugirió no tratar de ver quien tiene la razón ni cual postura es la mejor. Se les invitó a continuar el diálogo creado en el espacio terapéutico.

Fue connotado positivamente y encuadrado el interés por Said de sus padres y hermana.

Se intensificó la utilidad de ser explícito en el diálogo, hacerle saber al otro cómo se está sintiendo y lo que espera de él.

Se les cuestionó acerca lo que le pedirían al otro en cuanto a las necesidades afectivas.

Después del corte con el equipo se hizo un equipo reflexivo en donde se abordó:

- La predisposición a relacionarse con el otro como si tratara de convencer al otro.
- La familia se preocupa mucho por algún tema, por ejemplo la salud de Said pero no ven los demás temas ya sea de pareja o respecto a Donají o Martín.
- Al ponerse en el lugar de Said el terapeuta se sentiría muy exigido a comunicarse y en consecuencia se alejaría más.
- En el proceso de crecer hay cosas que duelen, como duelen los huesos cuando la persona está creciendo. Parece que no se acepta la diferencia y se busca que los hijos sigan por el mismo camino.
- Ponerse en los zapatos del otro como opción para mejorar su relación. Y expresar cómo les gustaría que el otro les demostrara su cariño.

Mientras se llevaba a cabo el equipo reflexivo, se notó a Rebeca y Said con los ojos llorosos, y en general todos los miembros en algún momento asentían con la cabeza.

Una vez que el equipo reflexivo terminó de dar sus comentarios, éstos salieron de la sala.

Rebeca comentó estar reflexionando varias cuestiones. Said y Donají se unieron al decir que en ocasiones sus padres no ven que los tiempos son distintos y por otra



CAPITULO 3

parte ellos entienden las experiencias duras que sus padres atravesaron. Les pidieron mayor comprensión. Agustín comentó que Said debe andar solo por su camino.

Sesión 13.

Personas que asisten: Donají y Saíd.

Donaji relató haber pedido respeto a sus diferencias como persona y que su madre le manifestara su afecto por medio de “apapachos”.

Said comentó haber discutido con su mamá por un mal entendido; él supuso algo y ella también.

Se hizo una analogía con un círculo en el que no se sienten entendidos y por ende se sienten no queridos. Ambos estuvieron de acuerdo, y se les dio un ejemplo de efectividad en la comunicación. Cuando su padre les este contando sus anécdotas, decirle “esto es lo que entendí.....” ‘¿entendí bien? ¿era eso lo que me querías transmitir?, y una vez que Agustín asienta entonces se le comenta “ahora te pido por favor que me escuches, yo lo veo diferente, haber si entiendes mi punto de vista diferente”.

De esta manera él se sentirá escuchado y validado, y al mismo tiempo ellos pedirán ser escuchados y aceptados aunque tengan diferentes puntos de vista.

Sesión 14. Llamaron para cancelar la cita.

Sesión 15.

Personas que asisten: Rebeca, Agustín, Saíd, Donají y Martín.

La sesión comenzó por manifestarles que es grato ver a toda la familia.

Rebeca relató la expulsión escolar de Martín por mala conducta. Él comentó darse cuenta que eso no estuvo bien y ya no lo hará.

Said refirió que cuando sus padres hablaron con Martín se empezó a angustiar porque la forma en que le hablaban era la misma como lo hacían con él cuando iba en la preparatoria. Esto le hacía sentir mal y vio que la reacción de su hermano fue no decir nada, así como él lo hacía. Said decidió decirle que si quería hablar él lo escucharía. Esto le funcionó porque después de cierto tiempo Martín se acercó a platicar con él de lo sucedido en la escuela. Esta acción fue connotada positivamente.

Por otra parte se les confrontó que ahora es Martín quien está en el banquillo de los acusados. Y se reencuadró la situación como cuestiones que pasan en la adolescencia y son enseñanzas para hacerse responsable de sus actos.

Martín ha percibido que su papá ya no pelea tanto con su hermano ni con él. Ha sentido más cercanos a sus hermanos, quienes ya no solo lo corrigen sino lo escuchan. También ha visto que su papá acepta más sus errores.



CAPITULO 3

Se les mencionó que cada quien lucha por su verdad pero no hay una sola verdad y quien suponga tenerla es tener mucha responsabilidad ya que puede sufrir ataques de los otros.

Sesión 16.

Personas que asisten: Rebeca, Agustín, Martín.

Rebeca comentó no haber hecho muchos avances. Propuso que se saluden de beso todos los miembros de la familia. Respecto a Martín ella seguirá estando al pendiente de la escuela y sus calificaciones.

Se reencuadraron las herramientas de Agustín cuando era estudiante como reunirse con los “estudiosos del salón” como una alternativa para sus hijos y podrán encontrar otras.

Se realizó un ejercicio con Rebeca y Agustín en el que se les pidió sentarse de frente. Se colocó en medio una pelota que por un lado tiene letras y por el otro no. Se les preguntó qué es lo que ven, cómo es la pelota, etc. Se enfatizó que cada persona puede percibir las cosas de manera distinta. La forma de saber cómo era el otro lado de la pelota fue creyéndole al otro.

Se le preguntó a Martín lo que ha aprendido a su padre y comentó admirar el empeño por estudiar a pesar de mucho sacrificio y esfuerzo. Se le sugirió decírselo directamente a su padre.

Sesión 17.

Personas que asisten: Rebeca, Agustín, Donaji y Said.

Comentaron haber tenido conflictos con Said y Donaji. Ella mencionó que han sido por errores de comunicación y por guiarse por suposiciones en vez de hablarlo claramente.

Se externó la presencia de mucha molestia entre ellos y se les pidió ver una parte del video de la sesión anterior. Se destacó el momento donde Martín comentó lo que le gustaba de su papá ya no se retomó el tema y siguieron quejándose y trayendo a Said a sesión. Se les cuestionó si esto también pasa en casa donde no se ve lo positivo de las personas y se enfocan a lo negativo. Said asintió y dio algunos ejemplos de cuando se ha sentido no validado en casa.

Agustín comentó que el que día del padre todos andaban enojados, Rebeca se había molestado con sus hijos pero también se molestó con él. Donaji también estaba molesta. Y con la voz quebrada Agustín mencionó que nadie lo felicitó, en ese momento Donaji y Said lloraron. Se le cuestionó si le hubiera gustado recibir ese reconocimiento y Agustín mencionó que si. Se les sugirió a los hijos acercarse al león, quizá no es tan fiero como aparenta.



CAPITULO 3

Sesión 18.

Personas que asisten: Rebeca, Said, Donají y Martín.

Desde el inicio de la sesión se notó a Rebeca con los ojos llorosos. Comentó que la tensión sigue en casa por la falta de comunicación. Said concordó en esto, específicamente entre él y su papá.

Rebeca percibe que la familia no cumple los acuerdos. Se les cuestionó qué pasa para no llevarlos a cabo; Donaji cree no detenerse a pensar y reflexionar sobre sus actos. Said comentó estar viciados, actuar en automático y no aceptar otra cosa.

Se les hizo una analogía de haber mucha guerra en casa.

Por otra parte fue reconocido el esfuerzo por mejorar su comunicación. A Rebeca el estar poniendo de su parte al escuchar las propuestas de sus hijos. A los tres hijos el haberle hecho saber a su mamá sus opiniones.

Se les dejó de tarea practicar alguno de los ejercicios propuestos en las sesiones, el que se les hiciera mas sencillo.

Fue previsto que los primeros intentos no salieran como esperaban o sentir a la otra persona en actitud agresiva o a la defensiva, sin embargo es parte del proceso de mejorar su comunicación.

Sesión 19.

Personas que asisten: Rebeca, Donají y Martín.

Rebeca comentó haber estado bien en general, pero preocupada por obtener mas ingresos económicos.

Donaji y Martin expresaron no gustarles la forma como su mamá les habla ya que cuando les repite cosas llega a gritarles.

Se realizó un ejercicio donde se le pidió a Martín imaginar a su papá y hermano en sesión. Frente a él se encontraba el “genio de la lámpara maravillosa” y le daría un regalo a cada uno de ellos. Martín comentó que a su hermano le daría de regalo terminar la universidad, a su hermana paciencia ya que muchas veces se altera y desespera, a su mamá le daría un trabajo y vacaciones, y a su papá tolerancia. En esos momentos tanto Rebeca y Donají lloraron.

Rebeca enfatizó la importancia de aprender a respetar el ritmo de cada quien refiriéndose especialmente a Said.

Se dejó de tarea buscar momentos para compartir.



CAPITULO 3

Sesión 20.

Personas que asisten: Rebeca y Donají.

Ambas comentaron haber estado bien aunque Donaji refirió que un día antes se molestó con su mamá porque le dio una orden gritándole.

Se sugirió a Rebeca delegar funciones a sus hijos de manera que ella esté mas relajada. Donaji aceptó buscar ponerse de acuerdo con sus hermanos para hacer lo relativo al cuidado de su mascota.

En cuanto a la tarea, Rebeca les preguntó a los demás miembros de la familia si podían reunirse el fin de semana pasado..

Ambas se sintieron escuchadas en la reunión, al cuestionarles si se pudieron poner en los zapatos de otra persona, Donaji si se puso en el lugar de Said.

Se connotó positivamente el reunirse y el avanzarse obtenido al mostrarse dispuestos. Se enfatizó que hay una línea delgada entre platicar y discutir así como importancia de aceptar al otro. Respecto a Said se les sugirió no tratarlo como alguien enfermo.

Se dejó de tarea un ejercicio para realizar cuando estén hablando. Consiste en darse de 5 a 10 minutos para cada persona la cual expresará su pensar y sentir, evitando reclamos. Al terminar los otros podrán retroalimentar.

Sesión 21. Rebeca se comunica para decir que no asistirán a sesión.

Sesión 22.

Personas que asisten: Donají, Rebeca, Agustín, Said, Martín.

Se inició la sesión haciendo un encuadre para saber cómo han estado Agustín y Said.

Agustín platicó de un artículo donde se habla de la importancia de comunicarse y hacerle saber al otro cuando tiene un problema.

Said comentó del día cuando se reunieron y platicaron de lo que esperaban de los otros y lo que cada uno podía brindar. Él se sintió bien, Rebeca coincidió con él, Agustín se sintió agredido primero sin embargo después se sintió bien. Donaji y Rebeca lo hicieron en forma de lista las cuales leyeron en sesión.

A lo que se compromete cada miembro de la familia es:

- Rebeca: cumplir los acuerdos, “soltar mas” a sus hijos ya que cada uno es responsable de sus cosas.



CAPITULO 3

- Agustín: Propuso hacer lo que leyó en el artículo y se comprometió a buscar espacios e invitar a su familia a dialogar.
- Martín: No cerrarse tanto a las diferentes opiniones.
- Said: Tener ordenada su recámara y cooperar en casa.
- Donaji: Se hará cargo de sus mascotas, ser puntual, escuchar mas a los demás y ser tolerante.
- Todos se comprometieron a seguir buscando espacios para reunirse.

Se connotó positivamente los cambios, las propuestas y a lo que se están comprometiendo.

Finalmente se les pidió hacer una escultura de la familia. Donaji y Rebeca se situaron cerca, Agustín se colocó mas alejado al igual que Said y Martín. Rebeca le extendió las manos a Said y él se las tomó. Durante el ejercicio el ambiente fue cálido y emotivo.

Martin se sentó en el sillón. Comentó que en la escuela también se aleja. Lo cual se reencuadró como algo normal de la adolescencia.

Agustín relató una historia de su infancia cuando sus padres murieron y comentó que siempre se tiene mas apego hacia la madre que al padre. Él lloró en la muerte de su madre pero en la de su padre no. Se le mencionó la alternativa de cambiar la historia; él podría tener una relación mas cercana con sus hijos.

Se les sugirió no rigidizarse en una posición dentro de la familia, sino que puedan cambiar de sitio ya que también las situaciones van cambiando.

Finalmente cada uno retroalimentó la terapia. A cada miembro se le dio un cristal en forma de gota como metáfora de lo que cada uno es y lo que pueden brindar a los demás.

j) Logros

- Said fue desetiquetado como paciente identificado.
- Rebeca delegó funciones en sus hijos y así pudo tener mas tiempo para ella.
- Cada uno de los miembros se comprometió a hacer cosas diferentes y asumieron su responsabilidad.
- Se creo un clima familiar con mayor apertura y aceptación a las diferencias personales.
- Agustín se involucró mas en los sucesos familiares.



CAPITULO 3

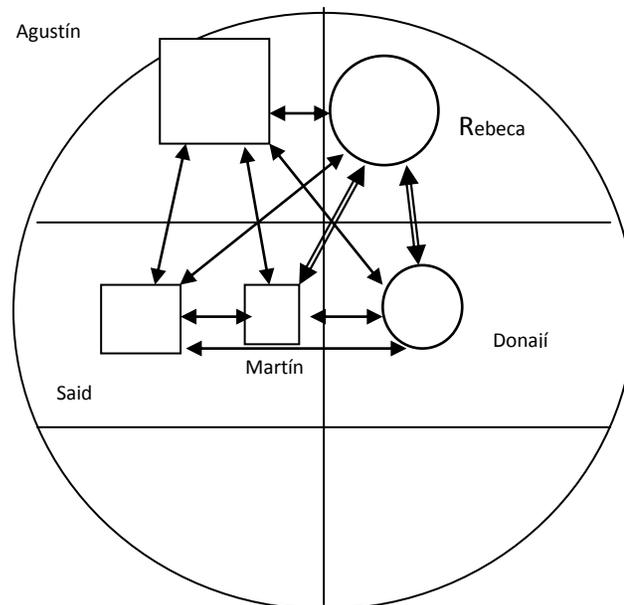
- A Martín se le incluyó en los temas familiares y se le dejó de ver como un niño al cual proteger.
- Cada uno de los miembros expresó sus necesidades afectivas y los lazos familiares se fortalecieron.
- La comunicación dentro de la familia fue mas satisfactoria entre los miembros de la familia.
- Se fortalecieron los subsistemas.

k) Conclusiones

La familia reorganizó la posición de cada miembro en la familia; Saíd dejó de fungir como paciente identificado. Cada miembro de la familia asumió la corresponsabilidad para la solución de conflictos y búsqueda del diálogo y convivencia.

Se destacaron los puntos fuertes de la familia y se reforzaron las ideas para el cambio propuestas por los miembros de la familia.

Esquema dinámico sistémico estructural final





1.5 Análisis y discusión teórico-metodológica de la intervención clínica.

El caso fue abordado desde el modelo dinámico sistémico integrativo propuesto por el Dr. Raymundo Macías Avilés. También se emplearon algunas técnicas del modelo de soluciones y el equipo reflexivo en una sesión.

La familia conformada por Rebeca, Agustín, Said, Donaji y Martín se daba cuenta de la búsqueda de satisfacer sus **necesidades más específicamente humanas**. Entre ellas se encuentran las de relación-vinculación y aceptación-pertenencia.

Todos los miembros de la familia buscaban ser escuchados y aceptados. Por ejemplo el subsistema fraterno quería ser aceptado por el subsistema parental como personas con diferentes formas de pensar, sentir y vivir experiencias. Cada uno tenía una construcción de realidad diferente; el problema era cuando un miembro buscaba que el otro viera su realidad desde la propia.

En cuanto a las funciones psicosociales de la familia, es decir, los roles de **paternaje y maternaje** Agustín cumple con funciones de proveedor, organización e implantación de normatividad.

Rebeca también cumple con la función de paternaje al ser proveedora económica. Busca satisfacer las funciones de maternaje relacionadas con la nutrición y protección, vinculación y fomento a la autoestima de sus hijos.

Ambos padres cumplen funciones de maternaje al vincularse con sus hijos y brindarles un medio donde se sientan seguros, sin embargo faltaba la aceptación de diferencias y escucharse uno al otro.

Las funciones familiares van variando conforme la evolución del **ciclo vital de la familia**. En este caso, se encuentran en la etapa de desarrollo; Martín en la pubertad, Said y Donaji en la juventud.

De acuerdo a las **áreas de proyecto de vida** cada uno de los miembros está activo en el área ocupacional y realización personal. Un proyecto de vida está conformado por una parte individual y otra interpersonal.

Uno de los problemas centrales era el incumplimiento de expectativas escolares por parte de Said hacia Agustín y Rebeca. El área de relaciones familiares y sociales fue el motivo de consulta aunque inicialmente Said era el paciente identificado.

En cuanto al área recreativa y de tiempo libre cada miembro disfruta de sus actividades, sobre todo el subsistema fraterno. Debido al ritmo de vida, Rebeca y Agustín en ocasiones no tienen tiempo para descansar. En la terapia se buscó tener más actividades recreativas y de descanso tanto en el ámbito individual y familiar.



CAPITULO 3

Este **tipo de problema** pertenece a la categoría de los detectados tardíamente, sin embargo, se puede manejar adecuadamente. Había malestar respecto a la comunicación y demostración de afecto; Saíd respondía con un contrareproche y la situación permanecía en conflicto.

Todos los miembros llegaron a la idea de que buscaban ser escuchados, aceptados con sus diferencias y validados por los otros.

Agustín deseaba que sus hijos comprendieran su experiencia de niño y al platicárserlos buscaba acercarse a ellos. Pero se encontraban predispuestos a terminar discutiendo por diferencia de opiniones.

Se quedaban atrapados en cuestiones como: el pasado de cada uno y lo no recibido del otro, el diagnóstico de Saíd como una persona con trastorno depresivo y ansiedad. De esta forma la homeostasis del sistema continuaba.

Este conflicto es a **nivel interpersonal** por lo que en la psicoterapia se trabajó desde esta óptica. Una de las soluciones llevadas a cabo por los miembros de la familia fue hablar en primera persona, acerca de su sentir y en su relación con otro miembro.

También la familia propuso buscar espacios para convivir y hacer algunos cambios por ejemplo saludándose de beso cuando llegan o se van a sus actividades.

La situación cambió cuando Saíd dejó de fungir como paciente identificado, la familia vio que la necesidad de convivencia era de todos los miembros.

Con los cambios realizados por la familia, el área de significados trascendentes se vio favorecida.

Al concluir la terapia los pacientes crearon un **contrato relacional**, esto es cada uno hizo explícito lo que estaba dispuesto a asumir y esperaba que asumiera el otro, sobre el conjunto de beneficios/derechos y responsabilidades/obligaciones, que cada uno espera tener en su relación interpersonal con alguien significativo.

La recursividad cambió de negativa a positiva. La negativa se manifestaba con la predisposición de que acabarían discutiendo lo cual era reforzado negativamente y el conflicto entre los miembros continuaba. Esto generaba molestia y las necesidades no eran satisfechas por ninguna de las dos partes.

Al finalizar la terapia la recursividad era positiva, es decir, los miembros de la familia buscaban dialogar, empezaron a expresar sus necesidades al otro y éste retroalimentaba al primero. El sentimiento era de bienestar y con retroalimentación positiva.



1.6 Análisis y discusión de un tema, caso de familia, o modelo terapéutico.

Una familia es un grupo de convivencia, de adscripción natural y/o pertenencia primaria, con o sin lazos de consanguinidad, en el que se comparte la escasez o abundancia de recursos de subsistencia y servicios, generalmente bajo el mismo techo, que constituye la unidad básica de producción de bienes, y que incluye 2 o más generaciones al menos en alguna etapa de su ciclo vital, que permite la subsistencia de sus miembros y facilita o no el desarrollo de sus potencialidades (Macías, 2006).

Cada ser humano tiene una serie de necesidades que se dividen en dos grandes grupos las cuales van desde las más básicas hasta las más desarrolladas o evolucionadas:

- a) Necesidades Biológicas de Subsistencia, tanto a nivel individual como de la especie. Se derivan los impulsos y tendencias instintivas tanto de conservación como sexuales.
- b) Necesidades más específicamente humanas, las cuales no son exclusivas o privativas del hombre, aunque en él alcanzan un mayor desarrollo. Estas se dividen en:
 - Necesidades de relación-vinculación
 - Necesidades de aceptación-pertenencia
 - Necesidades de identidad-individualidad
 - Necesidades de marco de referencia-sistema de creencias y de valores
 - Necesidades de significado-trascendencia (Fromm y Macías, 2006).

De aquí se desprenden las funciones psicosociales de la familia las cuales son:

1. Provee satisfacción a las necesidades biológicas de subsistencia.
2. Constituye la matriz emocional de las relaciones afectivas interpersonales.
3. Facilita el desarrollo de la identidad individual, ligada a la identidad familiar.
4. Provee los primeros modelos de identificación psicosexual.
5. Inicia el entrenamiento de los roles sociales.
6. Educa, estimulando o no el aprendizaje y la creatividad.
7. Trasmite valores, ideología y cultura (N.Ackerman, N, Macías R., 2006).

Aunque algunas funciones fuesen más connaturales para ser realizadas por la madre, dada su condición bio-psico-social, se les conoce como funciones de maternaje, en tanto que otro grupo de ellas, son las funciones de paternaje, no del padre. No son privativas de ninguno de ellos y se pueden complementarse en forma recíproca, integrativa y congruente por ambos, o bien por algunos otros miembros del sistema familiar o por figuras sustitutas ante la ausencia de alguno de ellos.

Si estas funciones se cumplen satisfactoriamente se puede generar un clima predominante de bienestar y armonía familiar, de no ser así la familia podría ser



CAPITULO 3

disfuncional en una situación de malestar, disarmonía y conflictiva relacional de mayor o menor grado.

A continuación se presenta un cuadro de las funciones de maternaje y paternaje:

BUEN MATERNAJE	BUEN PATERNAJE
Vinculación Nutrición y protección Aceptación incondicional Confianza básica Autoestima Seguridad afectiva	Provisión Aceptación condicional Estímulo Orientación Normatividad Orden Responsabilidad Trabajo

(Macías, R. 2006)

El proceso de maduración y desarrollo del ser humano implica a su vez dos procesos, que aunque aparentan ser contrapuestos, son complementarios e integrativos: el de socialización, que está ligado a los primeros conjuntos de necesidades más específicamente humanas y el proceso de individuación, ligado a los conjuntos posteriores. El primero tiene como valor primordial la solidaridad y el segundo la autonomía (Fromm y Macías, 2006).

1.7 Tema en común de ambos casos; la negociación y los axiomas de la comunicación humana.

En el primer caso, los pacientes acudieron al Centro buscando herramientas para tener mayor confianza y comunicación. Para lograr esto la pareja hizo evidente que es imposible no comunicarse. Ambos comenzaron a poner atención en lo que le transmitían al otro por medio de la comunicación analógica y digital. Se dieron cuenta que el silencio también dice algo, por ejemplo, molestia, atención, etc. Esto les ayudó a modificar la interpretación de cada uno sobre la puntuación de secuencia de hechos y también cada uno se hizo responsable de sus actos. La pareja se metacomunicó.

La relación de ambos es complementaria y acorde a esto Emilia tenía un estilo prevalente de negociación conocido como acomodación, es decir, aceptaba todo lo que Esteban decía.

Al metacomunicarse pudieron comenzar a negociar desde otra posición, es decir, desde un estilo de colaboración –equidad. Los temas sobre los que negociaron



CAPITULO 3

fueron los relacionados con ellos como pareja, padres y personas. Esto los hizo sentirse mas satisfechos con la relación.

En el segundo caso, cada miembro de la familia llegó con una interpretación de la puntuación de la secuencia de hechos que no les permitía metacomunicarse; estaban a la defensiva y predispuestos a terminar discutiendo.

Se buscó hablar de sus necesidades por medio de ejercicios, como el de la comunicación estructurada, de esta manera se expresaron, escucharon y retroalimentaron.

Los miembros de la familia empleaban varios estilos de negociación, por ejemplo muchas veces Martín evitaba la negociación. Los demás miembros usaban el estilo de contienda, buscando tener la razón y ser los poseedores de la “verdad”.

Posteriormente aceptaron que no hay “una sola verdad” y cada quien tiene una interpretación de los sucesos. Los miembros de la familia buscaron metacomunicarse en el aspecto relacional y verbal. De esta manera comenzaron a hacer cambios; buscaron momentos para convivir y aceptaron sus diferencias.

Los miembros de la familia empezaron a flexibilizar el estilo de negociación empleado. En ocasiones aun empleaban la evitación o contienda, sin embargo en otros momentos también se guiaron por el estilo de colaboración – equidad.

1.8 Análisis del sistema terapéutico total.

El sistema terapéutico total esta conformado por la familia que acude a psicoterapia, el terapeuta o coterapeutas, el equipo de supervisión y el supervisor.

De acuerdo a la postura de la cibernética de segundo orden y a la postura constructivista, es importante que el terapeuta trabaje conjuntamente con el equipo terapéutico el cual se encuentra detrás del espejo de la Cámara de Gessell. Desde ahí los integrantes del equipo pueden tener una visión desde afuera del sistema formado por terapeuta – familia. Estas observaciones amplían el margen del espacio terapéutico y con ello el proceso resulta mas enriquecedor.

Durante la residencia todos fungimos varias veces como observadores, terapeuta o coterapeuta. La forma de trabajo variaba según los diferentes modelos revisados y las supervisiones, así la experiencia fue integral. Algunas dieron espacio para revisar la parte personal del terapeuta lo cual fue importante para el proceso terapéutico.



CAPITULO 3

Un aspecto fundamental referente a los comentarios del equipo fue el constante respeto hacia los terapeutas y la búsqueda de cumplir con el objetivo de la terapia. Esto creó un clima de confianza para comentar el sentir y/o pensar del caso en el aspecto personal y profesional.

Las supervisiones del Centro de Servicios Psicológicos Guillermo Dávila y del Centro Comunitario Julián Mac Gregor fueron en vivo, es decir, antes de pasar a la familia a sesión se tenía una presesión en donde se mencionaban los temas a abordar. Posteriormente, cuando habían pasado alrededor de 45 minutos de sesión, el terapeuta iba con el equipo para recibir las ideas del supervisor y del equipo. Dependiendo de la flexibilidad del supervisor, el terapeuta decidía qué de lo comentado en el equipo le diría a la familia. Ya al finalizar la sesión se tenía una postsesión en donde se analizaba lo ocurrido en sesión y la experiencia de la persona del terapeuta.

En cuanto a la supervisión en el Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro fue narrada y en algunas ocasiones la supervisora tuvo una participación directa en una sesión.

En los casos atendidos la función del equipo fue bastante diferente. En el caso de Emilia y Esteban fuimos tres coterapeutas; dos entraban a sesión y uno era observador. Se realizaba la presesión con las ideas de los coterapeutas y se escuchaban las aportaciones del equipo terapéutico y de la supervisora. Minutos antes de finalizar la sesión se acudía con el equipo. De las sugerencias de éste y de la supervisora los terapeutas decidíamos qué decirle a la pareja. Finalmente en la postsesión se hacía un análisis de lo ocurrido en sesión, tanto a nivel de contenido, proceso y de la persona del terapeuta. Fue una supervisión bastante completa.

En el segundo caso la situación fue diferente debido a aspectos físicos del supervisor, entraba conmigo a sesión. Trabajamos como coterapeutas, en donde en ocasiones uno de los dos llevaba la sesión. Generalmente no se hacía un corte para ir con el equipo detrás del espejo y ya al finalizar la sesión, éste comentaba sus observaciones las cuales se tomaban en cuenta para la siguiente sesión. Durante la post sesión el supervisor me brindaba una retroalimentación y también analizábamos la parte personal como terapeuta. Lo cual fue de gran ayuda en varios momentos en los que sentía estancado el caso.



2.HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN.

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

Código de negociación

(anexo 1)

La negociación es una habilidad fundamental, no sólo para la sobrevivencia matrimonial sino para crear una unión estable, duradera y feliz. El noviazgo es la base sobre la cual deben establecerse los cimientos para un futuro matrimonio o unión. Se elaboró un código para medir los estilos de negociación que las parejas utilizan durante el noviazgo. Se utilizaron las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989) que son: colaboración-equidad, acomodación, evitación y contienda (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005). El código de negociación está compuesto por 22 indicadores organizados en 3 factores: colaboración- no acomodación (con 15 indicadores), ventajas y desventajas (con 4 indicadores) y comunicación (con 5 indicadores). Es un estudio cuantitativo, de campo transversal *ex post facto* con una muestra no probabilística de 41 parejas heterosexuales seleccionadas por conveniencia (con edades de 16-40 años) cuya duración mínima del noviazgo es de 1 año. Se determinó la confiabilidad y validez del código. La confiabilidad del código fue medida por el método *test-retest* y la validez de criterio (concurrente) utilizando el Autoinforme de Autoestima (Aladro, 1993 en Aladro, 2005). El código tiene confiabilidad (96% de confiabilidad entre observadores) y validez factorial, sin embargo, se encuentra pendiente la validez de criterio.

La negociación según Munduarte y Martínez, (1999) es una situación en la que dos o más partes interdependientes reconocen divergencias en sus intereses y deciden intentar un acuerdo por medio de la negociación. La esencia de la negociación es que el acuerdo resulta más beneficioso para las partes que una ruptura de las relaciones. Por su parte, Alzate Saénz, (1998) menciona que en la situación de interdependencia cada parte puede influir en la otra y ambos pueden satisfacer sus necesidades e intereses sólo si toman en cuenta a la otra parte.

Bellanger, (1984) en Munduarte y Martínez, (1999) define la **negociación** como una “confrontación entre protagonistas estrecha y fuertemente interdependientes, ligados por una cierta relación de poder, y presentando una mínima voluntad de llegar a un acuerdo y de reducir las diferencias para lograr una solución aceptable en función de sus objetivos y del margen de maniobra que se hubiesen otorgado”.



CAPITULO 3

La negociación sólo es posible cuando las partes tienen similar poder de negociación. El cual está determinado por los riesgos a que la otra parte se vería expuesta si no acepta un acuerdo e indirectamente determinado por los riesgos a que la otra parte se expone si acepta las condiciones que se le imponen (Casado y Pérez-Yruela, 1975).

El deseo de las partes de llegar a un acuerdo es una condición imprescindible para el desarrollo del proceso de negociación. Las partes deben estar dispuestas a moverse, abandonando sus posturas iniciales en proceso hacia la sinergia: “la negociación es un proceso en el que se toma una decisión conjunta por dos o más partes. Las partes verbalizan en primer lugar sus demandas contradictorias, moviéndose posteriormente hacia el acuerdo mediante un proceso de realización de concesiones o búsqueda de nuevas alternativas” (Pruitt, 1981 en Munduarte y Martínez, 1999).

Cuando hablamos de negociación, también tenemos que hablar de **conflicto**. Etimológicamente, la palabra conflicto significa *choque*. Cuando el conflicto es manejado **negativamente** existe una lucha de contrarios, en un clima de destructividad, que pasa por las etapas de enfrentamiento, desgaste y aniquilamiento; el resultado de tal negociación será la tensión, la frustración, la agresión y la destrucción. En cambio, cuando el conflicto es manejado **positivamente** existirá una conciliación de puntos de vista diferentes en un clima de creatividad, con la apertura para investigar nuevas formas de solución; tenemos las etapas de encuentro, identificación y unificación; los resultados serán el enriquecimiento y la evolución.

Se dice que un conflicto es negociable, en la medida en que ambas partes (o al menos una) tenga la habilidad para el diálogo (Rodríguez y Ramos, 1988).

Lussier y Achua, (2002) mencionan 3 fases dentro del proceso de negociación, que de una u otra forma tienen que ver con las mencionadas por Rodríguez y Ramos:

1. **El plan:** el éxito o el fracaso en una negociación a menudo se basa en la preparación. Dentro de éste punto es necesario cubrir con lo siguiente: a) Investigar a la (s) otra (s) parte(s): averiguar qué desea la otra parte y qué estará o no dispuesta a ceder. b) Fijar objetivos: qué puede esperar. Fijar un límite bajo, un objetivo y una meta. c) Dar opciones: proponer nuevas alternativas. d) Prevenirse ante posibles preguntas y objeciones y preparar las respuestas: se necesita estar preparado para las preguntas que se hagan y se recomienda utilizar el “nosotros” en vez del “yo”.
2. **Negociación:** se debe tomar en cuenta lo siguiente: a) Establecer una buena comunicación y concentrarse en los obstáculos, no en la persona: no atacar nunca la personalidad del otro ni hacerlo sentir mal con frases negativas. b) Dejar que la otra parte dé la primera propuesta: esto proporciona la ventaja de que si la otra persona ofrece una alternativa mejor a la de la otra parte se habrá obtenido ganancia. Si todo funciona bien hasta aquí se procede a cerrar el acuerdo, si no es así se sigue con



los dos incisos siguientes. c) Escuchar y formular preguntas concentrándose en satisfacer las necesidades de la otra parte: generar condiciones para que la otra parte exprese las objeciones que tenga. d) No ceder tan pronto y pedir algo a cambio: quienes piden más obtienen más.

- 3. Aplazamiento:** cuando parezca no haber ningún avance, lo sensato es aplazar las negociaciones.

La negociación es un proceso de comunicación de ida y vuelta, con el propósito de alcanzar una decisión conjunta. La comunicación tiene tres grandes problemas. Primero, puede que los negociadores no se hablen entre sí, o por lo menos no de una forma en que puedan comprenderse. Es frecuente que cada una de las partes se haya rendido a la otra y ya no intente comunicarse seriamente con ella; en lugar de ello, hablan para impresionar a terceros o a sus propios partidarios. Segundo, puede que la otra parte no oiga aunque se les hable directa y claramente. El tercer problema es la mala interpretación (Fisher, Yry y Patton, 1981).

El código de negociación tiene como base las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989). Esta escala incluye cuatro subescalas: colaboración/equidad, acomodación, evitación y contienda, que se explican a continuación (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005):

- **Colaboración-equidad:** los dos miembros de la pareja resultan ganadores porque hay una preocupación tanto por sí mismo como por el otro. Mediante la integración de las necesidades mutuas llegan a una solución; un acuerdo mutuo en el que no sólo se cede la mitad sino creando una solución novedosa y conjunta.
- **Acomodación:** aquí existe una preocupación mayor por el otro que por sí mismo. Se sacrifican las propias metas para satisfacer las necesidades del otro. De esta forma, el otro alcanza sus propios beneficios a expensas de quien se acomoda.
- **Evitación:** ninguna de las dos partes se preocupa, por lo que el problema queda sin resolver o en dado caso alguna de las dos partes toma la responsabilidad en la solución de éste.
- **Contienda:** existe una preocupación alta por sí mismo más no por el otro. El primero procura maximizar sus beneficios mientras que provoca altos costos para el otro. Hay una lucha por ganar o perder, se trata de usar cualquier medio para defender o ganar una posición que se considere la correcta.

1. Tipo de estudio

Es un estudio de campo transversal *expost facto*.



CAPITULO 3

2. Participantes

El código de negociación contó con una muestra no probabilística de 41 parejas seleccionadas por conveniencia con un tiempo mínimo de relación de 1 año en su mayoría, sus edades oscilaban ente 16 y 40 años. Su grado de escolaridad fue licenciatura (estudiantes o egresados).

3. Aparatos o materiales

Se utilizó un código de negociación diseñado para la investigación, que consta de 3 dimensiones, con 22 indicadores. Las dimensiones son:

- Colaboración – no acomodación. Conformado por 13 indicadores.
- Ventajas y desventajas. Compuesto por 4 indicadores.
- Comunicación. Cuenta con 5 indicadores.

4. Procedimiento

Se le dio a la pareja las siguientes indicaciones: “necesitamos que planeen las actividades que harán su siguiente fin de semana, que definan la hora, el lugar, dónde van a verse y qué van a hacer. Si no acostumbran verse el fin de semana pueden planear su siguiente cita en los días que acostumbran. La duración aproximada del diálogo será como máximo 10 minutos. Nosotras solamente vamos a observarlos, adelante”.

Posteriormente las observadoras registraron en el código las conductas observadas.

A continuación se dará un resumen del análisis del código.

Para que el código de negociación tuviera validez y confiabilidad se hizo un **piloteo** con el código inicial.

Posteriormente siguió la fase de **comprensión** del código de negociación. En la etapa de **validez de facie**, se pretendía encontrar un acuerdo del 80% de acierto. En la dimensión de colaboración-equidad quedaron 17 reactivos, en acomodación 9 reactivos, en evitación 15 reactivos, y en la dimensión de contienda se obtuvieron 8 reactivos.

Se procedió a hacer el análisis de la **calidad discriminatoria** de los indicadores del código de negociación, asimismo se aplicó un **análisis factorial**.

Con respecto a la **confiabilidad por test-retest**, de las 41 parejas que participaron en el estudio se observa que 20 de ellas cuentan con un 100% de confiabilidad entre observadores

Puede decirse que el código de negociación tiene una confiabilidad adecuada ya que muestra un **96% de confiabilidad** entre observadores.

Con respecto a la **validez de criterio**, con la prueba de autoestima se observa que el código de negociación no tiene **validez concurrente**, lo cual puede deberse a: que el instrumento de autoestima no es sensible para medir la capacidad de negociación, o que las características de la muestra según el autorreporte de autoestima tenían una



autoestima alta en general, lo cual no permitió suficiente variabilidad para que se correlacionara con los factores del código de negociación.

2.2 Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios

Se llevó a cabo una investigación cualitativa donde el objetivo principal fue conocer el estilo de negociación más utilizado en noviazgos universitarios. Para esto se llevaron a cabo entrevistas a profundidad a tres parejas de novios con más de un año de relación. Se utilizaron las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989) que son: colaboración-equidad, acomodación, evitación y contienda (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005).

Se profundizó con preguntas encaminadas a ver la comunicación (verbal y no verbal), el conflicto, la percepción de la relación, acción y plazos, contexto, género y poder.

Rivera y col., (2002) sostienen que la relación de pareja es una magnífica oportunidad de hacer y manifestar poder, real y conocido.

Una tipología del poder propuesta por Shimanovich, (1984) quien retoma la propuesta de Rollo May (1972, en Rivera y col. 2002), sobre los tipos de poder son:

- **Explotador:** es cuando una persona somete a otra para su propio beneficio.
- **Manipulador:** es aquel que pudo ser originalmente inducido o provocado por el que se somete debido a su propia desesperación y angustia.
- **Competitivo:** es cuando se compete por el poder. Adopta una forma positiva cuando da vitalidad y estimula las relaciones humanas y será negativo cuando una persona adquiera poder no por sus propios méritos y logros sino aprovechando la caída del contrincante.
- **Nutrientes:** cuando el poder se ejerce para satisfacer las necesidades del otro y no las propias.
- **Integrativo:** el poder de uno, apoya y favorece el poder del otro.

Existen varios criterios que permiten ejercer cada base de poder a diferentes niveles o grados (Safilios-Rothschild, 1990):

1. **Nivel de instrumentación o de establecimiento de reglas:** las decisiones son tomadas en función de la persona a quien se va a invertir con determinado tipo de poder.
2. **Nivel de toma de decisiones:** se toma y verbaliza una decisión particular por un miembro de la pareja y aparentemente es aceptada por el otro.
3. **Nivel de realización de la decisión:** una decisión se lleva a cabo después de que se ha decidido un problema en particular.



CAPITULO 3

Se realizaron **entrevistas a profundidad** a parejas de novios (cada uno por separado) que llevaran por lo menos un año de relación.

Este método permitió establecer un contacto cara a cara con las personas entrevistadas, así se comprende la perspectiva de los informantes respecto del tema negociación tal como lo expresan desde sus propias palabras.

Kvale, (1996 en Morales y García, 2004) define a la entrevista de investigación cualitativa como: “Un lugar donde se construye el conocimiento. Una entrevista es literalmente una entrevista, un inter-cambio de visiones entre dos personas conversando acerca de un tema de interés mutuo. Su propósito es obtener descripciones de la experiencia del mundo del entrevistado con respecto a la interpretación del significado del fenómeno descrito”.

Los **participantes** fueron parejas heterosexuales, cuyo grado de escolaridad era de licenciatura. La entrevista fue dirigida a tres parejas heterosexuales.

El universo de donde fue tomada la muestra de las mujeres es de la población de los alumnos de la Facultad de Psicología (Ciudad Universitaria) de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La **hipótesis de investigación** fue que el tipo de negociación más utilizado en noviazgos universitarios sería el de colaboración – equidad. Esta hipótesis se basó en que durante los primeros meses de noviazgo la pareja puede complacerse uno a otro, dejando un poco al lado los propios deseos en aspectos cotidianos como la película que van a ver o el lugar a donde van a ir el fin de semana. Sin embargo, se cree que para decisiones importantes que implican aspectos como la sexualidad, el compromiso, etc., el comportamiento en cuanto a la negociación será en la que ambos expongan sus puntos de vista y tengan un trato igualitario; es decir, una negociación colaborativa – equidad.

Conclusiones

En las tres parejas que se entrevistaron (ver guía de entrevista en el anexo 2) se encontraron aspectos muy relevantes, que además se repiten; lo cual hace pensar que son un punto a reflexionar.

- **Negociación es superficial o no existe al inicio de la relación de noviazgo**

Las tres parejas coincidieron en que al iniciar su relación no tenían la suficiente confianza para expresarle al otro lo que pensaban o incluso preguntarle su opinión; tendían a acceder a lo que uno de ellos deseaba. Posteriormente hubo un evento que cambió las circunstancias, por ejemplo cuando una de las parejas terminó por tercera ocasión la confianza aumentó, lo cual les permitió a cada uno expresar su punto de vista y hacer negociaciones.



- **Negociaciones a corto plazo son más comunes que a largo plazo**

Las tres parejas tienen más facilidad para negociar aspectos a corto plazo, pues lo referente a lo inmediato en ocasiones no se negocia pues se da por hecho (por ejemplo a qué hora se van a ver o dónde).

Cuando se habla de decisiones en un periodo corto de tiempo la pareja suele platicarlo y llegar a una conclusión concreta, no así cuando se trata del futuro, pues la una pareja refirió que éste no está escrito y no pueden hacer planes con tanta seguridad.

- **Familias de origen (¿cómo conseguir permiso o cómo influyen los problemas de mi familia en la relación de pareja?)**

Dos parejas constantemente se referían a sus familias cuando hablaban de la toma de decisiones, específicamente al padre de las chicas, pues es quien da el permiso para las salidas; lo cual hacía que sus decisiones como pareja se vieran supeditadas a los permisos.

La tercer pareja no se supeditaban a los permisos de sus padres, lo cual tiene que ver con que ellos son más grandes que las dos primeras parejas. Sin embargo, también podrían influir factores como el tipo de familia a la que cada uno pertenece y cuáles son sus valores, su forma de vida o las relaciones padres-hijos, el subsistema parental, o inclusive podría relacionarse con el género, pues en las dos primeras parejas son las chicas las que tienen dificultades para que les den permiso en casa.

- **Relaciones sexuales**

En este aspecto se encontraron diferentes situaciones. Una pareja no ha tenido relaciones sexuales porque la decisión se ha visto permeada por sus creencias religiosas.

Otra pareja ha decidido esperar principalmente porque ella ha expresado su miedo de quedar embarazada o que le duela; él por su parte ha mostrado comprensión y ambos están de acuerdo en que desean esperar hasta que ambos estén "listos". Cabe mencionar que ninguno de los dos ha tenido relaciones sexuales antes.

Finalmente otra pareja ya ha tenido relaciones sexuales; antes de iniciar su vida sexual ambos decidieron (cada uno por su parte) hacerse la prueba de ELISA y posteriormente decidieron qué método anticonceptivo iban a usar.

- **Posición entre el perdonar y ser orgulloso.**

Dos de las participantes atravesaron por situaciones en las que su pareja hizo algo que las lastimó y enojó. Se han visto entre dos posibles decisiones; seguir con su pareja y perdonar o bien, ser orgullosa (lo que pareciera ser connotado como algo negativo) y terminar la relación.

Ambas optaron por perdonar, lo que también refleja cierta influencia de la cultura en cuanto a que la mujer perdona mas, como si fuera una característica intrínseca en la mujer y que la hace ser mejor persona.



- **Existe un continuum que va de colaboración – equidad, colaboración – acomodación a acomodación.**

En las tres parejas participantes se encontró que cada una de ellas esta en una parte de un continuum, es decir, si estuvieran en una línea una de ellas estaría del lado izquierdo, otra mas al centro y otra al lado derecho.

Una pareja esta en una posición colaborativa-equitativa aunque en ocasiones alguno de ellos se acomode. En otra prevalece también la colaboración-equidad, sin embargo la frecuencia de la acomodación por parte de ella es mas frecuente y al pensar en el futuro, la acomodación incrementaría sustancialmente. Por lo que se le ha nombrado colaboración – acomodación. Finalmente otra pareja tiene algunas características de colaboración-equidad, sin embargo, prevalece la acomodación por parte del hombre.

Se puede decir que la pareja no únicamente tiene un estilo de negociación, aunque sí uno predominante, hay ocasiones en los que negocian con un estilo diferente. Esto es algo benéfico para la relación siempre y cuando no se rigidicen los estilos.

3.HABILIDADES DE ENSEÑANZA Y DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO; ATENCIÓN Y PREVENCIÓN COMUNITARIA.

3.1 Presentación de dos productos tecnológicos.

MANUAL PARA LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO DE NEGOCIACIÓN

El objetivo de la creación de un manual para la aplicación del código de negociación consiste en que los psicólogos tengan una herramienta mas para la evaluación de la pareja.

La **negociación** es una actividad permanente e inherente al ser humano, que se desarrolla en casi todas las actividades de su vida. Se negocia en la familia y dentro de ella se dan otras distintas entre la pareja y en relación con los hijos (Rodríguez y Ramos, 1988). Lussier y Achua, (2002) mencionan que la **negociación** es un proceso en el que dos o más partes en conflicto tratan de llegar a un acuerdo.

El código de negociación tiene como base las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco,1989). Esta escala incluye cuatro subescalas: colaboración/equidad, acomodación, evitación y contienda, que se explican a continuación (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005):

- **Colaboración-equidad:** los dos miembros de la pareja resultan ganadores porque hay una preocupación tanto por sí mismo como por el otro. Mediante la



CAPITULO 3

integración de las necesidades mutuas llegan a una solución; un acuerdo mutuo en el que no sólo se cede la mitad sino creando una solución novedosa y conjunta.

- **Acomodación:** aquí existe una preocupación mayor por el otro que por sí mismo. Se sacrifican las propias metas para satisfacer las necesidades del otro. De esta forma, el otro alcanza sus propios beneficios a expensas de quien se acomoda.
- **Evitación:** ninguna de las dos partes se preocupa, por lo que el problema queda sin resolver o en dado caso alguna de las dos partes toma la responsabilidad en la solución de éste.
- **Contienda:** existe una preocupación alta por sí mismo más no por el otro. El primero procura maximizar sus beneficios mientras que provoca altos costos para el otro. Hay una lucha por ganar o perder, se trata de usar cualquier medio para defender o ganar una posición que se considere la correcta.

I. FACTORES QUE COMPONEN EL CÓDIGO DE NEGOCIACIÓN

El código de negociación se compone de 22 indicadores de los que se obtuvieron 3 factores, que a continuación se describen (ver anexo 1):

- **Factor 1 Colaboración – no acomodación:** se tienen 13 que incluyen 7 indicadores de la dimensión colaboración-equidad (1 - 7), además hay 6 indicadores de la dimensión acomodación (8 - 13). Este factor es un continuum donde la acomodación es el lado negativo de la negociación y la colaboración – equidad el lado positivo. El porcentaje de varianza que explica este factor es de 26.707.
- **Factor 2 Ventajas y desventajas:** consta de 4 indicadores, dos para la dimensión de evitación (14 y 15) y dos más para la dimensión colaboración – equidad (16 y 17) creando un continuum donde la evitación es el lado negativo y la colaboración – equidad el positivo. Este factor explica el 14.248 por ciento de varianza.
- **Factor 3 Comunicación:** se encontraron 5 indicadores, con respecto a la dimensión de acomodación se tiene el indicador 18, con respecto a colaboración – equidad se encontraron los indicadores 19 al 21 y finalmente la dimensión evitación en el indicador 22. Este factor está relacionado con la expresión de desacuerdo en la pareja teniendo los indicadores de colaboración – equidad como negativos y los de evitación y el de acomodación como positivos. Este último factor explica el 11.506 por ciento de varianza.

II. APLICACIÓN

Materiales:

- hoja de registro (ver anexo 1)



- un lápiz con goma

Instrucciones:

Se le dará a la pareja las siguientes indicaciones: “Necesitamos que planeen las actividades que harán su siguiente fin de semana, que definan la hora, el lugar, dónde van a verse y qué van a hacer. Si no acostumbran verse el fin de semana pueden planear su siguiente cita en los días que acostumbran. La duración aproximada del diálogo será como máximo 10 minutos. Nosotras solamente vamos a observarlos, adelante”.

Posteriormente el observador registrará en el código las conductas observadas.

III. CALIFICACIÓN

Una vez registradas las conductas en el código de negociación se procederá a calificarlo tomando cada uno de los indicadores con un valor de uno y haciendo una sumatoria para cada uno de los factores. Aquellas parejas que presentan problemas en sus habilidades para negociar son aquellas que presentan la calificación señalada de acuerdo a los puntos de corte presentados en la siguiente tabla. Por ejemplo, si una pareja obtiene una calificación menor a 2 en el factor 1 Colaboración – no acomodación, eso indicaría que presenta problemas en sus habilidades para negociar puesto que uno de ellos se acomoda.

Tabla 1: Puntos de corte para los factores del código de negociación.

FACTOR	PUNTO DE CORTE
Factor 1 Colaboración - no acomodación	Calificación menor a 2
Factor 2 Ventajas y desventajas	Presenta efecto de piso*
Factor 3 Comunicación	Presenta efecto de piso*
Total	*

*El factor 2 y 3 tienen efecto de piso, ya que de acuerdo a la muestra en que se aplicó el código estos factores no resultaron lo suficientemente sensibles para medir lo que pretenden, por lo que requieren de mayor investigación.



DIAGNÓSTICO FAMILIAR USANDO COMO HERRAMIENTAS:

- **Esquema de Evaluación Familiar**
- **Modelo Mc Master De Evaluación Familiar y**
- **Modelo Triaxial de la Familia**

Se conformó este diagnóstico familiar con el objetivo de que los psicólogos tengan una herramienta accesible e integral por medio de la cual tengan una noción de la familia a la que atenderán.

El **esquema de evaluación familiar** fue desarrollado por el Dr. Raymundo Macías Avilés. Es una herramienta bastante útil ya que en el diagrama se muestran los aspectos más importantes de la estructura familiar; sus límites, relaciones, nivel de significancia e involucración así como la jerarquía que cada miembro de la familia ocupa (Macías, 2006).

Utilizar el Esquema de Evaluación Familiar permite tener un análisis más completo de la familia en un solo esquema, pues a diferencia del genograma de Mc Goldrick y del Mapa Estructural de Minuchin; el Esquema de Evaluación Familiar permite graficar la involucración que tiene determinado miembro de la familia, asimismo, es posible observar quién tiene mayor o menor jerarquía, además de permitir plasmar la significancia de los miembros de la familia. Debido a lo anterior, el Esquema de Evaluación Familiar resulta una herramienta útil para el diagnóstico familiar más completo.

Las desventajas que podría implicar utilizar el Esquema de Evaluación Familiar, sería la dificultad de dibujar a una familia con gran cantidad de miembros o en cuyo análisis se requiriera más de cuatro, cinco o más generaciones; pues al ser tantos símbolos se correría el peligro de hacer el esquema más complejo visualmente.

El modelo **Mc Master de evaluación familiar** fue desarrollado por **Epstein N. Baldwin**, (1983) en la Universidad Mc Master. Este modelo se enfoca en los aspectos intrapsíquicos para aplicarlos en el aquí y ahora. Así mismo, enfatiza consecuencias mayores en la salud física y emocional de los miembros de la familia que van desde el “mas adecuado” hasta “el menos adecuado”.

La función primordial de la familia es mantener el equilibrio de sus miembros en tres niveles: psicológico, biológico y social. La familia enfrenta problemas en tres áreas:

1. **Área de necesidades básicas:** la familia debe proveer alimentación, habitación, etc.
2. **Área de desarrollo:** diferentes estadios como matrimonio, embarazo, etc.
3. **Área de obstáculos:** crisis relacionadas con accidentes, muertes, enfermedades, etc.

La familia que no puede desarrollarse en éstas tres áreas enfrenta problemas.



CAPITULO 3

La utilización del Modelo Mc Master como herramienta para el diagnóstico familiar tiene como ventaja poder analizar de una sola vez cuál es la capacidad que tiene la familia para resolver sus problemas (ya sean instrumentales o afectivos), así como definir cómo es el tipo de comunicación que la familia suele utilizar. Asimismo, permite saber cómo son los roles en diversas áreas y qué tanto la familia responde con el sentimiento adecuado ante los problemas que se les presentan. Permite además saber cómo es el involucramiento afectivo de la familia y finalmente cómo es que la familia impone sus reglas en diferentes áreas.

Las desventajas del Modelo Mc Master es que no puede utilizarse del todo desde la primera sesión, pues se requiere mayor número de sesiones para averiguar todos los puntos que este modelo requiere.

El **Modelo Triaxial** fue desarrollado por **Wen – Shing Tseng** y **John F. McDermott Jr.** Presupone un conocimiento de la psiquiatría infantil, la cual considera a la familia no solo como un agregado de individuos relacionados y separados a la vez, sino como la matriz de un grupo especial con una liga para vivir juntos y con el potencial para desarrollarse, crecer y contraerse. La familia está involucrada en funciones de comunicación, división de roles y transacciones.

Tseng y colaboradores propusieron un sistema de diagnóstico y clasificación basado en: la historia del desarrollo familiar, el estado mental “presente” de la familia y el resultado de la separación de un paciente infantil identificando el estado de la familia.

El **modelo triaxial de la familia** está compuesto por tres ejes: en el primero hay aspectos del desarrollo de la familia (dimensiones históricas o longitudinales). El segundo eje se centra en los subsistemas, y sus problemas. El tercer eje se enfoca a la familia como matriz e intenta categorizar a la disfunción familiar a través de la dimensión visual.

El Modelo Triaxial ayuda a comprender la patología desde un enfoque multidimensional. Con este modelo se puede hacer énfasis en un miembro individual, en un subsistema o en la familia como grupo. La familia es entendida como una organización dinámica (que crece y cambia) por lo que no puede admitir una etiqueta diagnóstica fija.

El Modelo Triaxial tiene la ventaja de ser una herramienta diagnóstica que ubica en tres áreas las disfunciones de la familia: en el desarrollo, en los subsistemas y en la familia como sistema. Como se puede observar el Modelo Triaxial permite ahondar en el desarrollo de la familia, de acuerdo al ciclo vital que estén viviendo, asimismo, permite saber qué tipo de complicaciones ha presentado la familia a lo largo de su desarrollo, es decir, si ha habido separaciones o divorcios, por ejemplo. Otra ventaja que representa la utilización del Modelo Triaxial es tener información precisa acerca del subsistema conyugal, padre-hijos y fraterno; tomando en cuenta en cada uno qué tipo de disfunciones los aquejan.



3.3 Programa de intervención comunitaria.

TALLER: ¿NEGOCIAR, TERMINAR, AGUANTAR O EVITAR?

Justificación

La **negociación** es una actividad permanente e inherente al ser humano, que se desarrolla en casi todas las actividades de su vida. Lussier y Achua, (2002) mencionan que la **negociación** es un proceso en el que dos o más partes en conflicto tratan de llegar a un acuerdo.

Como terapeuta es común encontrar que las problemáticas de pareja pudieron haberse trabajado en su momento como manera de prevención de futuros conflictos, por lo que es importante que cuando se establece una relación de pareja, los integrantes de ésta cuenten con herramientas que les permitan tener una relación satisfactoria para ambos, tal es el caso de la negociación.

Con la experiencia adquirida a partir de las investigaciones con enfoque cuantitativo y cualitativo tituladas “Código de negociación en el noviazgo” (Toiber y Trejo, 2007) y “Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios” (Toiber y Trejo, 2007) respectivamente, fue que se vio la mayor necesidad de crear un taller en donde las personas pudieran conocer mas acerca de la negociación que llevan a cabo con sus parejas (ya sea en sus relaciones presentes o pasadas) y sobre todo que reflexionen qué tan satisfactorio y funcional les está resultando.

Resumen

En las investigaciones antes mencionadas, así como en este taller se tomaron en cuenta las dimensiones del Inventario de Estilos de Negociación (Levinger y Pietromonaco, 1989). Esta escala incluye cuatro subescalas: colaboración/equidad, acomodación, evitación y contienda, que se explican a continuación (Flores, Díaz, Rivera, y Chi, 2005):

- **Colaboración-equidad:** los dos miembros de la pareja resultan ganadores porque hay una preocupación tanto por sí mismo como por el otro.
- **Acomodación:** aquí existe una preocupación mayor por el otro que por sí mismo.
- **Evitación:** ninguna de las dos partes se preocupa.
- **Contienda:** existe una preocupación alta por sí mismo más no por el otro. Hay una lucha por ganar o perder.



CAPITULO 3

Es importante decir que en la negociación se encuentra inmersos otros, temas como comunicación (verbal y no verbal), conflicto, percepción, acción y plazos y contexto; por lo que este taller pretende abordar dichas temáticas.

Rage, (1999) menciona que la **comunicación** es muy importante en una relación de pareja. Cuando dos o más personas están hablando, hay por lo general dos niveles de comunicación:

1. Lo que se transmite por el intercambio verbal (el contenido).
2. Una serie de mensajes distintos que se transmiten de modos diferentes (velocidad, tono, intensidad).

Asimismo, es importante hablar de **conflicto**, que etimológicamente significa *choque*. Cuando el conflicto es manejado negativamente existe una lucha de contrarios, en un clima de destructividad, que pasa por las etapas de enfrentamiento, desgaste y aniquilamiento; el resultado de tal negociación será la tensión, la frustración, la agresión y la destrucción. En cambio, cuando el conflicto es manejado positivamente existirá una conciliación de puntos de vista diferentes en un clima de creatividad, con la apertura para investigar nuevas formas de solución. Las etapas que conforman este tipo de solución son el encuentro, la identificación y la unificación; los resultados serán el enriquecimiento y la evolución (Rodríguez y Ramos, 1988).

Así también la **percepción** tiene que ver con la negociación, pues influye en la manera como vemos al otro y éste nos percibe a nosotros mismos. La **acción y plazos** tiene que ver con el tiempo que la pareja se da para tomar una decisión y si esta se lleva a cabo o no, ya sea a corto, mediano o largo plazo. Finalmente el **contexto** es un aspecto en el que inevitablemente estamos envueltos y tiene mucho que ver con creencias, estereotipos, la cultura, lo que hemos aprendido de ésta y de nuestra familia, etc.

En base al marco teórico de referencia se diseñó un taller compuesto por 5 sesiones (ver anexo 3), en cada una de las cuales se distribuyeron los aspectos que se relacionan con la negociación, además de hacer énfasis en un estilo particular de ésta. A continuación se resume por medio de un cuadro el contenido de las sesiones del taller:

S E S I Ó N 1	Comunicación Verbal y Colaboración-Equidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuadre ✓ Presentación ✓ Actividades del tema comunicación verbal y colaboración-equidad. ✓ Retroalimentación general. ✓ Tarea (cuestionario de colaboración-equidad)
-------------------------------------	---	--



CAPITULO 3

S E S I Ó N 2	Comunicación Verbal No Y Colaboración-Equidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retroalimentación e la tarea ✓ Actividades del tema comunicación no verbal y colaboración-equidad. ✓ Retroalimentación general.
S E S I Ó N 3	Conflicto y Contienda	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisión de dudas y reflexiones. ✓ Actividades del tema conflicto y contienda. Retroalimentación de la sesión. ✓ Tarea (cuestionario de contienda)
S E S I Ó N 4	Percepción y Acomodación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retroalimentación de la tarea ✓ Actividades del tema percepción y acomodación. Retroalimentación de la sesión. ✓ Tarea (cuestionario de acomodación)
S E S I Ó N 5	Acción y Plazos, Contexto y Evitación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Retroalimentación de la tarea. ✓ Actividades del tema acción y plazos, contexto y evitación. ✓ Revisión de dudas del cuestionario de evitación. ✓ Cierre del taller. ✓ Entrega de reconocimientos.

Población

Jóvenes universitarios que estén o hayan tenido una relación de noviazgo conflictiva (o inicios del matrimonio) en la que estén buscando ayuda psicológica por ese motivo.



Resultados

Al finalizar el taller los integrantes mencionaron haber aprendido mucho unos de los demás y de los diversos puntos de vista. Refirieron que las actividades y el clima de confianza les ayudó a compartir momentos importantes de su vida.

Dentro de las herramientas que se llevan para negociar en sus relaciones presentes o futuras están: el punto de vista de la pareja es igual de válido que el propio, tener un adecuado manejo de emociones, conocer el tipo de negociación utilizado en su relación pasada o presente, tener mayor capacidad para solucionar problemas, importancia de escucharse y aprender.

Para las instructoras también resultó muy enriquecedora la experiencia del taller, tanto a nivel profesional como personal. Fue grato poder brindar un espacio con un tema de interés, con actividades que resultaron novedosas y entre todos los miembros (tanto participantes como instructoras) se dio un clima de confidencialidad, respeto, confianza y entrega.

3.4 Reporte de la asistencia a foros académicos y de la presentación del trabajo realizado en foros académicos.

- Asistencia:
 - Asistencia al 25 Aniversario, X Congreso Nacional, 1er. Iberoamericano “Ciencia, Arte y Espiritualidad”. Noviembre de 2006. Acapulco, Guerrero.

- Participación como ponente:
 - Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007). *Código de negociación en el noviazgo*. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Psicología con sede en la Universidad Autónoma de Hidalgo. Pachuca, Hidalgo. Noviembre de 2007.

 - Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007). *Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios*. Trabajo presentado en el Simposium Familia, vida cotidiana y enfermedad durante el V Congreso de Investigación Formativa en homenaje al Dr. Jerome Bruner. México, D.F. Febrero. 2008.

 - Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007). *Engagement Negotiation Code*. Trabajo presentado en el XVI World Family Therapy Congress Transformation and Globalization: Family Therapy in the 21th century. Porto, Portugal. Marzo de 2008.



CAPITULO 3

- Asunción, S. C. G, Carmona, A. M. F y Toiber, R. M. N. (2008). *Una pareja en conflicto logra desterrar al demonio*. Trabajo presentado durante las jornadas clínicas del Centro Comunitario Julián Mac Gregor. México, D.F. Agosto de 2008.
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007). La negociación en la pareja. trabajo presentado en el Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro. México, D.F. Septiembre de 2008.

4.HABILIDADES DE COMPROMISO Y ÉTICA PROFESIONAL

4.1 Discusión e integración de las consideraciones éticas que emerjan de la práctica profesional.

Durante mi estancia en la maestría se atendieron pacientes que acudían con diferentes motivos de consulta, por lo que la terapia podía ser individual, de pareja o familiar. Sin embargo durante este proceso psicoterapéutico –en el que fui terapeuta, coterapeuta o parte del equipo terapéutico- se buscó tener una participación ética en el que los pacientes tuvieran una atención respetuosa y buscando su bienestar.

Cuando cursaba la licenciatura conocí el Código Ético del Psicólogo el cual me permitió tener un acercamiento a los postulados que implica la ética.

Actualmente la Comisión de Honor y Justicia de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar promulgó el Código de Ética AMTF, en donde se tienen como principios éticos los siguientes y se irán ejemplificando con lo que el trabajo realizado durante la maestría:

1.- Responsabilidad con los pacientes. De esta manera se buscó el bienestar de los pacientes. Mediante varias acciones, por ejemplo, evitando que la persona tuviera una relación dependiente con el terapeuta lo cual se logró por medio de un encuadre adecuado. También se respetaron las decisiones que el paciente tomó sin tratar de convencerlo.

Es importante mencionar que la relación terapéutica tuvo como finalidad dar apoyo al paciente, sin buscar el propio beneficio.

La forma de trabajo que tuvimos en el Centro de Servicios Psicológicos y en el Centro Comunitario Mac Gregor, estaba conformado por el terapeuta, un grupo de terapeutas y el supervisor detrás de la cámara de Gessel, por lo que todo esto fue comunicado a los pacientes quienes firmaron un documento en el que estaban de acuerdo y también lo estaban de que se les filmara. Mediante estas acciones se respetó al paciente ya que se le hicieron saber estas características de trabajo antes de la primera sesión.



2. Confidencialidad. Nuestro trabajo como terapeutas debe respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes. En este tiempo que se atendieron pacientes se mantuvo la confidencialidad de los pacientes en todo momento, por ejemplo, al hacer la presentación del caso ante un auditorio, se cambiaron los nombres con la finalidad de conservar el anonimato. Se mantuvo únicamente en el espacio terapéutico lo conversado.

En ocasiones cuando se atendía a una pareja, y se les iba a ver de manera individual se les hizo saber que habría comentarios importantes en beneficio de ellos mismos que se podrían retomar con la pareja, con lo que se evitó caer o mantener secretos perdiendo la neutralidad del proceso.

3. Capacidad e integridad profesional. Una de las formas en que esto se construyó fue mediante el proceso terapéutico que he tenido de manera personal, con lo que ido elaborando las situaciones de manera que no intervengan ni afecten el proceso terapéutico con los pacientes.

Durante la maestría tuvimos una actualización constante, por lo que esto queda como un cimiento importante en el que me comprometo a continuar aprendiendo y renovándome.

4. Responsabilidad con los participantes de investigaciones. Cuando se realizaron las investigaciones tanto mi compañera como yo fuimos cuidadosas para actuar de manera ética desde la elección del tema, la información que se les proporcionó a los participantes, así como la retroalimentación al final de la investigación. También se les hizo saber que en el momento que quisieran podían dejar de participar en el proyecto.

5. Responsabilidad a la profesión. Nuestra participación como terapeutas en los diferentes centros de la UNAM y el Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro no tuvo beneficios económicos. Por lo que es una acción en la que se brindó el servicio de calidad esperando que a los pacientes les resultara beneficioso y se cumplieran sus objetivos terapéuticos.



CAPÍTULO CUATRO

CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencias profesionales adquiridas.

El Programa de la Residencia en Terapia Familiar promueve el desarrollo de diferentes habilidades que son:

- Habilidades teórico conceptuales. Durante estos cuatro semestres de la maestría aprendí de cada modelo de terapia familiar los sustentos teóricos, sus representantes, las técnicas que se emplean así como las ventajas y desventajas de cada uno. Por lo que aunado con la parte práctica considero que fue un aprendizaje significativo.

Cada Modelo visto contribuía a ir ampliando la perspectiva, a aprender a ser flexible en su uso y también el no perder de vista que sobre todo hay que estar atentos a lo que los pacientes buscan en la terapia.

- Habilidades clínicas, detección, evaluación y tratamiento. Me parece que una de las bondades de la maestría es la integración tan grande que hay entre lo teórico y lo práctico. Ya que desde el momento en que formé parte de un role playing – siendo terapeuta o paciente-, o como parte del equipo terapéutico detrás del espejo, o bien siendo observador, coterapeuta y terapeuta, se tiene una experiencia muy amplia y enriquecedora. Tanto a nivel personal como profesional.

La maestría nos fue guiando en un proceso en el que al inicio únicamente se tenía contacto con pacientes por medio de la preconsulta, después ya comenzamos a tomar casos trabajando en coterapia. De ahí comenzó nuestro descubrir, para mí fue un impacto constante el ir conociendo, percibiendo la manera en que uno se contacta con el otro y con uno mismo.

Me parece que el cuidado de algunos supervisores para dar una retroalimentación personal del terapeuta en cuanto a emociones, frustraciones, alegrías, es algo muy positivo ya que no se debe olvidar al terapeuta como persona. Y por otra parte la retroalimentación tanto del equipo como del supervisor también forma parte de un constante analizar, aprender y sobre todo de ir definiendo lo que uno es como terapeuta.

- Habilidades de investigación y enseñanza. Por medio de las investigaciones antes mencionadas pude volver a tener contacto con todo lo que implica realizar un proyecto de investigación. Para mí sobre todo



CAPITULO 4

fue importante ver que los enfoques cuali y cuantitativo no están peleados, al contrario se pueden complementar y hacer mucho mas rico el conocimiento.

En cuanto a la difusión de la investigación se realizó mediante la ponencia en congresos nacionales y un congreso internacional. Con lo que se pudo dar a conocer el trabajo realizado así como tener un contacto directo con otros especialistas del área.

- Habilidades de prevención.

Por medio del taller que se realizó y que se le dio continuidad a las investigaciones realizadas, se pudo dar una opción de prevención para los jóvenes universitarios. Esto es una parte importante ya que en el noviazgo se va aprendiendo a relacionarse, a negociar, a conocerse a sí mismo y es importante que se construyan relaciones sanas y satisfactorias.

Es una manera de prevenir relaciones violentas como se ve muy seguido en terapia. Por ejemplo, acuden a terapia parejas o mujeres violentadas y al buscar el inicio muchas veces éste se da desde el noviazgo.

- Ética y compromiso social.

Como se mencionó anteriormente la ética es una parte fundamental en el desarrollo de nosotros como profesionistas. Y aunque se ve de manera implícita en las clases sería adecuado tener una parte en alguna materia en la que se conociera mas a fondo el código de la AMTF.

2. Incidencia en el campo psicosocial.

La residencia en terapia familiar con enfoque sistémico y construccionista, propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. El programa de maestría esta creado para influir en distintos niveles de intervención; la prevención, la detección oportuna y el tratamiento, así como desarrollar habilidades de investigación y enseñanza.

La prevención se puede llevar a cabo en muchos contextos con diferentes puntos vulnerables. Por ejemplo en hospitales, reclusorios, colegios, centros comunitarios y de atención a mujeres. Por medio de pláticas, talleres, cine-debate, se pueden hacer programas preventivos de todas las problemáticas que aquejan a la sociedad en este momento. Temas como la violencia, las relaciones familiares, las adicciones, autoestima, comunicación, etc. implican que nosotros como profesionales de la salud estemos en sintonía de las necesidades de la población para que la prevención resulte favorable.

Por otra parte, en el nivel de la detección se hace uso de varias herramientas, entre ellas la entrevista, batería de pruebas, y sobre todo la búsqueda por parte del paciente de un espacio terapéutico. Ya que recordando los postulados posmodernos, el cliente es el que mejor sabe qué es lo que necesita.



Durante la maestría en el nivel que mas se trabajó fue en el tratamiento. Ya que en las diferentes sedes a las que asistimos se atendieron personas de manera individual, parejas y familias. Abordadas desde una posición sistémica y en base a algún modelo de los que se vieron.

Los temas fueron diversos, sin embargo destacaron los problemas de pareja referentes a la comunicación, infidelidad, violencia, así como temáticas relacionadas con la crianza de los hijos.

3. Reflexión y análisis de la experiencia.

Para mi cursar la maestría fue un cambio radical de vida. Puedo describirla como un momento de renacimiento, en el que pude entrar en contacto con mis mas profundos temores, retos y reconocimiento de mis capacidades. Fue un momento de vida que aún me sigue dejando muchos aprendizajes aunque ya no estoy asistiendo a clases.

Creo que las oportunidades llegan en su justo momento y aunque al inicio se me hizo un momento bastante difícil, creo que era justo en ese año, el 2006 cuando tenía que entrar a este viaje sin regreso.

Una de las partes que mas me gustaron fue la intimidad que logramos los diez miembros de la generación. De cada uno me llevo algo y espero dejar algo de mi. Creo que no pudo haber mejor equipo ya que las críticas, consejos, observaciones realizadas me sirvieron de mucho.

Al pensar en cada semestre que cursé, me veo durante el primero feliz de haber ingresado, con temor de no cubrir con lo que se espera de los estudiantes de una maestría como las de la UNAM, aturdida de tantas lecturas, trabajos, y sobre todo de la revolución del pensamiento que acarrea el conocer la visión sistémica. Buscando adaptarme a ese nuevo ritmo, tratando de darme algún espacio para relajarme y disfrutando de conocer a mis compañeros, con los que al final de la maestría formaron una parte muy importante no solo como compañeros de clases, sino de vida, de momentos, de tristezas, recuerdos y eventos personales que pudimos compartir y darles un nuevo significado.

Segundo semestre fue algo mas relajado en el aspecto de las lecturas, sin embargo fue el comienzo de atender a los pacientes y con ello el ser observada por el equipo terapéutico. Para mi fue un reto bastante significativo, ya que en esos momentos estas totalmente expuesta, y también tratando de aplicar los conocimientos que se fueron viendo desde primer semestre. Para mi fue indispensable el que desde hacía tiempo estaba en mi propio proceso terapéutico, por lo que fue un espacio importante para mi durante la maestría.

Durante el tercer semestre de la maestría pude aprender muchos aspectos de la terapia familiar. Entre ellos destaca el hecho de que el trabajo en algunas de las



CAPITULO 4

supervisiones se realizó de manera individual. Lo que me dio la experiencia por primera vez de trabajar de esta forma. No olvidando que se contaba con la colaboración del equipo lo cual me parece una forma de trabajo bastante completa debido a que el equipo ve la situación terapéutica desde otra perspectiva lo cual es de gran ayuda.

Este semestre fue muy significativo para mí en el sentido tanto de conocimientos y habilidades desarrolladas y adquiridas, el plano emocional respecto a mi propio análisis terapéutico y al clima tan cálido que hemos tenido dentro del grupo, el compañerismo y amistad que se tiene.

Cuarto semestre significó muchas cosas para mí. Al ser el último de los semestres de la maestría quise integrar todo lo de los semestres anteriores. Creo que en cuanto a lo teórico mi aprendizaje fue mas significativo debido a que ahora que tuvimos mas pacientes viví mas la unión de la práctica y la teoría.

Por otra parte puedo decir que me siento satisfecha de lo que hice, sé que el camino apenas va empezando, por ejemplo en cuanto a la experiencia clínica, sin embargo me he desprendido de ese miedo que me hacía no llevar a hechos lo que pensaba.

Tuve experiencias muy gratas este semestre, por ejemplo, Ana y yo tuvimos una presentación de nuestro trabajo de investigación titulado Código de Negociación en el Congreso Mundial de Terapia Familiar. Lo cual fue algo importante ya que yo no imaginaba que asistiríamos por varios motivos, sin embargo el haber estado allí me hace sentir muy bien y gustosa de pertenecer a este mundo de la terapia familiar.

Otra de las cuestiones que me gustó mucho es que durante la clase de Enfoques posmodernos hacíamos cada semana una reflexión, por lo que lo que pensaba lo podía plasmar y hacer una reflexión mayor.

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

Desde antes de tener la oportunidad de formar parte de la sexta generación de la residencia de Terapia Familiar de la UNAM me daba cuenta que la parte familiar de las problemáticas era un tema que me interesaba mucho y ya durante mi servicio social tuve la oportunidad de conocer mas del tema. Sin embargo mientras mas conocía, mas quería conocer, por lo que saberme adentro de la maestría fue una noticia muy grata.

Como he mencionado la maestría significó un cambio radical en mi vida pero no se dio de la noche a la mañana, sino de manera muy paulatina. En mi persona implicó el darme cuenta del miedo, sentirlo presente, sin embargo no detenerme por él. Ya sea miedo a ser observada, a ser criticada o a equivocarme. Después pude darme cuenta que los errores son necesarios para aprender y dejé de detenerme.



No se puede hablar de las partes profesional y personal como ámbitos separados, ya que aunque la maestría tiene como objetivo la profesionalización del terapeuta, esto no sería posible sin la profunda auto-observación que vamos haciendo en todo el proceso. Hubieron momentos muy fuertes que compartimos como seres humanos, en los que mostramos nuestra parte mas vulnerable, y ahora me reconozco como una persona capaz de hacer muchas cosas, que le ha dado otro significado a lo vivido, a mi propia situación familiar.

Todo esto me ha permitido sentirme una profesional de la psicología, la que ha comenzado su camino en la terapia familiar pero con bases sólidas de ética, autoconocimiento y decisión de seguir en este continuo aprendizaje, en donde es necesario romper paradigmas que hemos vivido desde hace tiempo, conciliarnos con lo pasado y sobre todo he aprendido que mi bienestar reside en mi y en nadie mas.

Al voltear la mirada a hace dos años y verme como ahora estoy agradezco a la vida el que pude vivir esta experiencia y transformarme de una manera en la que vi mi manera de relacionarme conmigo, con los demás y con el mundo en general.

Pudiera enlistar lo que viví y aprendí, entre ello esta la aceptación del otro como otro legítimo, disfrutar el camino hacia la meta, ya que ésta no es el fin. Lo que mas me gusta es que esto no significa la cima, ni la totalidad del conocimiento, sino la apertura y creación de muchas puertas y caminos que sé estoy preparada para cruzarlos, para conocerlos y para dejar algo de mi en ellos.

Me voy con un fuerte compromiso de ser una terapeuta íntegra, con una posición horizontal con el paciente, siendo una acompañante del otro y también sabiendo que con cada paciente uno como terapeuta también se transforma y corre el riesgo de no volver a ser la misma

ANEXOS
ANEXO 1

HOJA DE REGISTRO PARA EL CÓDIGO DE NEGOCIACIÓN

Instrucciones: Marcar el indicador que está presente ya sea en el Hombre (H) o en la Mujer (M) con una √

COLABORACIÓN- NO ACOMODACIÓN		VENTAJAS Y DESVENTAJAS		COMUNICACIÓN	
1. Ambos expresan sus puntos de vista dejando que el otro (a) también lo haga	H	14. Ninguno de los dos analiza las desventajas de determinadas opciones	H	18. El/ella tiene un tono de voz baja	H
	M		M		M
2. Ambos se ponen atención cuando el otro habla	H	15. Ninguno de los dos analiza las ventajas de determinadas opciones	H	19. Ambos expresan verbalmente su desacuerdo.	H
	M		M		M
3. Ambos escuchan y ponen atención al punto de vista de la otra (o)	H	16. Ambos analizan las desventajas de determinadas opciones.	H	20. Ninguno de los dos expresa verbalmente su desacuerdo	H
	M		M		M
4. Ambos mantienen contacto visual	H	17. Ambos analizan las ventajas de determinadas opciones.	H	21. Ambos se retroalimentan uno al otro acerca de lo que dice.	H
	M		M		M
5. Ambos muestran una comunicación clara y directa	H			22. Ambos preguntan a la otra(o) su opinión.	H
	M				M
6. Ambos muestran una actitud colaborativa y de equidad con respecto a la otra (o)	H				
	M				
7. Ambos proponen opciones	H				

	M				
8.El/ella no propone opciones y acepta las de la otra (o)	H				
	M				
9. El/ella asiente a todo lo que dice el otro	H				
	M				
10.El/ella muestra una actitud pasiva ante la situación	H				
	M				
11.El/ella no expresa su punto de vista	H				
	M				
12.El/ella retroalimenta y acepta lo que la otra (o) dice	H				
	M				
13. El/ella está de acuerdo en todo lo que la otra (o) diga	H				
	M				

Anexo 2

GUIA DE ENTREVISTA

Comunicación no verbal

1. ¿Los dos miembros se ponen atención y se escuchan cuando el otro está hablando?
2. ¿El discurso se da con un contacto visual mutuo?
3. ¿Cómo es el tono de voz de cada uno (bajo, alto, gritos, etc.)?
4. ¿Cómo es la postura corporal utilizada durante la conversación (erguida, encorvada, a la defensiva, combativa)?
5. ¿Uno de ellos o ambos tiene una actitud pasiva, activa o incluso de disputa ante la situación?
6. ¿Su aprobación o desaprobación es expresada no verbalmente, por ejemplo asintiendo y disintiendo con la cabeza?
7. ¿Al final de la negociación existe algún gesto que denote que están a gusto con la decisión tomada (beso, abrazo, sonrisa, etc.)?
8. ¿La pareja denota seguridad, sinceridad, honestidad y confianza cuando desea llegar a un acuerdo?
9. ¿Ambos se muestran empáticos cuando desean establecer un acuerdo?
10. ¿El/la que no está de acuerdo se muestra flexible?

Comunicación verbal

11. ¿La comunicación que utiliza la pareja es clara y directa?
12. ¿Quién es el que usualmente expresa su punto de vista?
13. ¿Ambos o sólo uno de ellos expresa su opinión?
14. ¿Sólo uno de ellos o ambos son los que proponen opciones para llegar a un acuerdo?
15. ¿La pareja analiza las ventajas y desventajas para llegar a un acuerdo?
16. ¿Existe retroalimentación en la conversación?
17. ¿Alguno de ellos intenta convencer al otro (a) e imponer su punto de vista?
18. ¿La pareja expresa su acuerdo y desacuerdo?
19. ¿Ambos o sólo uno de ellos toma en cuenta los gustos del otro?

Conflicto

20. ¿Qué tan frecuente es que tengan problemas?
21. * ¿Cuál es el tema por el que tienen más problemas?
22. * ¿Cómo resuelven dichos problemas?
23. Cuando discuten, ¿se escuchan uno al otro?
24. Cuando discuten, ¿se escuchan a sí mismos?
25. Cuando discuten, ¿llegan a una conclusión?

26. ¿Cómo se sienten con dicha conclusión?
27. ¿Vuelven a platicar sobre temas inconclusos?
28. ¿Cómo se sienten cuando discuten?
29. ¿Qué aprenden de la discusión?

Percepción

30. * ¿Qué tan frecuente es la negociación?
31. * ¿Cuál es la importancia que le dan a la negociación en su relación?
32. * ¿Han visto algún cambio en la actitud del otro hacia la negociación ahora que llevan más tiempo de noviazgo que cuando comenzaban?
33. * ¿Cómo describirían su relación desde que empezaron a la fecha?
34. * ¿Qué es lo que mas les ha costado trabajo en su relación?
35. ¿Qué ha sido lo más fácil en su relación?
36. ¿Se sienten satisfechos en su relación?
37. ¿Qué han aprendido del otro?
38. ¿Qué les gustaría que cambiara del otro?
39. ¿Se consideran una pareja feliz?
40. ¿Constantemente un miembro le recuerda al otro el trato al que habían llegado?

Acción y plazos

41. ¿Llevan a cabo la decisión que tomaron?
42. ¿Negocian decisiones que son de inmediato plazo?
43. ¿Negocian decisiones que son de corto plazo?
44. ¿Negocian decisiones que son de largo plazo?
45. ¿Qué tan concreta es la negociación que llevan a cabo?

Contexto

46. ¿Se dan el tiempo necesario para llegar a una decisión?
47. ¿En qué lugar generalmente platican de las cuestiones que ambos tienen que decidir?
48. ¿Existen terceras personas que intervengan en la toma de decisiones que concierne a ambos?
49. ¿Existe creatividad en la pareja para abrir el abanico de posibilidades con respecto a las soluciones?

Género

50. ¿Cómo han moldeado la relación los roles y estereotipos que tiene la pareja y cómo ha influido esto en su proceso de negociación?

Poder

51. ¿La pareja tiene establecido quién es “superior” e “inferior”?
52. ¿Cómo se relaciona el estilo de negociación predominante en la pareja con el tipo de poder que los caracteriza?

ANEXO 3

CARTA DESCRIPTIVA

SESIÓN 1: COMUNICACIÓN VERBAL Y COLABORACIÓN-EQUIDAD

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
Integración	Los individuos se conocerán entre sí y se describirán a si mismos.	Presentación	Fichas bibliográficas, seguros, plumines de colores	15 min.
¿Qué es la negociación?	Los individuos analizarán la importancia de la negociación en su relación de pareja.		Ninguno.	
Estilos de la negociación.	Conocerán los estilos de negociación que existen. Asi como los elementos implicados en ellos	Exposición temática a partir de lluvia de ideas.		20 min.
Comunicación verbal, comunicación no verbal, conflicto, percepción, acción y plazos y contexto.	La persona conocerá como es la comunicación verbal en su relación.			
Comunicación verbal.	Se tomará en cuenta si su comunicación es clara y directa.			

Colaboración-equidad.	El individuo conocerá y aplicará el estilo de negociación de colaboración-equidad.	Escuchar y seguir las instrucciones (5 mins) Retroalimentación (15 mins)	Hoja de trabajo, hoja de instrucciones.	20 min.
Tarea	El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de colaboración-equidad. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.	Traducción (20 mins) Retroalimentación (15 mins) Hagamos equipo (5 mins) Retroalimentación (15 mins) Retroalimentación general	Sillas. Crucigrama (anexo 2).	35 min. 20 min.
		Reflexionar a partir del cuestionario.	Cuestionario de colaboración-equidad (anexo 3).	10 mins Libre

SESIÓN 2: COMUNICACIÓN NO VERBAL Y COLABORACIÓN-EQUIDAD

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tarea.	Aclarar dudas y establecer conexión con el siguiente tema.	Cuestionamiento	Cuestionario de colaboración-equidad (anexo 3).	10 min.
Comunicación no verbal.	La persona identificará la forma en que se comunica en una relación de pareja, de manera no verbal.	Yo soy así (10 mins)	Espacio para que cada equipo realice la actividad	30 min.
		Retroalimentación (20 mins)	Sillas o colchonetas, cobijas.	40 min.
		¿Un masaje? (20 mins). Retroalimentación (20 mins)	Música de relajación, grabadora.	
		El mundo al revés (15		

		mins) Retroalimentación (15 mins).		30 min.
		Retroalimentación general		10 min.

SESIÓN 3: CONFLICTO Y CONTIENDA

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de dudas, reflexiones	Conocer que es lo que han pensado de los temas revisados.	Cuestionamiento		10 min.
Conflicto	La persona analizará qué tan frecuente es que en su relación de pareja (presente o pasada) tengan problemas y cómo los resuelven.	Role-playing (20 mins) Retroalimentación (30 mins)	Espacio para la actividad, sillas.	50 min.
Contienda	El individuo conocerá y analizará el estilo de negociación de contienda.	Escenas de contienda de las siguientes películas (40 mins). Retroalimentación (10 mins):	Televisión, películas, dvd	50 min.

Tarea	<p>El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de contienda. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.</p>	<p>Retroalimentación general</p> <p>Reflexionar a partir del cuestionario.</p>	<p>Cuestionario contienda (anexo 4).</p>	<p>10 min.</p> <p>Libre</p>
-------	--	--	--	-----------------------------

SESIÓN 4: PERCEPCIÓN Y ACOMODACIÓN

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de tarea.	Aclarar dudas y establecer conexión con el siguiente tema.	Cuestionamiento	Cuestionario de acomodación (anexo 4).	10 min.
Percepción	El participante analizará cómo se percibe a sí mismo y cómo percibe a su pareja	Con quién me identifico (5 mins):	Juguetes diversos	20 min.
Percepción	La persona analizará qué tan frecuente es la negociación en su relación de pareja y el grado de importancia que le otorgan.	Retroalimentación (15 mins)		
	El individuo conocerá y analizará el estilo de negociación de acomodación.	Collage (15 mins)	Revistas, fotos, hojas de rotafolio, pegamento, colores, plumones.	30 min.
	El individuo se preguntará si	Retroalimentación (15mins)	Historia de	

Acomodación.	<p>ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de acomodación. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.</p> <p>El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de acomodación. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.</p>	<p>Role playing (15 mins)</p> <p>Retroalimentación (15 mins)</p> <p>Retroalimentación</p>	<p>acomodación (anexo 5).</p> <p>Cuestionario</p>	<p>30 min.</p>
--------------	---	---	---	----------------

Tarea		general Reflexionar a partir del cuestionario.	acomodación (anexo 6).	10 min. Libre
-------	--	---	------------------------	----------------------

SESIÓN 5: ACCIÓN Y PLAZOS, CONTEXTO Y EVITACIÓN

TEMA	OBJETIVO	ACTIVIDADES	MATERIAL	TIEMPO
Revisión de la tarea.	Aclarar dudas y establecer conexión con el siguiente tema.	Cuestionamiento	Cuestionario de acomodación (anexo 6).	10 min.
Acción y plazos.	La persona analizará si en su relación de pareja (pasada o presente) llevan a cabo la decisión que tomaron y qué tan concreta es (inmediato, corto y largo plazo).	Imagina que (15 mins) Retroalimentación (15 mins)	Música de relajación, grabadora.	30 min.
Contexto	La persona ejemplificará el lugar, tiempo y creatividad que le da a la negociación. El individuo conocerá y analizará el estilo de negociación de evitación.	¿Y tú a quién salvarías? (10 mins) Retroalimentación	Historia del barco (anexo 7).	20 min.

<p>Evitación.</p>	<p>El individuo se preguntará si ha utilizado o utiliza el tipo de negociación de evitación. Asimismo, identificará sus puntos fuertes y se cuestionará sus puntos débiles con respecto a este estilo.</p>	<p>(10 mins)</p> <p>Sin un sentido (10 mins)</p> <p>Retroalimentación (10 mins)</p>	<p>Tapones de oídos, mascarada, bufanda.</p> <p>Hojas blancas, plumones, colores.</p> <p>Cuestionario de evitación (anexo 8)</p>	<p>10 min.</p>
<p>Revisión de dudas del cuestionario de evitación (que se acostumbraba dejar de tarea).</p>	<p>El participante cerrará su asistencia al taller por medio de darse un regalo.</p> <p>Entrega de reconocimiento</p>	<p>Reflexionar a partir del cuestionario.</p>		<p>5 min.</p>

Cierre		<p>El sabio (10 mins)</p> <p>Retroalimentación(10 mins)</p>	<p>Cds de música de relajación, grabadora.</p> <p>Colchoneta</p> <p>Diplomas</p>	<p>10 min.</p> <p>5 mins</p>
--------	--	---	--	------------------------------

REFERENCIAS

- Aguilera, M. y Blanco, M. (1987). *Investigación Cualitativa. Características, Métodos y Problemática. Su repercusión sobre la investigación en la educación especial*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Aladro, L.P.D. (2005). *Taller de intervención para la construcción de habilidades de una autoestima positiva*. Tesis para el grado de maestra en Psicología Clínica. México: UNAM.
- Alcántara, M. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Álvarez- Gayou, J. J. L. (2003). *Cómo hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y metodología*. México: Paidós.
- Alzate Saénz, H. R. (1998). *Análisis y resolución de conflictos. Una perspectiva psicológica*. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco /Euskal Erico Unibersitatea
- Andersen, T. (1994). *El equipo reflexivo. Diálogos y diálogos sobre los diálogos*. Barcelona: Gedisa.
- Anderson, H. (1999). *Conversación, lenguaje y posibilidades. Un enfoque posmoderno de la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andolfi, M. (1991). *Terapia Familiar. Un enfoque interaccional*. Barcelona: Paidós.
- Aparicio, M. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. (1997). Código ético de la Asociación Mexicana de Terapia Familiar, A.C. Disponible en internet en [http://www.amtf.com.mx/index.php?page=Codigo ético](http://www.amtf.com.mx/index.php?page=Codigo%20ético) descargado el 3 de Septiembre de 2008.
- Avilés, C. G. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar. Fes Iztacala. México: UNAM.
- Bateson, G. (1993). *Espíritu y naturaleza*. Argentina: Amorrortu.
- Bengoa, J. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Casado, D y Pérez – Yruela, M. (1975). *Organización, conflicto y estrategias de negociación*. Madrid: Ediciones Marova.
- Chávez, Ch. S. (2005). *Reporte de caso*. Residencia en Terapia Familiar. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Desatnik, M. O. (2004). El modelo estructural de Salvador Minuchin. En Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. España: Paidós. Eguiluz, L. (2001). *La Teoría Sistémica. Alternativa para investigar el sistema familiar*. Facultad de Estudios Superiores Iztacala. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Espinosa, S. M.R. (2004). El modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y soluciones. En Eguiluz L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax.
- Fisch, R., Weakland, J., Segal., L. (1994). *La táctica del cambio*. España: Herder.
- Fisher, R., Yry, W. y Patton, B. (1981). *Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder*. España: Gestión 2000, S.A.
- Flores, C. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.

- Flores, G. M. M, Díaz, L. R, Rivera, A. S. y Chi. C. A. L. (2005). *Enseñanza e Investigación en Psicología*. Vol. 10, Num. 2: 337-353 Julio-Diciembre. Disponible en línea www.cneip.org/revista/flores/pdf (recuperado el 3 de noviembre del 2006.)
- Galicia, I. (2004). *Terapia estratégica*. En Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax.
- García, A. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- García, R. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones. Aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Gómez, A. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- González, C. (2004). *El modelo de hipnosis de Milton Erickson*. En Eguiluz, L. Comp. *Terapia Familiar*. México: Pax.
- González, M. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Goolishian, H y Anderson, H. (1988). El experto es el cliente: el no saber como enfoque terapéutico. En Mc Namee S. y Gergen K. J. (1996). *La terapia como construcción social*. España: Paidós.
- Haley, J. (1988). *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto de la Santa Cruz.
- Haley, J. (1989a). *Terapia no convencional*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la Terapia Familiar*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1996). *Modelo Mc Master y Modelo Triaxial de Evaluación Familiar*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Jiménez, L. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Juárez, C. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Kvale, Steinar. (1996). *Las entrevistas. Una Introducción a la Investigación Cualitativa*. Thousand Oaks- California.
- Levinger, G. y Pietromonaco, P. (1989). *Conflict style inventory*. Manuscrito no publicado. Massachussets. Universidad de Massachussets Amherts.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Mas allá de la técnica. El trabajo con las emociones y la relación terapéutica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lussier, N. R. y Achua, F. C. (2002). *Liderazgo*. México: Internacional Thompson Editores.
- Macías R. (2006). *Un modelo de resolución de conflictos en terapia familiar y de pareja*. Trabajo presentado en el II Congreso Panamericano de Salud Mental Infanto-juvenil. La Habana, Cuba. 2006.
- Mandujano, S. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Martínez, C. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Mendoza, R.G. (2006). *Reporte de experiencia profesional*. Residencia en Terapia Familiar. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1994). *Técnicas de Terapia Familiar*. México: Paidós.
- Minuchin, S. (1989). *Familias y terapia familiar*. México: Gedisa.
- Morales, D. G. V. y García, R. M. F. (2004). *Hacia una comprensión sistémica estructural de familias del municipio los Reyes, La Paz. Un estudio de cuatro casos*. Tesis de licenciatura. México: FES Zaragoza.

- Munduate J.L, Martínez R.J. (1999). *Conflicto y negociación*. España: Ediciones Pirámide.
- Newstrom, J. W. y Scannel, E. (1980). 100 ejercicios para la dinámica de grupos. México: Mc Graw- Hill.
- Nogués, M.R. (2003). Sexo, cerebro y género. Diferencias y horizonte de igualdad. España: Paidós.
- Nyffeler, E. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Ocampo, M. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques de Terapia Familiar Sistémica*. Barcelona: Paidós.
- Payne (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.
- Penn, P. (1985). Family Process. *Feed-Forward: Future-Questions, Future Maps*. Vol.24.
- Pérez, L. (2004). *Reporte de Experiencia Profesional* Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Perrone, R. y Nannini, M. (1997). Violencia y abusos sexuales en la familia. Un abordaje *sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.
- Rage, E. A. (1999). La pareja. Elección, problemática y desarrollo. México: Plaza y Valdes Editores.
- Rivera, A. S. y Díaz- Living, R. (2002). *La cultura del poder en la pareja*. México: Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Robles, F. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Rodríguez C. *La escuela de Milán*. En Eguiluz, L. Comp. (2004). *Terapia Familiar*. México: Pax - México.
- Rodríguez, E. M. y Ramos, S. J. R. (1988). *Técnicas de negociación*. México: Mc Graw Hill.
- Ruiz- Jarabo, Q. C. y Blanco, P. P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas*. Madrid: Díaz de Santos.
- Salas, M. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia familiar, modelos y técnicas*. México: Manual Moderno.
- Selvini, M., Boscolo, L., Cecchin G., Prata G. (1980). Family Process. *Hypothesizing- Circularity- Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session*. Vol 19. No.1.
- Selvini M., Cirillo S., Selvini, M., Sorrentino, A. (1999). *Muchachas anoréxicas y bulímicas*. Barcelona: Paidós.
- Sluski, C. E., (1987). Cibernética y terapia familiar. Un mapa mínimo. En: *Sistemas Familiares*. Agosto (7), 64-69.
- Tarragona M. (1999). La supervisión desde una postura posmoderna. *Psicología iberoamericana*. 7(3). Pp. 68-76.
- Taylor, S. y Bogdan, R. (1982). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Barcelona: Paidós.
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007). *Código de Negociación en el Noviazgo*. Investigación no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Toiber, R. M. N. y Trejo. A. A. L. (2007). "Estilos de negociación en la relación de pareja en universitarios". Investigación no publicada. Facultad de Psicología. México: UNAM.

- Toquero, M. (2007). *Interrogatorios desarrollados por las principales escuelas de terapia familiar sistémica*. Tesis para obtener el grado de maestría. México: UNAM.
- Vargas, B. (2006). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Villanueva, R. (2005). *Reporte de Experiencia Profesional*. Residencia en Terapia Familiar Sistémica. Facultad de Psicología. México: UNAM.
- Von Bertalanffy (1991). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Watzlawick, P., Beavin, J. y Jackson, D. (1991). *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P., y Nardone, G. (2000). *Terapia breve estratégica. Pasos hacia un cambio de percepción de la realidad*. Barcelona: Paidós.
- White, M. Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.
- White, M. (2004). *Guías para una terapia familiar sistémica*. Barcelona: Gedisa.